Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea

Programa de CCSS y de la Comunicación

TESIS DOCTORAL

SALUD MENTAL Y ESTRÉS DE ACULTURACIÓN: CAMBIOS EN LOS ROLES FAMILIARES Y DE GÉNERO EN MUJERES MIGRANTES LATINOAMERICANAS

María José Celorio Yolito

Dirigida por
Nekane Basabe Barañano
Jon Leonardo Aurtenetxe

2015

Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea

PROGRAMA DE CCSS Y DE LA COMUNICACIÓN

María José Celorio Yolito

Dirigida por Nekane Basabe Barañano y Jon Leonardo Aurtenetxe

Directora **Doctoranda**

Director

Bilbao, septiembre de 2015

"Abandonar la vida que siempre habías conocido y partir hacia otra de la que esperabas mucho pero de la que no sabías casi nada, era una forma de morir. Y los que se quedaban nada decían, se esforzaban en estar alegres, pero a la manera de los creyentes que acompañan a sus allegados hasta las puertas de un mundo mejor. ¿Habría que alegrarse porque serían más felices allá que aquí? ¿O llorar porque no volverías a verles? Ante la duda bebían. (…) para ahogar una desesperación ya sin remedio o, como repetían los amigos, (…) agradecer el haberse librado de una buena. "Será mejor aquí ¿no? Juntos. En casa"

E. Carrére

"Una sociedad es tan adecuada como lo permite el estado emocional de los individuos que la integran"

I. Boszormenyi-Nagy

A mi hija Inés

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a todos los que me habéis ayudado directa o indirectamente a terminar este trabajo: A Jon Leonardo y a Nekane Basabe por confiar en mí y atreverse a dirigir esta tesis. Jon, gracias por tus aportaciones. Ha sido un honor para mí haber sido tu alumna y haber contado con tu apoyo todos estos años de actividad docente, te considero un excelente profesional y un excelente colega. Nekane, empezamos juntas y acabaremos juntas nuestra vida laboral, he tenido la suerte de trabajar contigo en aquellos intensos y emocionantes años. Después te dedicaste a tu brillante carrera, pero siempre te he sentido cerca, te considero una buena amiga; gracias por tu valiosa y generosa ayuda en todos mis proyectos académicos: Admiro tu capacidad intelectual y tu capacidad de trabajo, sé el esfuerzo que esto ha supuesto para ti, y si no llegas a aceptar este proyecto ni siquiera lo hubiera intentado, en deuda y gratitud para siempre. A Joseba Iraurgi muchísimas gracias por tu aportación, especialmente tu imprescindible ayuda en los análisis estadísticos, también he tenido la suerte de trabajar contigo muchos años en un proyecto importante, en el que hemos aprendido y crecido, he podido contar con un colega y un amigo. A Sonia de Luca, ¿pero de dónde has salido?, ¿cómo he podido cruzarme contigo? Me emociona tu ayuda desinteresada, tu capacidad de trabajo y tu serenidad y aguante cuando todo se torcía, sin ti no hubiera llegado a tiempo para presentar este trabajo, muchísimas gracias. A Marian Bengoa, nos conocimos en aquel máster hace 25 años, Jon era nuestro profesor y Mª Jesús Arriola nuestra compañera, en esa época se inició realmente nuestra actividad docente, se empezó a idear la Escuela de Trabajo Social y nos incluyeron en ese proyecto. Contar con tu amistad y tu complicidad durante todos estos años ha sido un lujo, nos hemos metido en muchos líos y hemos salido de todos; sin tu "*manto*" no sé si me hubiera atrevido empezar la licenciatura en antropología, hemos aprendido y disfrutado, qué fines de semana y qué noches escribiendo ….., pero lo hemos conseguido, admiro tu fuerza y espero nuestro próximo reto. A Marije, gracias por tu compañía y tu apoyo, no sabes cómo sentí tu marcha de la Universidad, siempre he confiado en ti y me has dado fuerza en muchos momentos. A Marisa Setien, de aquella primera entrevista, que recuerdo bien, he llegado a la tesis que termino hoy, gracias por contar conmigo, conocí un mundo en el que no imaginé participar. A mis compañeros del Módulo Psicosocial de Rekalde empezamos un proyecto excepcional, al que profesional y personalmente tanto debo, y seguimos en él. Hemos pasado por mucho y hemos aprendido más, gracias por vuestro apoyo incondicional y por soportar mi presencia ausente estos últimos meses, os tendría que nombrar a todos, los que estáis y los que ya no estáis…, pero es difícil, la vida pasa y van cambiando los protagonistas…, siento que he tenido, y tengo, los mejores compañeros. Mi agradecimiento a mis compañeras del Departamento de Trabajo Social con las que continúo a pesar de los momentos difíciles que nos ha tocado pasar. Mi agradecimiento y reconocimiento a todas las mujeres que han colaborado en este proyecto, sin ellas esta tesis hubiera sido nada. Estoy en deuda con mi familia, que necesito tanto y quiero tanto, y tan poco caso hago, especialmente a mi madre, gracias Ama, especialmente a mi hermana, gracias Miren y sobre todo a mi sobrina, gracias Sara. Estoy también en deuda con mis amigos que también necesito tanto y a los que he hecho, sobre todo últimamente, menos caso del que me hubiera gustado. José Martín Zurimendi, Txuri, sé bien que sin ti esta tesis empezada continuaría empezada, gracias por no dejarme tirar la toalla, gracias por tu aportación a este trabajo, tu ayuda ha sido fundamental en la revisión bibliográfica y en todo. Nos conocimos…, iniciamos proyectos… y seguimos juntos, no puedo explicar aquí lo que ha significado para mí compartir la vida contigo…, gracias por estar siempre. Inés, nosotros, la generación de tus padres, acabábamos la carrera y podíamos trabajar en lo que habíamos elegido; dicen que sois la generación mejor formada pero lo tenéis más difícil que lo tuvimos nosotros, tenéis que competir mucho y ganar poco, igual emigrar…., pero también tenéis lo más importante, tiempo para divertiros y para formaros, disfruta de la vida y del conocimiento, espero que me perdones por el tiempo que no te he dedicado este último año. Inés, yo también *"te quiero desde el primer día que te quonoci*", eres lo mejor que me ha dado la vida. Y bien, con este trabajo empiezo a cerrar un ciclo, a todas mis apoyos, gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN 3

BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

1. MIGRACIÓN, IMPACTO Y AJUSTE PSICOSOCIAL 13
1.1. Impacto de la migración: estrés de aculturación y duelos migratorios 13
1.2. Perspectiva cultural del significado de las manifestaciones emocionales 15
1.3. Estrés de aculturación: adaptación psicológica y sociocultural 17
1.4. Estrés de aculturación y salud en inmigrantes 19
1.5. Mujeres migrantes y ajuste psicosocial 20
1.5.1. Globalización y cambios trasnacionales en las mujeres migrantes 20
1.5.2. Diferencias de género en salud 22

2. LA MOTIVACIÓN: DESDE MEJORAR A HUIR 25

3. LA FAMILIA Y EL ESTRÉS DE ACULTURACIÓN: EL COSTE EMOCIONAL DE LA SEPARACIÓN 29
3.1. Las madres migrantes, entre las deudas y los méritos 29
3.2. La maternidad a distancia 33
3.3. El reencuentro con los hijos 37
3.4. Las asimetrías en la relación de pareja 41
3.4.1. El antes y el después 41
3.4.2. Las parejas mixtas: el desencuentro 45

4. CHOQUE CULTURAL: DEL COLECTIVISMO AL INDIVIDUALISMO 49
4.1. El colectivismo y familismo latino 49
4.2. La religiosidad 52
4.3. La jerarquía 53
4.4. El individualismo 55
4.5. Las diferencias en las prácticas culturales 59
4.6. La comunicación 60
4.7. El tiempo 63

5. LOS CAMBIOS DE ROL 65
5.1. Entre la percepción de la diferencia y la igualdad de género 65
5.2. El crecimiento psicológico y la valoración social 69
5.3. La discriminación y el trato indigno 71

6. LA MIRADA RETROSPECTIVA 75
6.1. Cuando las expectativas no se cumplen 75
6.2. Cuando las expectativas se cumplen 80

7. El SIGNIFICADO Y EL APORTE DEL APOYO SOCIAL 83
7.1. Los compatriotas y los nativos 83
7.2. La soledad 87

8. AFRONTANDO EL DESAFÍO: DEL DESAJUSTE A LA ADAPTACIÓN 89
8.1. El desajuste: afrontamiento no adaptativo 89
8.2. Afrontamiento adaptativo 92
8.3. Afrontando la experiencia de minoría étnica 94

BLOQUE II. ESTUDIOS .....

ESTUDIO 1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN 103
1.1. Tipo de estudio 103
1.2. Preguntas de la investigación 103
1.3. Protocolo de la revisión 104
1.3.1. Búsqueda bibliográfica 104
1.3.2. Identificación de artículos potenciales 105
1.3.3. Selección de artículos 107
1.3.4. Clasificación de la información 107

1.4. Análisis y Interpretación presentación de los resultados 108
1.4.1.-Revisiones Bibliográficas y Meta-análisis 108
1.4.2.- Encuestas de Salud 108
1.4.3. Estudios con colectivos específicos 108
1.4.4. Estudios de incidencia y prevalencia tratada y de acceso a los servicios sanitarios 109
1.5. Número y características de los artículos seleccionados 109
1.5.1. Número de artículos revisados 109
1.5.2.- Los países de estudio y edición de los artículos 109
1.5.3. Sintomatología estudiada 110
1.5.4.- Calidad de vida y percepción de la salud 110
1.5.5. Otros aspectos estudiados 111
1.5.6. Total de variables recogidas 112
1.5.7. Método y técnicas de estudio 112
1.5.8. Revisiones bibliográficas 113
1.5.9. Grupos de estudio y tamaño de las muestras 113
1.5.10. Cuestionarios empleados en los artículos 114
1.5.11. Estudios de Calidad de vida y salud (GHQ) 114
1.5.12. Estudios de *Calidad de vida y salud (GHQ) en España* 116
1.6. Resumen de los resultados de los artículos seleccionados 117
1.7. Resumen de los resultados de los artículos agrupados por tópicos y por tipo de artículo 119
1.7.1. Estrés Aculturación 119
1.7.2. Adaptación: Factores protectores y de riesgo 120
1.7.3. Paradoja del emigrante 121
1.7.4. Calidad de vida 121
1.7.5. Estudios de salud general 122
1.7.6. Variables socio-demográficas 123
1.7.7. Género 124
1.7.8. Generaciones 125
1.7.9. Discriminación y desigualdad social 126
1.7.10. Apoyo social y familiar 127
1.7.11. Permanencia país acogida 128
1.7.12. Origen 129
1.7.13. Trabajo 130
1.7.14. Dificultades de acceso, sesgos en la atención 130
1.7.15. Trastorno mental común; Ansiedad. Depresión. Trastorno por Estrés Postraumático 134
1.7.16. Somatización 136
1.7.17. Psicosis 137
1.7.18. Alcohol y dependencia de drogas 138
1.7.19. Suicidio 138
1.7.20. Violencia, refugiados 139
1.7.21. Edad 139
1.7.22. Evidencia en los meta-análisis 141
1.8. Conclusiones Generales de la Revisión Bibliográfica por tópicos 141
1.8.1-Estrés de Aculturación 141
1.8.2. Adaptación: Factores protectores y de riesgo 142
1.8.3. Paradoja del emigrante 142
1.8.4. Calidad de vida 142
1.8.5. Estudios de salud general 142
1.8.6. Variables socio-demográficas 143
1.8.7. Género 143
1.8.8. Generaciones 143
1.8.9. Discriminación y desigualdad social 144
1.8.10. Apoyo social y familiar 144
1.8.11. Permanencia en el país acogida 144
1.8.12. Origen 144
1.8.13. Trabajo 145
1.8.14. Dificultades de acceso, sesgos en la atención 145
1.8.15. Trastorno mental común: Ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático 146

1.8.16. Somatización 146
1.8.17. Psicosis 147
1.8.18. Alcohol y dependencia de drogas 147
1.8.19. Suicidio 147
1.8.20. Violencia, refugiados 147
1.8.21. Edad 148
1.8.22. Evidencia mostrada en los meta-análisis 148

ESTUDIO 2. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN MUJERES LATINOAMERICANAS Y NATIVAS 151
2.1. Objetivo 151
2.2. Hipótesis 151
2.3. Método 151
2.3.1. Participantes 151
2.3.2. Muestreo 152
2.3.3. Instrumentos 153
2.3.4. Análisis estadísticos 153
2.4. Resultados 154
2.5. Discusión 155

ESTUDIO 3. ESTRÉS DE ACULTURACIÓN, GÉNERO, Y CAMBIOS DE ROL EN MUJERES QUE AFRONTAN LA EMIGRACIÓN. UN ESTUDIO CUALITATIVO..... 161
3.1. Objetivos e hipótesis 161
3.2. Método - Procedimiento 163
3.2.1. Diseño metodológico de la investigación 163
3.2.2. Participantes 163
3.2.3. Variables e instrumentos: Guion de entrevistas 168
3.2.4. Procedimiento 168
3.3. Análisis de contenido 172
3.3.1. Sistema de codificación 172
3.3.2. Tratamiento y análisis de datos: transcripciones 173
3.3.3. Funcionamiento del programa Atlas.ti 174
3.4. Análisis de resultados 175
3.4.1. Análisis de las narraciones: Fiabilidad: Acuerdo inter-jueces 175
3.4.2. Resultados descriptivos: macro-categorías 176
3.5. Análisis del contenido de las ideas por macro-categorías 179
3.5.1. Motivos 179
3.5.2. Familia: estrés de aculturación..... 181
3.5.3. Choque cultural 187
3.5.4. Cambios de Rol 201
3.5.5. Valoración del Proyecto Migratorio 208
3.5.6. Redes Sociales 216
3.5.7. Fortalezas y Afrontamiento..... 221
3.6. Redes de ideas Co-ocurrentes: Estrés de aculturación familiar, cambios de rol y afrontamiento..... 226
3.6.1. Relación entre gestión de la maternidad a distancia y afrontamiento (A) 227
3.6.2. Gestión de la maternidad a distancia y valoración positiva del proyecto migratorio (B) 229
3.6.3. Gestión maternidad en sociedad de acogida y afrontamiento (C)..... 231
3.6.4.- Relación entre estrés de aculturación y afrontamiento (D)..... 233
3.6.5.- Conflictos de pareja, asimetría y separación después de la migración (E) 235
3.6.6.- Relación entre estrés de aculturación, cambios de rol y valoración del proyecto migratorio y afrontamiento (F)..... 236
3.6.7.- Relación entre experiencias de discriminación (personal y grupal), sexismo y afrontamiento (G) 238
3.6.8.- Relación entre cambios de rol y afrontamiento (H) 239
3.6.9.- Relación entre estrés de aculturación y cambios de rol (I) 241
3.6.10.- Relación entre redes de apoyo y Afrontamiento (J) 242
3.7. Conclusiones y discusión 243

CONCLUSIONES 253
Salud mental y género 253
Resultados de los Meta-análisis 254
Estudios de Encuestas de Salud 254
Percepción de salud mental y género: inmigrantes y autóctonos 255
Salud mental y factores psicosociales asociados 256
Factores de vulnerabilidad: discriminación percibida y sucesos vitales 256
Sucesos agudos 257
Violencia de género y familiar 257
Crianza, adolescencia y generaciones 258
Factores de protección: soporte social y redes sociales 258
Dificultades de acceso, sesgos en la atención 258
Salud mental en mujeres inmigrantes: estudio de casos y controles 259
Salud mental y estrés de aculturación: cambios en los roles familiares y de género 260
Motivos de la emigración 261
Estrés de aculturación familiar y cambios de roles 262
Choque cultural: del colectivismo al individualismo 263
La mirada retrospectiva: expectativas 265
Apoyo y redes sociales: compatriotas y autóctonos 266
Afrontamiento el desafío de la migración 266
Limitaciones y aportaciones 267

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 271

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. Estudio 1**.** Características de los artículos de la Revisión Bibliográfica..... 295

RESUMEN

RESUMEN..... 325

ÍNDICE DE TABLAS

INTRODUCCIÓN.
Tabla 1. Estructura y organización de la obra 9

ESTUDIO 1.
Tabla 1. Distribución de artículos por años de publicación y tipo de estudio 109
Tabla 2. Distribución de artículos por país de publicación y tipo de estudio 109
Tabla 3. Distribución de artículos por sintomatología y tipo de estudio 110
Tabla 4. Distribución de artículos por ámbitos de estudio y tipo de estudio 111
Tabla 5. Distribución de artículos por tópicos y tipo de estudio 111
Tabla 6. Distribución de artículos según tópicos y ámbitos y tipo de estudio 112
Tabla7. Distribución de artículos según tipo de estudio, métodos y fuente de datos 112
Tabla 8. Distribución de las revisiones bibliográficas por tipos (bibliográficas, meta-análisis, etc.)..... 113
Tabla 9. Distribución del tamaño de los grupos de emigrantes y controles 113
Tabla 10. Distribución del tipo de cuestionario empleado en los artículos 114
Tabla 11. Distribución de los cuestionarios de Calidad de vida y GHQ según año de publicación 114
Tabla 12. Distribución de los cuestionarios de Calidad de vida y GHQ por lugar de publicación 115
Tabla 13. Distribución de los tópicos aparecidos en los cuestionarios de Calidad de vida y GHQ 115
Tabla 14. Distribución de los tópicos aparecidos en los cuestionarios de Calidad de vida y GHQ 116
Tabla 15. Distribución de los tópicos aparecidos en los cuestionarios de CVRS y GHQ publicados en España. 117
Tabla 16. Distribución de los artículos según tipo de artículo 117

ESTUDIO 2.
Tabla 1. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Salud Mental: diferencias de medias entre mujeres inmigrantes y nativas 158

ESTUDIO 3.
Tabla 1. Descripción de las participantes: datos socio-económicos 165
Tabla 2. Descripción de la muestra 167

Tabla 3. Guión de la entrevista: según macro-categorías 170
Tabla 4. Sistema de categorías de las narraciones 171
Tabla 5. Explicación de la Tabla de acuerdo/desacuerdo inter-jueces 175
Tabla 6. Fiabilidad inter-jueces para cada entrevista y para el conjunto de ideas 176
Tabla 7. Clasificación de Ideas de las Entrevistas: macro-categorías, categorías, sub-categorías o códigos 177

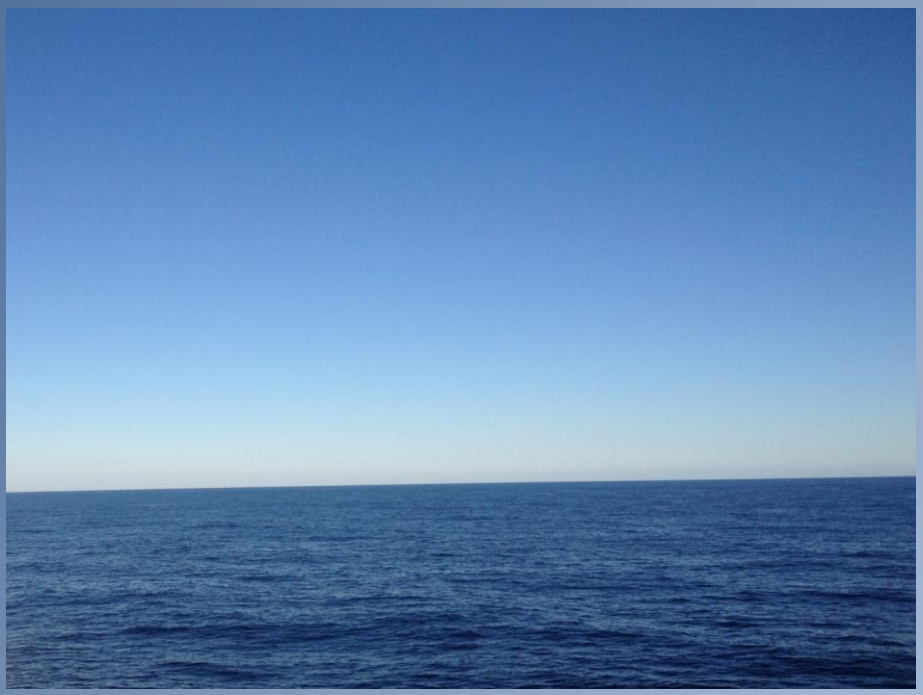
ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ejemplo de codificación (programa Atlas.ti)..... 173
Figura 2 Distribución de las ideas por macro-categorías: frecuencias (n)..... 179
Figura 3 Motivos: Categorías 180
Figura 4 Familia: Estrés de aculturación. Categorías y sub-categorías 182
Figura 5 Choque cultural: percepción de diferencias culturales. Categorías, sub-categorías 188
Figura 6 Cambios de rol: Categorías y sub-categorías 202
Figura 7 Valoración del proyecto migratorio: categorías y sub-categorías 208
Figura 8 Redes. Categorías y sub-categorías 217
Figura 9 Fortalezas y afrontamiento. Categorías y sub-categorías 221
Figura 10 Entrevista A. Relación entre gestión de la maternidad a distancia y afrontamiento..... 227
Figura 11 Entrevista B. Gestión de la maternidad a distancia y valoración positiva del proyecto migratorio... 229
Figura 12 Entrevista C.1. Gestión maternidad en sociedad de acogida y afrontamiento..... 231
Figura 13 Entrevista C.2. Gestión maternidad en sociedad de acogida y afrontamiento 232
Figura 14 Entrevista D. Relación entre estrés de aculturación y afrontamiento..... 233
Figura 15 Entrevista E. Conflictos de pareja, asimetría y separación después de la migración 235
Figura 16 Entrevista F.1. Relación entre estrés de aculturación, cambios de rol y valoración del proyecto migratorio y afrontamiento..... 236
Figura 17 Entrevista F.2. Relación entre estrés de aculturación, cambios de rol y valoración del proyecto migratorio y afrontamiento 237
Figura 18 Entrevista G. Relación entre experiencias de discriminación (personal y grupal), sexismo y afrontamiento 238
Figura 19 Entrevista H. Relación entre cambios de rol y afrontamiento 239
Figura 20 Entrevista I. Relación entre estrés de aculturación y cambios de rol 241
Figura 21 Entrevista J. Relación entre redes de apoyo y afrontamiento 242

ÍNDICE DE ANEXOS EN CD

ANEXO I. Tabla acuerdo inter-jueces

ANEXO II. Transcripciones de las entrevistas en formato Atlas.ti



Introducción

INTRODUCCIÓN

El proceso de feminización de la migración se ha venido perfilando para poder ir cubriendo las necesidades derivadas de los cambios socio-demográficos, económicos y culturales acontecidos en las últimas décadas y que forman parte del proceso que caracteriza la globalización. Así, el interés y los estudios relativos a las migraciones de las mujeres viene planteándose también desde hace décadas y las relaciones de género son cruciales para comprender por qué migran las mujeres, y cómo los cambios sociales y económicos afectan de forma distinta a mujeres y hombres. Las desventajas económicas y de género condicionan las migraciones femeninas en la actualidad. Los cambios experimentados en nuestro contexto con la incorporación de la mujer al mercado laboral, unido a condiciones socio-demográficas como el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, han contribuido a ello. De este modo, las mujeres migrantes se han convertido en el sostén de las familias nativas, que difícilmente podrían salir adelante de no contar con los servicios de estas trabajadoras. La mitad de las personas migrantes en el mundo son mujeres y la mayoría son trabajadores domésticas, el perfil vasco de inmigración es también femenino. Vienen ocupando este sector laboral relacionado con el apoyo y el cuidado, forman parte del colectivo femenino que configura el modelo vasco de inmigración, compuesto principalmente por mujeres latinoamericanas, que trabajan mayoritariamente en el empleo doméstico, de manera que puede afirmarse que estas mujeres sostienen el sistema de dependencia en los hogares vascos.

La migración como fenómeno social afecta a los que migran, a los que se quedan y a los habitantes del lugar de destino, así las sociedades van cambiando integrando nuevos grupos y transformando las relaciones sociales y cambiando las formas familiares en las sociedades en destino y en origen. Las migraciones implican separaciones y duelos que influirán en la salud física y mental de las personas, mezclan sentimientos de nostalgia por un lado, junto con expectativas e ilusiones por otro, teniendo elementos que crean emociones contradictorias. Estos cambios pueden interpretarse desde distintas perspectivas, como experiencias de cambio que contribuyen a la trascendencia del Yo y al crecimiento personal o también como experiencias traumáticas que configuran distintas estrategias de adaptación por parte de migrantes y autóctonos. Es por ello, que esta tesis busca explorar, describir y analizar los cambios en los roles familiares y de género, así como sus consecuencias en las familias trasnacionales, y en las nuevas configuraciones familiares que surgen de estos cambios, y cómo estas mujeres expresan y manifiestan sus dolencias, sentimientos, conflictos y ambivalencias en relación a su identidad de género.

Dado que las familias migrantes, en general, no están exentas de problemas, se busca analizar los riesgos y las capacidades de superación para comprender los desafíos a los que se enfrentan las mujeres y examinar los procesos que permiten su recuperación. Al describir la salud mental de las mujeres migrantes se destacarán sus condiciones de vida como factor de vulnerabilidad para presentar síntomas. Trabajar fuera de sus países se ha convertido para estas mujeres en la única estrategia familiar para mejorar, ya que migran para emplearse en el trabajo doméstico que es lo que el mercado laboral pone a su alcance. Este

tipo de empleo se caracteriza por una inserción laboral en contextos muy vulnerables. Se trata de trabajos sin cualificación y mal valorados, lo que acaba afectando a su calidad de vida. Asumen trabajos de cuidado que requieren implicación y desgaste emocional y físico, que implican un vínculo al estar está en estrecha relación con el bienestar del otro, implican también interés y predisposición, sentimientos que paradójicamente se corresponden con empleos mal remunerados en los que se minimiza el valor de su trabajo. Las mujeres analizadas en este estudio pertenecen a estratos económicos bajos en su país, en su mayor parte son madres solas que migran con la perspectiva de proporcionar bienestar a sus hijos y que posteriormente intentan reagrupar, destacando su comportamiento emprendedor lastrado frecuentemente con historias de violencia familiar.

La migración significa la ruptura del proceso natural del ciclo vital familiar. Para estas madres mantener un familia trasnacional tiene consecuencias, su dependencia económica y afectiva marcará su calidad de vida, que dependerá de cómo respondan a estas tensiones situacionales y relacionales, estas mujeres asumen la protección y el cuidado familiar y tratan de mantener la sintonía emocional a pesar de la separación. Esta tesis también aborda el choque cultural, ya que los síntomas se inscriben en un contexto y su mantenimiento depende de él. Desde el punto de vista cultural las manifestaciones emocionales se insertan en una historia personal. Las mujeres pacientes comunican una información que hace alusión al estado de la relación con los demás, respondiendo estos síntomas a un dominio de significados compartidos en un contexto cultural. En este sentido, se quiere destacar la influencia de las diferencias culturales en las formas de interpretar la realidad, en la expresividad emocional, y en los modos de comunicar en las relaciones interpersonales y terapéuticas. Los relatos sobre el malestar no son algo individual responden a significados compartidos en un contexto cultural y el desconocimiento de estas diferencias culturales puede dificultar la comunicación entre profesionales y pacientes, así como un diagnóstico certero.

Como profesional de la salud mental con una larga trayectoria, siempre me ha interesado y he sentido curiosidad por la migración y no dudo que este interés surge de mis propios orígenes, en los que las narraciones de familias migrantes hacia países de Latinoamérica, solían estar presentes. Me he preguntado siempre por la capacidad que mostraron para salir adelante; se separaban de sus familias siendo casi niños, viajaban solos y salieron adelante. Las fuertes redes e interconexiones que idearon en los países de destino contribuyeron sin duda a ello. Cada época tiene una explicación favorita sobre los trastornos o las diferentes conductas, porque los problemas no existen en el vacío, sino que existen en un contexto social, lingüístico y cultural que les da sentido y nombre. Estas familias se plantearon un desafío con precedentes a lo largo de toda la historia, no padecieron estrés de aculturación porque no se había inventado todavía ni el cuadro, ni, incluso, el término.

El inicio de mi experiencia laboral se enmarca en un centro de salud mental comunitario, surgido de las iniciativas ciudadanas y de un grupo de profesionales comprometidos con la salud mental comunitaria y con la atención a la mujer al final de los años setenta, en una época en que la atención legal y asistencial a las mujeres era inexistente, y su desprotección era total. En nuestro contexto los avances sociales, legales y laborales han cambiado drásticamente las condiciones de todos en pocas generaciones. Las mujeres migrantes que llegan ahora al País Vasco así lo expresan, destacando estos cambios en relación a sus países de origen, mientras que nosotras lo comparamos en relación con aquella época. En el centro *Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde* (MAPS) he desarrollo mi experiencia laboral, de más de tres décadas en salud mental, primero como trabajadora social y terapeuta familiar y posteriormente como antropóloga, donde hemos llevado a cabo trabajos terapéuticos y preventivos con mujeres y hombres, con sus parejas y con sus familias, con autóctonos y con extranjeros. Mi actividad docente de más de dos décadas en la

Universidad de Deusto, centrada también en las intervenciones familiares en la salud mental y en la antropología, me ha ayudado a profundizar, interiorizar y a entender mejor este fenómeno, al tener que trasmitir esta experiencia.

Hace décadas atendíamos familias que llamábamos "emigrantes". Procedían de migraciones internas y las describíamos con las mismas características con las que hoy describimos a las familias inmigrantes latinoamericanas: "familia extensa tradicional" y, destacábamos también, las relaciones de poder asimétrico entre géneros, que se correspondían con el modelo de sociedad de aquella época, donde el modelo de familias migrantes y sus condiciones de precariedad, compartían muchas semejanzas con las nuevas familias migrantes que hoy atendemos, en las que las separaciones familiares y los sentimientos de añoranza eran similares. Aquellas mujeres inmigrantes del final de la década de los años setenta, como las migrantes de ahora, tuvieron ganancias y pérdidas, pero en sus relatos, mediatizados por el paso del tiempo, refieren, igual que ahora, que ganaron en independencia, capacidad de decidir y sobre todo, se atrevieron a expresar sus necesidades y problemas y a no ocultar sus conflictos familiares ni personales. Muchas de ellas fueron pioneras y protagonistas de su proyecto migratorio y se separaron de sus hijos y sus familias de origen con los mismos sentimientos que describimos para las mujeres que analizamos. También, como ahora, el servicio doméstico era lo que el mercado laboral ponía a su alcance, la separación presentaba las mismas dificultades que ahora, pero sin las actuales redes de comunicación, la distancia emocional era un abismo**.**

En uno de los primeros documentos de nuestro centro (MAPS) realizado al comienzo de los años ochenta recogíamos; "*el futuro sigue siendo incierto*". Ni imaginábamos la incertidumbre, el desarraigo, y el desasosiego que nos esperaba para el del siglo XXI, como tampoco imaginábamos el tipo de demanda que tendríamos que atender. En el año 1999 poníamos de manifiesto en otra de nuestras memorias el "*importante incremento de demandas de mujeres inmigrantes en los últimos años*". Aquellos fueron los años del asentamiento, de la dureza del inicio, cuando el desamparo, la desorientación y la soledad son mayores. Años más tarde, queda bien reflejado en los testimonios que se presentan en esta tesis, los nuevos momentos críticos y prácticas sociales de discriminación y exclusión de nuevo se viven con intensidad, porque todavía no han alcanzado un dominio y conocimiento del medio, porque empiezan una nueva vida, viven entre la transición y la precariedad, entre la discriminación y no fracasar, tratan de comprometerse con un país y con las oportunidades que les ofrece y, a la vez, tratan de mantener la lealtad con sus familias y países de origen**.**

Muestran síntomas de angustia y tristeza y acuden a nuestro servicio en busca de apoyo emocional. Desplazarse de sus propios contextos originarios por necesidades primarias coloca a estas mujeres en riesgo de padecer sufrimiento emocional. Como profesionales hemos aprendimos mucho de ellas, siendo siempre así en el contexto terapéutico, que es de donde sale nuestra experiencia y como profesionales esperamos haberlas acompañado en su proceso. En este contexto surgió este proyecto y la antropología y la terapia familiar hicieron el resto.

Los años pasan, las circunstancias de estas mujeres cambian, en la actualidad sus conflictos están más cerca de los conflictos que nos unen a todos y son las mujeres recién llegadas las que vuelven a pasar por el mismo proceso, y el nuevo comienzo está marcado por el mismo malestar. La globalización poco a poco nos ha ido homogenizando a todos. Intentamos trasmitir fortaleza emocional y estimular sus potencialidades y la creatividad presente en todos ellas. Nuestra experiencia en inmigración viene de lejos, desde el primer día en que nos dedicamos a la salud mental, hemos tratado de responder flexiblemente a lo largo de estos años a todos los cambios. La migración fue para nosotros un desafío y un compromiso y sigue siéndolo.

Comenzamos a actuar desde el enfoque de la terapia familiar, incorporando otros enfoques y otros puntos de vista para alcanzar una síntesis de compresión más amplia, y porque todo conocimiento es útil, intentaremos progresar en esta línea.

Hemos visto todo tipo de problemas a lo largo de todos estos años, hemos visto como cambiaban estos problemas a medida que cambiaban las circunstancias sociales. Aprendimos a contemplar la migración como un fenómeno condicionado por principios psicológicos e individuales, condicionado por realidades familiares y por cuestiones sociales, económicas o políticas. Y cómo a pesar de los avances sociales los problemas siguen siendo los mismos, aunque hay otras formas de expresiones del malestar. Los modelos de tratamiento han cambiado, y los problemas se plantean y se etiquetan de manera diferente, ya que las patologías responden también a cambios sociales. Las realidades familiares también han cambiado, las familias están desbordadas por otras exigencias, no obstante las funciones siguen siendo las mismas, eso sí, presentadas de manera diferente. Las amplias y rápidas trasformaciones sociales de las últimas décadas también cambian los puntos de referencia de la investigación y el interés por la alteridad. El espectro de posibilidades metodológicas es amplio y está abierto a muchos enfoques y la complejidad de las investigaciones sociales confirma la idea de que es imposible alcanzar un conocimiento definitivo o cerrado a la hora de comprender las características de la migración, que sigue suponiendo un desafío para la práctica clínica.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA OBRA

Primer bloque: aproximación teórico-conceptual

La presente tesis está estructurada en dos bloques, el primero relativo al marco teórico, y el segundo corresponde a los estudios empíricos realizados. En cuanto al bloque primero, la revisión teórica es multidisciplinar como corresponde a los estudios de las migraciones y la aculturación y conjuga distintas perspectivas: antropológica, psicológica, sociológica y sistémica familiar, perspectivas que enmarca los tres estudios presentados. Consta de ocho apartados en los que se recogen las distintas variables analizadas. En el primero de ellos, titulado *Migración, impacto y ajuste psicosocial,* se analiza el impacto de la migración en la adaptación psicológica y sociocultural, haciendo referencia al significado de las manifestaciones emocionales, encuadrando su interpretación en el estudio del estrés de aculturación en mujeres migrantes latinoamericanas. Se analizará este síndrome en sus dimensiones referentes, por un lado, a la adaptación psicológica y, por el otro, al aprendizaje sociocultural de nuevos valores, normas, expectativas y repertorios de conducta. Todo ello para poner en relación estos cambios con la salud mental y emocional en las mujeres migrantes, haciendo hincapié en cómo afectan los cambios trasnacionales a la salud mental de las mujeres migrantes. En un segundo apartado, titulado *La motivación: desde mejorar a huir*, se describen las diversas motivaciones de la migración, que se solapan con el discurso dominante de la búsqueda de la promoción económica y familiar.

A continuación, el tercer apartado titulado *La familia y el estrés de aculturación: el coste emocional de la separación*, constituye el núcleo central de esta tesis. En él, se analiza la migración como acontecimiento crítico dentro del ciclo vital familiar, la trascendencia de las separaciones, la gestión de la vida familiar a distancia y en especial, las consecuencias relacionales y emocionales del ejercicio de la maternidad a distancia, tanto para las madres como para las hijas e hijos y los cambios en el funcionamiento familiar, en las jerarquías afectivas y en los modelo de crianza. Se aborda asimismo, la reagrupación como estrategia familiar esencial del proyecto migratorio y las implicaciones del reencuentro, destacándose las asimetrías en las relaciones de pareja en las familias trasnacionales. Sobre todo, en lo relativo a los contrastes

culturales significativos que provocan desencuentros y relaciones disfuncionales, por los diferentes ritmos de adaptación de sus miembros, teniendo como actores las parejas mixtas o biculturales por estar sometidas a presiones específicas derivadas dos tipologías culturales encontradas.

El cuarto apartado, titulado *Choque cultural: del colectivismo al individualismo*, hace referencia al choque cultural. Se identifican aquellas dimensiones culturales descritas por los estudios transculturales, con especial énfasis en el colectivismo y familismo propio de las culturas de procedencia de las mujeres migrantes latinoamericanas. Se revisan los estudios sobre las fuentes de choque cultural, en especial, las diferencias de género entre países de origen y de destino, destacando aspectos como la religiosidad, el manejo de la distancia jerárquica, los estilos de comunicación y el manejo del tiempo.

El apartado quinto sobre *Cambios de rol*, constituye otro de los núcleos básicos de esta tesis, que se encuentran muy vinculados a los cambios en las estructuras familiares. Se analizan los cambios en los roles de género durante el proceso de aculturación, así como las percepciones entre la diferencia y la igualdad de género en su doble condición, como mujeres y migrantes, en comparación con las mujeres autóctonas. Desde esta perspectiva, se describen las aportaciones positivas de la migración respecto a la valoración social y familiar, el poder de decisión, la autonomía y las relaciones igualitarias y se analizan asimismo aspectos negativos como la discriminación y el trato indigno y sus efectos sobre el equilibrio emocional, la calidad de vida y la integración.

En el apartado sexto, titulado *La mirada retrospectiva*, se recogen las expectativas cumplidas y no cumplidas respecto a las aspiraciones vitales que las mujeres idearon en su proyecto migratorio. Dichas valoraciones van desde el sentimiento de sobrecarga emocional, el estrés socio-económico y el fracaso, hasta los beneficios en relación con las ventajas sociales y metas cumplidas. A continuación en el séptimo apartado, denominado *El significado y el aporte del apoyo social,* se analiza el factor protector de las redes sociales que proporcionan seguridad y mitigan el efecto del estrés de aculturación. En unas circunstancias caracterizadas por las separaciones y la ruptura de vínculos afectivos; se contrasta el diferente significado de las redes de compatriotas frente a las redes de autóctonos, así como las consecuencias del aislamiento y la soledad. Por último, el apartado octavo titulado *Afrontando el desafío: del desajuste a la adaptación,* describe las estrategias de afrontamiento más utilizadas, tanto adaptativas como no adaptativas, haciendo especial mención al afrontamiento de la experiencia de minoría étnica. Se plantean las distintas respuestas que las personas desarrollan de manera creativa ante los retos y cambios de las nuevas experiencias migratorias.

Segundo bloque: aproximación empírico-metodológica

Este bloque corresponde a los estudios empíricos desarrollados en esta tesis. Se comienza con el estudio primero, que tiene como objetivo llevar a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados en revistas científicas sobre salud mental, género e inmigrantes para describir las diferencias en salud mental. Para ello se revisan las publicaciones indexadas en las bases de datos Medline, y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionan 254 artículos correspondientes al periodo comprendido entre 2000 y Julio de 2015. Dichos trabajos se han clasificado según sus métodos, agrupados en revisiones bibliográficas y estudios de meta-análisis, encuestas, estudios y revisiones de evidencias (estudios clínicos y evaluaciones intervenciones) y frecuentación de servicios. También según los tópicos temáticos que tratan sobre la salud, la calidad de vida relacionada con la salud, la prevalencia de los distintos tipos de trastornos mentales (comunes, mayores, adicciones, psicosis, y otros) y las dificultades de acceso y sesgos en la atención en los servicios sanitarios de salud mental (primarios, especializados, hospitalarios y urgencias). Entre los estudios revisados se destacan especialmente los realizados en España y en el País Vasco, con

encuestas de salud poblacionales e instrumentos estandarizados como lo las escalas GHQ-12 o el SF-12 de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

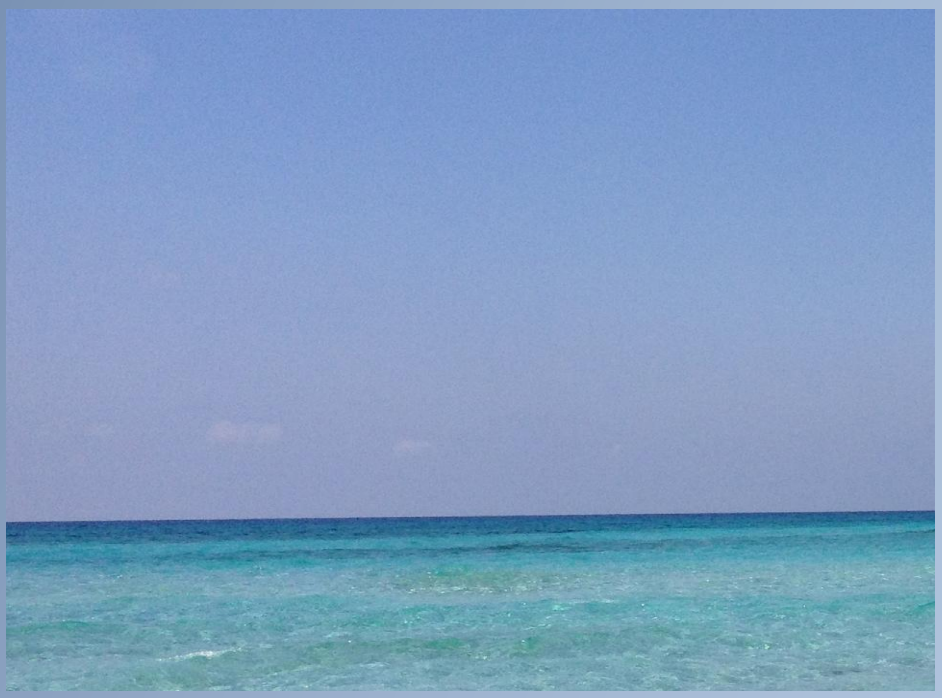
El segundo estudio consiste en un estudio de casos y controles en mujeres usuarias de un centro de salud mental comunitaria (MAPS de Rekalde en la ciudad de Bilbao). Su objetivo es analizar las diferencias en la percepción de la calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS-SF-12) y la prevalencia de probables "casos de salud mental" en un grupo de mujeres inmigrantes usuarias de un servicio de asistencia psicosocial respecto a otras usuarias autóctonas del mismo servicio (n=59/89), así como respecto a dos grupos normativos de mujeres inmigrantes (n=177) y autóctonas del País Vasco (n= 267) (muestras aleatorias del País Vasco), todas ellas con un rango de edad de 18 a 61. Se aplican dos instrumentos de despistaje (en las versiones breves del GHQ y SF-12). Se parte de la hipótesis de que las mujeres inmigrantes usuarias de un servicio de asistencia psicosocial tendrán una percepción de su estado de calidad de vida (CVRS), valorada a través de las dimensiones del instrumento SF-12, y una prevalencia de probables caso de salud mental e intensidad sintomática (GHQ-12, equivalente a las mujeres nativas usuarias del mismo recurso, pero una percepción de su CVRS más deteriorada que un grupo normativo de mujeres inmigrantes con la misma procedencia (grupo normativo inmigrante) o que un grupo normativo de mujeres nativas.

Por último, el tercer estudio y principal de esta tesis, titulado *Salud mental y estrés de aculturación: cambios en los roles familiares y de género,* es un estudio cualitativo con diez entrevistas en profundidad a mujeres latinoamericanas usuarias de un Centro de Salud Mental (MAPS Rekalde), todas ellas con residencia permanente en Bizkaia. Las participantes seleccionadas responden a una tipología de mujeres, madres, sustentadoras de sus núcleos familiares donde la promoción económica familiar constituye la motivación sustancial de su proyecto migratorio, la edad media es de 35 años, con un tiempo medio de estancia en España de 10 años. Las entrevistas fueron realizadas durante los años 2012 y 2013. Este estudio busca analizar el estrés de aculturación, los cambios derivados de la migración, que crea nuevos vínculos de las nuevas familias trasnacionales, donde las roles y la identidad de género de las mujeres migrantes se transforma, generando nuevas expectativas de rol y nuevos vínculos familiares. Para ello se lleva a cabo un análisis de contenido de las narraciones surgidas en las entrevistas en profundidad, que se estructura en función de las ideas surgidas, que son clasificadas y sometidas a un análisis de fiabilidad inter-jueces, con 1522 ideas y 60 códigos de análisis. Para el tratamiento del análisis de contenido se ha utilizado programa de análisis de textos Atlas.ti. Además de analizar la frecuencia de las ideas se describen varias tipologías de mujeres, por medio de las redes de ideas y ejemplos de los testimonios correspondientes a las categorías de análisis.

Para finalizar, se presenta el apartado de conclusiones y discusión, que integra las conclusiones de los tres estudios que componen este trabajo de tesis. Se resumen los principales logros, y se mencionan las limitaciones y aportaciones de este trabajo. La bibliografía se presenta de manera conjunta al final del documento. Asimismo se recoge un apartado de Anexo para el estudio primero donde se pueden revisar el conjunto de artículos seleccionados. También en CD adjunto se proporciona un archivo, que incluye una tabla del conjunto de ideas con la codificación llevada a cabo por los dos jueces y las decisiones finales para los casos de desacuerdos, tabla que permite el cálculo de los índices de fiabilidad inter-jueces, y las transcripciones de las entrevistas en formato del programa Atlas.ti usado en el tercer estudio. Todos los aspectos recogidos en la presente introducción se recogen en la tabla siguiente:

Tabla 1. **Estructura y organización de la obra**

Aproximación teórico conceptual	***Aproximación empírico***	***metodológica***	
Migración, impacto y ajuste psicosocial, impacto de la migración en la adaptación psicológica y sociocultural, significado de las manifestaciones emocionales, encuadrando su interpretación en el estudio del estrés de aculturación. ***La motivación: desde mejorar a huir***, se describen las motivaciones de la migración que se solapan con el discurso dominante de la búsqueda de la promoción económica y familiar. ***La familia y el estrés de aculturación: el coste emocional de la separación***, se analiza la migración como acontecimiento crítico del ciclo vital familiar, la trascendencia de las separaciones, la gestión de la vida familiar a distancia, las consecuencias relacionales y emocionales del ejercicio de la maternidad, los cambios en el funcionamiento familiar, las jerarquías afectivas y en los modelo de crianza. La reagrupación e implicaciones del reencuentro y las asimetrías en las relaciones de pareja. ***Choque cultural: del colectivismo al individualismo,*** se identifican dimensiones como el colectivismo y el familismo. Se revisan estudios sobre fuentes de choque cultural: diferencias de género entre países, religiosidad, manejo de la distancia jerárquica, estilos de comunicación y manejo del tiempo. ***Cambios de rol***, se analizan los roles de género durante el proceso de aculturación, las percepciones entre diferencia e igualdad en su doble condición, como mujeres y migrantes, en comparación con las autóctonas. Aportaciones positivas de la migración respecto a la valoración social y familiar, poder de decisión, autonomía y relaciones igualitarias; aspectos negativos como discriminación y trato indigno y sus efectos sobre el equilibrio emocional, la calidad de vida y la integración. ***La mirada retrospectiva***, expectativas cumplidas y no cumplidas respecto a las aspiraciones vitales que idearon en su proyecto migratorio. Valoraciones que van desde el sentimiento de sobrecarga emocional, el estrés socio-económico y el fracaso, hasta las ventajas sociales y metas cumplidas. ***El significado y el aporte del apoyo social***, se analiza el factor protector de las redes sociales en el efecto del estrés de aculturación. En circunstancias de separación y ruptura de vínculos afectivos, las consecuencias del aislamiento y la soledad. ***Afrontando el desafío: del desajuste a la adaptación***, estrategias de afrontamiento utilizadas, haciendo mención a las de la experiencia de minoría étnica.	**ESTUDIO 1.** ***Revisión sistemática de los estudios publicados en revistas científicas sobre salud mental, género e inmigración*** para describir las diferencias en salud mental. Para ello se revisan las publicaciones indexadas en las bases de datos Medline, y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionan 254 artículos correspondientes al periodo comprendido entre 2000 y Julio de 2015. Dichos trabajos se han clasificado según sus métodos, en revisiones bibliográficas y estudios de meta-análisis, encuestas, estudios y revisiones de evidencias y frecuentación de servicios. También según los tópicos temáticos que tratan sobre la salud, la calidad de vida relacionada con la salud, la prevalencia de los distintos tipos de trastornos mentales y las dificultades de acceso y sesgos en la atención en los servicios sanitarios de salud mental. Se destacan los estudios realizados en España y en el País Vasco, con encuestas de salud poblacionales e instrumentos estandarizados como lo las escalas GHQ-12 o el SF-12 de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).	**ESTUDIO 2.** ***Estudio de casos y controles en mujeres usuarias de un centro de salud mental comunitario.*** Se analiza las diferencias en la percepción de la calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS-SF-12) y la prevalencia de probables "casos de salud mental" en un grupo de mujeres inmigrantes usuarias de un servicio de asistencia psicosocial respecto a otras usuarias autóctonas del mismo servicio (n=59/89), así como respecto a dos grupos normativos de mujeres inmigrantes (n=177) y autóctonas del País Vasco (n= 267) (muestras aleatorias del País Vasco). Se aplican dos instrumentos de despistaje (en las versiones breves del GHQ y SF-12).	**ESTUDIO 3.** ***Salud mental y estrés de aculturación: cambios en los roles familiares y de género, estudio cualitativo*** que analiza el estrés de aculturación, los cambios derivados de la migración que crea nuevos vínculos de las nuevas familias trasnacionales, donde las roles y la identidad de género de las mujeres migrantes se transforma, generando nuevas expectativas de rol y nuevos vínculos familiares. Se lleva a cabo un análisis de contenido de las narraciones de las entrevistas en profundidad, que se estructura en función de las ideas surgidas, que son clasificadas y sometidas a un análisis de fiabilidad inter-jueces, con 1522 ideas y 60 códigos de análisis. Para el tratamiento del análisis de contenido se ha utilizado programa de análisis de textos Atlas.ti. Se analiza la frecuencia de las ideas se describen varias tipologías de mujeres, por medio de las redes de ideas y ejemplos de los testimonios correspondientes a las categorías de análisis.



Marco teórico.

1. MIGRACIÓN, IMPACTO Y AJUSTE PSICOSOCIAL

1.1. Impacto de la migración: estrés de aculturación y duelos migratorios

En este apartado sobre el impacto de la migración se prioriza el análisis de las relaciones socioculturales y su influencia en el estado emocional. El impacto directo en los trastornos psíquicos es difícil de valorar, pero no se puede desestimar la importancia de una problemática psicológica particular, que afecta a la persona que migra y a su entorno, y se relaciona tanto con las motivaciones de la migración como con sus consecuencias. La migración como fenómeno social afecta no solo a los que migran, afecta a los que se quedan y a los habitantes del lugar de destino, en grupos que se interrelacionan apareciendo elementos que repercuten en sus vidas. La separación influye en la salud física y mental, surgiendo distintas reacciones emocionales que mezclan sentimientos de nostalgia por un lado, junto con expectativas e ilusiones esperanzadoras por otro. La migración tiene elementos que crean emociones contradictorias de tristeza y alegría, de pérdidas y de reencuentros. Conviene, por tanto, re-encuadrar esta experiencia y sus consecuencias no como "patología" sino como un coste inevitable en una "sociedad móvil". Para O`Hanlon (2001), el hecho de migrar o proceder de una cultura o familia dada, no determina la depresión o la esquizofrenia, las cosas no son tan simples, incluso el contexto puede contribuir a resolver determinados conflictos, y existen influencias perjudiciales, pero también útiles[1]. Como indica Le Breton (1999) estas experiencias de cambio puede contribuir a la trascendencia del Yo y al crecimiento personal. La migración, por tanto, tiene ventajas y beneficios e implica también dificultades, es esa parte problemática, desde ese lado oscuro, ya sea identificado como "estrés de aculturación" o "duelo migratorio". Achotegui (2010) señala inadecuado plantear la migración siempre como duelo porque sería negar aquellos aspectos positivos que conlleva, pudiendo ser más una solución que un problema. No obstante este "duelo" migratorio es un proceso complejo, que dependiendo de las circunstancias personales y sociales pueden llegar a desestructurar al individuo emocionalmente y producir malestar psicológico específico.

[1] Le Breton (1999, pp. 269-270) recuerda que el dolor emocional es inherente a la vida, vivir tiene un valor virtualmente precario y amenazado fuerza a la prueba de la trascendencia, proyecta al individuo fuera de sí mismo, le revela recursos en su interior cuya existencia ignoraba, sale de la prueba siendo otro: "*En todo dolor hay en potencia una dimensión iniciática, un reclamo para vivir con mayor intensidad la conciencia de existir (…). Es una herramienta de conocimiento, una manera de pensar los límites de uno mismo, y de ampliar el conocimiento de los demás*".

Desde esta perspectiva, los inmigrantes tienen muchas posibilidades de padecer el Síndrome del Emigrante con Estrés Crónico y Múltiple. Al tiempo, existe el duelo de los que se quedan, que ven marchar a los miembros más valiosos para la familia y la comunidad, empobreciendo a todos y a todos los niveles (Achotegui, 2004, 2011)[2].

Son muchos los cambios tanto individuales como familiares migratorios, pudiendo ser un suceso vital difícil de manejar, que pone a prueba la capacidad de afrontamiento y reorganización de la familia, comprometiendo sus funciones afectivas y socializadoras. Toda migración implica un periodo de estrés personal e interpersonal para todos los miembros de la familia a pesar, como señala Sluzki (1996), de que la migración se ha convertido en una transición normativa más que en una excepción, es decir, que puede predecirse, pero aun así es una transición que genera tensiones extremas. Los migrantes pueden mostrar claros signos de estrés a niveles psicosomáticos e interpersonales, manifestaciones que pueden ser vistas como razones idiosincráticas o individuales "patologías", si no se tiene en cuenta el impacto del proceso en la salud en general y en la salud mental en particular. El estrés asociado a la migración puede precipitar o agravar sufrimientos crónicos y reprimidos, que ya estaban presentes y que se puede desbordar ante cualquier suceso provocando ansiedad, trastornos psicosomáticas, adicciones, etc., y pueden aparecer con más intensidad en momentos críticos como la primera separación, o en momentos del ciclo vital que también significan pérdidas como el divorcio o la muerte (Musitu, 2012). De igual manera, las modificaciones de las características tanto estructurales como funcionales de la red social antes y después de la transición, permiten destacar el mecanismo mediante el cual la migración afecta a la familia. Ausloos (1998) destaca que una falta de "preparación" al funcionamiento solitario, por ejemplo ante el sentimiento de vacío, puede predisponer al consumo de alcohol, el consumo llena en cierta manera ese vacío, llena la ausencia afectiva. Congruentemente con esta idea, una revisión de estudios mostraba que el consumo de alcohol era más frecuente en hombres de primeras generaciones que en sus pares nativos (Moyerman & Forman, 1992).

Lipovetsky y Serroy (2010) aportan su punto de vista al respecto, cuando los individuos fracasan, o así lo perciben, si se sienten aislados y avergonzados, son presa fácil del resentimiento y desánimo. Para los inmigrantes, siguiendo su enfoque, el mundo puede ser intensamente ansiógeno y depresivo, generador de inquietudes, poco optimista respecto a la calidad de vida futura. Entonces, la fe en el futuro que compensaba los sacrificios diarios desaparece, apareciendo la impotencia para controlar su curso, lo que puede implicar desestructuración de la personalidad y conflictos psicológicos. La infravaloración y la frustración están en el registro mismo de la tristeza con que se vive en la sociedad hiper-moderna globalizada, y siempre en relación con la pérdida de referentes sociales básicos. La ansiedad, la depresión, el consumo de psicofármacos y el aumento de las demandas psiquiátricas, señalan, tienen que ver con estas cuestiones y numerosos estudios avalan, por ejemplo, el drama del aislamiento afectivo y social de los parados. Hochschild (2008) se refiere también a esta sintomatología pero en relación a las mujeres migrantes, señalando el malestar, la apatía, la inhibición, la decepción y el nerviosismo que pueden presentar por su frustración respecto a la vida en general, sacrificadas y enfrentadas a la pérdida de

[2] Existe una relación directa entre el grado de estrés límite que viven los inmigrantes y la aparición de síntomas psicopatológicos Este síndrome se caracteriza porque las personas padecen determinados sucesos negativos relacionados con pérdidas. Estas pérdidas implican duelos junto con otros sucesos como el fracaso del proyecto, la lucha por la supervivencia, etc. Esta combinación de duelos y vivencias de carencias, sería la base psicosocial de este cuadro que podría remitir cuando se pasa a formar parte del tejido social, lo que permite reelaborar su visión de cómo se sitúa en la sociedad en la que vive. Parece que este síndrome es un trastorno al límite entre la salud y la enfermedad mental, no es una depresión, no se trataría de un trastorno depresivo clásico, porque las depresiones se caracterizan por la postración y la apatía, y en cambio, los inmigrantes suelen tener una actitud proactiva que les motiva a salir adelante. A pesar de la tristeza, de sentimientos de desolación y de pesar puede apreciarse un deseo de lucha, de salir adelante, pensar en sus hijos, en sus familias puede ser un motor que les ayuda a no darse por vencidos (Achotegui, 2002, 2004).

autoestima y a los sentimientos de culpa. Así la migración se puede convertir en una lucha contra la melancolía que oscurece el sueño de emigrar[3].

1.2. Perspectiva cultural del significado de las manifestaciones emocionales

Desde una perspectiva cultural el significado de las manifestaciones emocionales puede ser una pantalla de la relación del individuo y su mundo, se insertan en su historia personal y comunican una información no sólo del estado físico o psíquico, sino también del estado de la relación con los demás. Los síntomas hacen alusión a manifestaciones del individuo, a una percepción subjetiva de éste y se presentan como una interpretación que ha elaborado sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales. Así mismo, los relatos de la enfermedad no son algo individual ya que la expresión del malestar responde a un dominio de significados compartidos en un contexto cultural (Martínez Hernáez, 1998). En este sentido, se pueden interpretar, los sentimientos y emociones que surgen de la situación de los inmigrantes desde un pensamiento muy alejado del suyo, conviene destacar las diferencias culturales (también de clase) en las distintas formas de interpretación de la realidad y cómo las diferencias culturales influyen en la expresividad y ésta en las relaciones personales[4]. Todas las manifestaciones emocionales o conductuales se ajustan a situaciones de conflicto entre el individuo y sus sistemas multipersonales, sin olvidar que un cuadro psicopatológico se inscribe en un marco cultural. Los desajustes en la comunicación intercultural pueden provocar sentimientos negativos y afectar al bienestar psicológico. Una mayor distancia cultural, en definitiva el choque cultural, dificulta la adaptación, pero además afecta a la comunicación entre inmigrantes y autóctonos, pero en una relación formalizada como la terapéutica, la desconfianza puede ser elevada. La Antropología puede aportar una distinción entre el malestar o percepción de la enfermedad con descripciones desde dentro versus desde fuera como señala Geertz (1999) o, dicho en otras palabras, por el paciente (emic: visión del nativo) o por el profesional (etic: visión del investigador). Las diferencias son claras, donde unos perciben síntomas como señales naturales que hablan de psicopatología, otros hablan de una elaboración cultural que se remite a un mundo de significados (Martínez Hernáez, 1998).

Siguiendo esta perspectiva constituye un riesgo minimizar el reconocimiento de los problemas emocionales de los inmigrantes que, al igual que sucede con el malestar de otras minorías, pueden ser víctimas de diagnósticos muy estereotipados. La salud y la enfermedad no son sólo cuestiones de personalidad o biología, son estados valorados y reconocidos en la cultura y en la estructura social de pertenencia Rodríguez Marín (1995)[5]. Al analizar el malestar psicológico, o la relación de las personas con este malestar, cabe preguntarse de qué manera la trama social y cultural influye. Las personas son consecuencia de estas condiciones sociales y culturales, pero también tienen un papel individual, dando a su malestar un significado y una intensidad propia de su singularidad. El enfoque antropológico, por

[3] "*Melancolía: Actualmente, la palabra se toma, sobre todo en dos acepciones. En el lenguaje corriente, es una tristeza ligera y difusa, sin objeto particular y por eso casi inconsolable. En el vocabulario psiquiátrico, al revés, es una alteración patológica del humor, caracterizada por una tristeza extrema, a menudo acompañada de ansiedad, autodepreciación, ralentización psicomotriz e ideas suicidas. Inconsolable en ambos casos, pues, pero por razones más bien opuestas: porque es demasiado ligera o es demasiado pesada, demasiado vaga o demasiado grave, demasiado "normal" (la melancolía ordinaria es menos un trastorno que un temperamento) o no lo bastante. La primera puede ser casi agradable ("La melancolía -decía Víctor Hugo- es la felicidad de sentirse triste"); la segunda no lo es nunca: atañe a la medicina, y puede matar si no la cura. Sin embargo, la distinción entre estos dos estados no es siempre tan nítida: los temperamentos melancólicos no se encuentran a resguardo de una psicosis o de una depresión* (Comte-Sponville, 2003, p. 339).

[4] El estudio de Zola (1966) demuestra el poder de las influencias culturales en la percepción de los síntomas y en las expresiones del dolor.

[5] Geertz (2003) propone descender a los detalles, para captar el carácter esencial de los individuos y de los grupos culturales, a lo general se llega a través del interés por lo particular, por lo concreto. Un interés organizado y dirigido, en este caso a la manifestación de los síntomas y a la interpretación de los mismos en una relación terapéutica.

ejemplo, hace surgir lo que suele obviarse en el proceso terapéutico: la dimensión del sentido y de los valores que afectan a la relación de la persona con su cuerpo o su enfermedad (Le Breton, 1999). La percepción del sufrimiento tiene que ver con significados múltiples, entra en juego la relación del sujeto consigo mismo pero también los modelos culturales y las costumbres sociales. Así la expresión del malestar y la psicopatología presenta variaciones culturales importantes, en los estudios de Achotegui (2002), por ejemplo, referidos a las formas psicopatológicas presentadas por los distintos tipos de inmigrantes, se señala que existe cierta variabilidad cultural en las manifestaciones clínicas que están relacionadas con las culturas de procedencia. Otros informes sobre salud e inmigración en Europa, como el informe EMPIRIC de Reino Unido (Sproston & Nazroo, 2002), sobre la prevalencia psiquiátrica en grupos étnicos, también han mostrado una importante variabilidad cultural en las manifestaciones y síntomas psiquiátricos.

Respecto a la búsqueda de ayuda hay factores culturales que interfieren claramente en las personas migrantes, puede que ésta se retrase hasta que la enfermedad no interfiera llamativamente en la vida cotidiana. En las culturas tradicionales, por ejemplo, se posterga el momento de consultar por miedo a verse separado de los suyos, entregado a un medio extraño o sentirse indefenso. También pueden soportar el sufrimiento ante la distancia con la institución médica, la falta de medios y la interiorización de un juicio moral de exclusión. Las sociedades occidentales, más individualistas, reaccionan de forma diferente ante la adversidad, buscando ayuda más inmediata en las estructuras médicas que las poblaciones recientemente inmigradas y si están aún apegadas a valores culturales tradicionales, pueden presentan comportamientos que demuestran su resistencia a la enfermedad. El sufrimiento engendra juicios y tolerancias de acuerdo con las referencias culturales del individuo, los individuos se manejan según su concepción de la vida y del mundo, si consideran que la vida es difícil, soportarán daños que juzgan inevitables pero que otros grupos encuentran intolerables. La tendencia a minimizar el malestar, pueden derivar de culturas que se han acostumbrado a resistir la enfermedad, con una voluntad más fuerte ante las actividades cotidianas relacionadas con el trabajo y con la esencia misma de la vida (Le Breton, 1999; Achotegui, 2011).

Los valores de resistencia a la fatiga y al esfuerzo propio, de medios rurales tradicionales, por ejemplo, se apoyan más en los imperativos del trabajo diario, lo que contrasta con la menor tolerancia al dolor característica de los valores urbanos modernos, por esto los problemas emocionales de las minorías deben comprenderse en su contexto. Parece paradójico este hecho cuando el cuerpo es un instrumento de trabajo para un colectivo que desempeña mayoritariamente trabajos físicos, el miedo a la enfermedad es una preocupación constante, la enfermedad se percibe como una obstaculización de las actividades laborales. Los datos de los estudios son contradictorios pero en general los inmigrantes utilizan menos que la población general los servicios de salud mental (Regidor, 2008; Salinero, Jiménez-García, de Burgos-Lunar, Chico-Moraleja & Gómez-Campelo, 2015; Sanz, Elustondo, Valverde, Montilla & Miralles, 2007) por dificultades de accesibilidad, porque el trabajo es su prioridad, por su concepción de la salud y de la enfermedad mental, y también, porque en su resolución deben intervenir otros factores, ya que en los tratamientos psiquiátricos es importante para que exista continuidad y adherencia al tratamiento, la implicación, por ejemplo, de la familia, y determinadas condiciones laborales. Las diferencias entre culturas rurales y urbanas, las diferencias generacionales, las diferencias de género y sobre todo de clase, impregnan la cultura ambiente y marcan un estilo personal, aunque en el caso de la preocupación por sí mismo, ésta es más intensa en una sociedad de dictados individualistas (Hofstede, 2001), donde el dolor es tratado tan pronto como se manifiesta.

Es cierto que no todas las personas experimentan el hecho migratorio de la misma manera, las personas tienen percepciones diferentes de la misma experiencia. Estos sucesos pueden representar una crisis personal o no, dependiendo de su duración, su impacto, su gravedad el grado de controlabilidad y

deseabilidad. Hay diferencias innatas que hacen que las personas ante las misma situaciones traumáticas no hagan la misma evolución, cada individuo presenta grados de vulnerabilidad diferentes. Las personas sometidas al estrés de la emigración que tengan un sentido alto de control personal, un sentido de implicación en el suceso (Basabe, 2003) y un sentido de compromiso y desafío, es decir, consideran este cambio como un incentivo, más que como una amenaza, sufrirán menos impacto y permanecerán más sanas que otras con personalidad menos firme. Así la particularidad de cada familia junto con la personalidad y los aspectos biológicos de cada persona influirán en el impacto, destacando que personas con un cierto tipo de apego tengan más predisposición a migrar, un estilo de apego con una menor orientación a la familia supondrá soportar mejor la separación. Además las sociedades divergen en sus valores, así en la sociedades individualistas se privilegia que las personas sean autónomas y capaces de separarse de sus familias de origen (Hofstede, 2001), no obstante, la valoración de la autonomía no es común a todas las culturas y no siempre ha sido así (Ausloos, 1998). El desafío adaptativo que implica el impacto de la aculturación en la salud y el bienestar van a depender de múltiples factores tanto protectores como de vulnerabilidad.

1.3. Estrés de aculturación: adaptación psicológica y sociocultural

Estrés de aculturación hace refiere al estado general de desorientación que se produce por el contacto con una cultura diferente a la del individuo que migra, se manifiesta o va acompañado de una serie de alteraciones emocionales el estrés de aculturación corresponde al esfuerzo adaptativo por aprender nuevos repertorios conductuales apropiados al nuevo contexto, el abandono de aquellos que no son "adecuados" y los conflictos psicológicos y sociales que surgen de esa adaptación. El bienestar en el proceso de aculturación puede variar desde la imposibilidad de adaptación hasta la satisfacción por ésta. Pero la adaptación a un nuevo entorno no tiene una única dimensión, tiene que ver con dos facetas relacionadas entre sí; por un lado la adaptación psicológica, concebida como el mantener una buena balanza de afectos o ajuste psicológico y por otro el aprendizaje sociocultural concebido como la adquisición de habilidades sociales necesarias para manejarse en la nueva cultura (Moghaddam, Taylor & Wright, 1993). Adaptación es entrar en un proceso de aprendizaje de las pautas de funcionamiento de una cultura y resolver tareas cotidianas para poder sobrevivir en ella, lo que está fuertemente relacionado con el tiempo de estancia pero también con la distancia cultural. La persona que abandona su cultura de origen y se ve rodeada por normas, valores y costumbres que, al menos en parte, no reconoce como propias tiende al adaptarse, y busca mitigar su desajuste y tenderá a realizar las conductas adaptativas para la resolución exitosa de las tareas sociales (Moghaddam et al., 1993).

Así, la distancia cultural percibida también influye en el estrés de aculturación, hace referencia a las diferencias en las formas de relación y a las costumbres que requieren un gran esfuerzo de aprendizaje, si bien las mayores dificultades de adaptación sociocultural se presentan al inicio de la estancia, en general van decreciendo gradualmente (de Luca, 2015; de Luca, Bobowik & Basabe, 2011). Asimismo, las condiciones del país como el nivel de pluralismo, la tolerancia a la diversidad cultural, las políticas sociales y sanitarias, los derechos civiles, la posibilidad de reivindicar derechos colectivos y, por último, la disposición y voluntad de asimilación de las minorías, están en relación con el grado de aceptación del grupo étnico en cuestión, y por tanto con los niveles de prejuicio y discriminación[6]. El tipo de dificultades varían con el tiempo de estancia, para los recién llegados el dominio del idioma, la comunicación con los nativos y la añoranza de la familia son elementos destacados, dificultades que también variarán en importancia según el país de procedencia, el motivo de la migración y las estrategias de aculturación. Analizar los valores de

[6] La CAPV ofrece cobertura sanitaria a la población extranjera en situación administrativa irregular. El objetivo de esta universalización de los servicios socio-sanitarios es paliar las desigualdades y el deterioro de la salud de este grupo de población.

los inmigrantes, la relación entre estos valores culturales y las formas de afrontamiento, el bienestar y la sintomatología aportan información de cómo se enfrentan a la discriminación y el estrés de la experiencia migratoria (Basabe, 2007; Basabe, Zlobina & Páez, 2004; Zlobina, 2005; Zlobina & Páez, 2007). Además, el proceso de aculturación va a depender también del clima social en el contexto de la sociedad de acogida y de los niveles de exclusión social (Morales, 2003), además de las relaciones exo-endogrupales entre grupos dominantes y dominados, tal como plantea el Modelo Ampliado de la Aculturación Relativa (MAAR) (Navas, Pumares, Sánchez, García, Rojas, Cuadrado, Asensio y Fernández, 2004).

En relación a las actitudes, la migración conlleva en muchos grupos convertirse en una minoría étnica y percibir a veces por primera vez esa sensación de ser parte de un grupo que los otros etiquetan continuamente, pertenecer a una minoría implica diferencia, alteridad y desviación social. Cuando se interioriza el estigma de la migración la imagen de la persona se deteriora, las respuestas pueden derivar aislamiento y marginación. Los estudios muestran como las minorías son en mayor medida objeto de discriminación, laboral, educativo, etc., y esta desigualdad tiene implicaciones para la salud mental y emocional (Williams & Mohammed, 2009) así como reacciones, pudiendo interiorizar la imagen descalificadora que tiene la sociedad lo que deriva en trastornos, ya que los migrantes que se sienten excluidos experimenta depresión, ansiedad, baja autoestima e indefensión aprehendida (Ratcliff, 2012). Camacho (2004, p. 68) destaca que estas "*nuevas situaciones de enfermar*" se ven influenciadas por las acciones que se dirigen contra la dignidad, erosionan la imagen y dañan las capacidades del individuo, en el que se va instalando, primero el malestar, después la desesperanza y, por último, la tristeza y la ansiedad. El trato indigno erosiona la seguridad básica necesaria para la autoafirmación y la esperanza en el futuro. El malestar procede de la angustia e incertidumbre ante lo injusto del trato, es la sensación de que no existe correspondencia entre sus esfuerzos y la actitud de los que le rodean. En este momento, el inicio del cuadro psicopatológico, de la enfermedad mental, empieza a ser visible. En el mismo sentido, la depresión, señala Walhs (2004), puede estar en conexión con un trato irrespetuoso y degradante y destaca la subordinación de la mujer como esencialmente dañina porque viola sus derechos a la igualdad y a la dignidad. Bauman (2007) señala como el miedo que produce la marginación en los nativos se traduce en exclusión social, sometiendo a estos grupos en interesantes como fuerza de trabajo y beneficio, pero no como personas, lo que se traduce en políticas controladoras e interesadas desde el punto de vista económico pero insolidarias, criminalizando aquellos márgenes de la población más débiles y de vida más precaria.

Por otra parte, la adaptación sociocultural es más intensa al principio de la experiencia migratoria (choque del inicio) (Ward, Bochner & Furnham, 2001), cambia con el tiempo (de Luca, 2015), se asocia positivamente al tiempo de residencia, la menor distancia cultural, un alto nivel de contacto con los autóctonos y la buena capacidad lingüística (Basabe, Páez, Aierdi & Jiménez, 2009) Una mejor adaptación sociocultural se asocia a una fuerte identificación en el país de acogida, es decir, tanto a una estrategia asimilacionista como bicultural, que son más adaptativas frente al estrés de aculturación (al menos en la primera generación), mostrando que las mayores dificultades de adaptación se encuentran en los inmigrantes que optan por el segregacionismo étnico (Ward & Rana-Deuba, 1999).

Los problemas que surgen en la adaptación psicológica y en la sociocultural están íntimamente relacionados, son el resultado de afrontar situaciones estresantes que impactan la afectividad o el bienestar emocional. El ajuste social sigue una lógica de aprendizaje y mejora paulatina, mientras que el ajuste psicológico es más cambiante en el tiempo y depende de la variabilidad de los estresores y del

dominio de éstos (Ward et al., 2001)[7]. El ajuste psicológico puede depender de varias cuestiones, se puede asociar positivamente, por ejemplo, al nivel socioeconómico, a la movilidad social ascendente y a las redes sociales y de apoyo familiar. A pesar de los conflictos familiares que puede provocar la aculturación (pueden ser familias vulnerables que atraviesan muchas situaciones críticas), se afronta mejor el estrés en los grupos aculturados, que mejoran su nivel socioeconómico y tienen el apoyo de su grupo étnico. La adaptación psicológica también está relacionada con el afrontamiento de hechos estresantes, y está influenciada por los rasgos de personalidad, los sucesos vitales y el apoyo social.

1.4. Estrés de aculturación y salud en inmigrantes

El estrés de aculturación y las condiciones de vida en el país de acogida puede llegar a alterar el equilibrio previo existente en la persona, la hipótesis del estrés de aculturación podría explicar la menor salud emocional y calidad de vida de la población inmigrante en comparación con los autóctonos, y en especial de las mujeres (Sevillano, Basabe, Bobowik & Aierdi, 2014). Así, las personas inmigrantes pueden llegar con una buena salud, pero en el proceso de adaptación las condiciones de vida asociadas a situaciones de precariedad, discriminación, y estrés pueden producir un deterioro en el estado emocional y físico (Williams & Mohammed, 2009). Los estudios muestran cómo los factores clave que parecen asociarse al declive de la salud de la población inmigrante, son las condiciones de vida vinculadas a la pobreza y la exclusión social (Pascoe & Smart-Richman, 2009).

Los resultados de las investigaciones socio-sanitarias, también mostrados en el informe SESPAS (Vázquez, Vargas & Aller, 2014), confirman que las desigualdades sociales (empleo precario, ingresos, educación, alimentación, vivienda y condiciones medio ambientales) explican una parte importante de las diferencias de las tasas de mortalidad y morbilidad. En este sentido, la población inmigrante mayoritariamente va a ocupar posiciones sociales más vulnerables que ejercen un efecto pernicioso en las personas y probablemente repercutirán en su salud. Con determinantes sociales como el impacto de la crisis económica es de esperar, según este informe, un empeoramiento en salud de la población migrante, y las decisiones políticas que han excluido a la población en situación irregular de la red sanitaria es probable que ahonden estas diferencias. En psiquiatría se estiman entre los factores de riesgo de presentar patología mental, las circunstancias descritas de soledad y aislamiento familiar, las situaciones de estrés y precariedad, los inconvenientes para la adaptación a las costumbres del país de acogida y las diferencias culturales e idiomáticas. También derivan de las expectativas no cumplidas, de la pérdida de pautas de referencia, de las dificultades para integrase y conseguir apoyo.

Los estudios sobre salud y aculturación se plantean si hay diferencia en los índices de salud entre nativos e inmigrantes y entre grupos étnicos dentro de una misma sociedad. El informe sobre estado de la cuestión en la Unión Europea de Junio de 2007 (Mladovsky, 2007), concluyó que se conocía relativamente poco sobre la salud de los inmigrantes, el panorama es complejo, y la salud y el acceso a los servicios sanitarios varía en función del contexto, la edad, el género, el tiempo de estancia y los países (cuestión que se analizará en el estudio 1). Hay enfermedades específicas donde las tasas de mortalidad son más elevadas en inmigrantes (infecciones, accidentes y violencia), mientras son más bajas en enfermedades crónicas Esta ventaja en mortalidad de los inmigrantes frente a los nativos europeos puede desaparecer con el aumento del tiempo de estancia y en las segundas generaciones de inmigrantes. En EE.UU los nacidos fuera presentan menores tasas de enfermedades crónicas que sus pares nativos y la población mayor nacida

[7] La investigación realizada en la CAPV con una muestra de 3000 inmigrantes extracomunitarios y Rumania (Basabe et al., 2009), muestra que las estrategias predominantes en las esferas privadas (familia, amistades y religión) son de integración o biculturales (45%) y de separación (37%), mientras que en las esfera pública (trabajo, bienestar social y política) predomina la asimilación (55%).

fuera experimentaba un rápido deterioro de su salud durante su estancia en EE.UU. mayor de la que sería esperable en la población nativa equivalente, por ejemplo, en tasas de trastornos cardiovasculares (Jasso, Massey, Rosenzweig & Smith, 2004). Por otra parte, las primeras generaciones suelen mostrar menores índices de trastornos mentales mientras que en las segundas generaciones estas afecciones aumentan (meta-análisis de 49 estudios realizado por Moyerman y Forman (1992), probablemente porque se acercan a las tasas de la población general nativa y porque pueden ser más vulnerables a la exclusión social. De todos modos, las evidencias no son concluyentes y se encuentran diversas experiencias que varían según el país, el tipo de poblaciones inmigrantes, las leyes y regulaciones político-jurídicas que afectan a la integración (Mladovsky, 2007). Aunque la población inmigrante, es una población relativamente joven que, por tanto, presentará una buena salud física, la "hipótesis de la selección" sugiere precisamente que los inmigrantes recién llegados suelen presentar mejor salud que la que corresponde a su nivel socioeconómico, y en comparación con los que no migran. Esto es así cuando las familias y grupos seleccionan a los miembros más sanos para migrar. Este caso podría ser aplicable a las migraciones basadas en redes familiares como es el caso de la mayoría de la emigración latinoamericana. En el primero estudio de esta tesis se revisan las evidencias en estas cuestiones en los últimos años.

1.5. Mujeres migrantes y ajuste psicosocial

1.5.1. Globalización y cambios trasnacionales en las mujeres migrantes

Al describir la salud mental de las mujeres migrantes se destacan aquí sus condiciones de vida como factor de vulnerabilidad para presentar síntomas (otros vinculaciones relacionados con la salud mental y el género se abordan a lo largo del marco teórico y de los estudios presentados en esta tesis).Trabajar fuera de sus países se ha convertido para estas mujeres en la única estrategia familiar para mejorar, migran para emplearse en el trabajo doméstico que es lo que el mercado laboral pone a su alcance, empleo condicionado por ser mujeres al estar relacionado con el cuidado. Este tipo de empleo caracteriza su inserción laboral en contextos muy vulnerables y desprotegidos. Significa una integración desde la precariedad, se trata de trabajo sin cualificación, repetitivo, monótono y mal valorado. Son contratadas por salarios bajos lo que afecta a su calidad de vida, se podría hablar de mano de obra infravalorada y vulnerable. Las mujeres han sido y son el sector más explotado y menos cualificado de la inmigración (Pereda, de Prada, Actis & Orti, 2010). La demanda de estas trabajadoras sigue en aumento debido a los cambios en los países con economías emergentes. Las mujeres de estos países, se están incorporando rápidamente al mundo laboral y necesitan mujeres para cuidar de sus familias. Asumen trabajos como cuidar niños y ancianos que requieren una gran implicación y desgaste emocional, pero este cuidado implica un vínculo emocional entre el cuidador y el cuidado, porque está en estrecha relación con el bienestar del otro e implica un trabajo emocional y físico, implica también interés y predisposición, e importante sobreesfuerzo emocional, sentimientos que paradójicamente se corresponden con empleos mal remunerados en los que se minimiza el valor de este trabajo (Hochschild, 2008)[8].

La mitad de los emigrantes del mundo son mujeres y desempeñan un papel cada vez más significativo en todos los países, siendo la mayoría trabajadoras domésticas También la mitad de las personas extranjeras asentadas en el País Vasco los últimos diez años son mujeres (Fouassier & Aierdi, 2012). El

[8] Hochschild (2008, p. 27), respecto de la feminización de las migraciones, señala como "*la importación del amor y el cuidado por parte de los países ricos (…) las mujeres, que suelen cuidar a los niños, los ancianos y los enfermos en sus propios países pobres, se mudan a los países ricos para cuidar allí a niños, ancianos y enfermos, en calidad de mucamas, niñeras, o asistentes de guarderías y geriátricos. Se trata de un drenaje del cuidado*". Esta autora (p. 281) denomina el amor y el cuidado como el "*nuevo oro*" importado por los países del primer mundo que pagan a los países del tercer mundo.

modelo vasco de inmigración es femenino, las mujeres latinoamericanas (colectivo con mayor presencia) facilitan el acceso de mujeres vascas al mercado laboral. El perfil es mujer latinoamericana trabajando mayoritariamente en el empleo doméstico y al cuidado de mayores, niños y discapacitados, que sostienen el sistema de dependencia en los hogares vascos. Su presencia en el sector laboral doméstico rozaría en 100 % en el caso de las mujeres procedentes de Bolivia, el 98 % en el caso de las mujeres procedentes de Colombia, Ecuador y Perú (Ikuspegi, 2015).

Cuestiones culturales y sociopolíticas relacionadas con las desventajas económicas y de género ponen a las mujeres en la posición de tener que emigrar como única alternativa para proporcionar bienestar a sus hijos. La globalización de la económica ha revolucionado las relaciones básicas de cuidado, fundamentalmente la relación de las madres con sus hijos. La migración involucra a muchos miembros de la familia, significa una partida sin precedentes de madres solas dejando a sus hijos al cuidado de parientes (en menor medida migran acompañando a sus parejas), siendo, en definitiva difícil calibrar la complejidad de las relaciones que surgen de los vínculos trasnacionales (Blanco & Zlotnik, 2006; Falicov, 2008)[9].

Beck y Beck-Gernsheim (2012, p. 216) destacan el giro que han experimentado las relaciones entre géneros en los países occidentales; por un lado la participación de la mujer en trabajos remunerados, mujeres que se resisten a seguir asumiendo las tareas domésticas solas y, por otro lado la aun limitada participación de los hombres en estas tareas y el cuidado de los hijos. Para compensar esta desigualdad en las relaciones de género, se utilizan y explotan desigualdades globales, siendo aquí donde aparece la figura de la *"trabajadora doméstica migrante"* que pone de manifiesto *"cómo se integra la desigualdad global en la normalidad de las familias nacionales"*[10]. De esta manera las mujeres migrantes se convierten en parte imprescindibles de las familias locales, mientras muestran en el significado de las familias a distancia, forman parte de un proceso que caracteriza la globalización. Las mujeres migrantes vienen ocupando este sector laboral relacionado con el apoyo para que los nativos puedan desarrollar su potencial en el mundo laboral y tener hijos. Asimismo, al aumentar el número de personas que dependen de otras por el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, son las mujeres migrantes las que ofrecen estos cuidados, para las familias es rentable delegar estas tareas. Los hombres y las mujeres nativos pueden dedicarse a sus aspiraciones profesionales, consiguen que su vida diaria funcione sin lastrar su relación de pareja con la conflictiva cuestión de las tareas domésticas. Estas empleadas migrantes no pueden conciliar su vida familiar y laboral pero ayudan a que las nativas puedan hacerlo, muchas familias nativas difícilmente podrían salir adelante de no contar con los servicios de estas trabajadoras, son claves en la vida diaria de muchas familias, son la garantía de la conciliación laboral y familiar para las mujeres nativas. Este proceso de feminización de la migración se ha ido perfilando para poder ir cubriendo las necesidades derivadas de cambios socio-demográficos, económicos y culturales acontecidos en las últimas décadas. (del Fresno, 2011; Gil Araujo, 2010; Parella & Cavalcanti, 2008).

La migración significa ruptura del proceso natural del ciclo vital familiar, el impacto de esta ruptura depende enormemente de los valores y expectativas de la familia y de la naturaleza de los vínculos entre sus miembros. Para estas mujeres mantener una familia trasnacional tiene consecuencias, la familia que

[9] Mària i Serrano (2001) describe la globalización como un proceso de interconexión financiera, económica, y social, política y cultural en un contexto de crisis económica, de victoria política del capitalismo y de relativización cultural de las grandes ideas. La invasión económica de la vida política y social ha implicado problemas de desgobierno y aumento de la desigualdad. Esta invasión en la vida cultural ha extendido el consumismo y el individualismo, la globalización ha implicado cambios acelerando la expulsión de personas, grupos sociales y culturas.

[10] Para Beck y Beck-Gernsheim (2012) se crean vínculos que cruzan las líneas divisorias entre naciones, culturas, religiones y etnias, la confrontación y la extrañeza del mundo están en el seno mismo de la familia, los otros excluidos están dentro de las familias nativas.

dejan tiene que readaptarse negociar y reubicarse. Las familias consiguen adaptarse o no, depende de factores relacionados con los recursos internos y externos de sus miembros, con la calidad de la vinculación emocional y con la flexibilidad para poder realizar reajustes. Este proceso impacta en el estado emocional de los miembros del sistema familiar y de la mujer en particular, supone un acontecimiento que pone a prueba la capacidad de adaptación de todos ellos (Salem, 1990). Son los ajustes que la familia trasnacional exige de las mujeres que tienen que diseñar estos cambios y definir nuevamente los roles familiares. La dependencia económica y afectiva marcara su calidad de vida por el protagonismo que adquieren que afectará a su desarrollo individual, de este modo las trasformaciones se identificarán fundamentalmente con rupturas emocionales, con el restablecimiento de vínculos afectivos y con la recuperación de la identidad y de la seguridad en ellas mismas (Gil Araujo, 2008; Inclán, 2009; Parella & Cavalcanti, 2010).

El proceso de integración de estas mujeres pasa por de la sobrecarga emocional, la ruptura con su medio y el alejamiento de sus familias, con frecuencia se produce un sentimiento de culpa que afecta a su salud mental, salud que asocian al abandono de la familia a un nuevo comienzo y de una nueva imagen de sí mismas. Siempre se producen desajustes que provocan estrés cuando se ven viviendo en un entorno nuevo, son desajustes asociados y agudizados por importantes carencias. Su bienestar dependerá de cómo responden a la tensión situacional y evolutiva derivada de estos cambios. En estas circunstancias las mujeres pueden presentar dificultades para resistir las presiones de la migración. Falicov (2008) señala como la migración tiene importantes implicaciones en las relaciones porque representa una nueva forma de entender y definir la vida familiar, destaca, en este sentido, el estrés relacional previo y posterior a la migración y el estrés aculturativo que se manifiesta en las relaciones de género y en las relaciones intergeneracionales. La familia, al quedarse sin uno o varios de sus integrantes, tiene que cambiar su dinámica lo que puede repercutir en el ánimo de todos sus miembros. Destaca, asimismo, que las mujeres migrantes solas que presentan más síntomas de depresión o quejas psicosomáticas son las que presentan más dificultades para hablar sobre el estrés causado por la separación probablemente por el hecho de que las mujeres son más propensas a expresar un sentimiento de preocupación y responsabilidad para el bienestar de los demás y hablar sobre estas cuestiones es protector para ellas.

1.5.2. Diferencias de género en salud

En cuanto a las diferencias de género, y para países desarrollados, las mujeres presentan mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad, y, por el contrario, mayor morbilidad, mayor percepción de síntomas y peor estado emocional. Asimismo, las mujeres adoptan más conductas preventivas que los hombres, y muestran mayor adherencia a los tratamientos médicos, así como un mayor contacto con los servicios sanitarios. Las diferencias en la percepción de síntomas por género, se atribuyen a la mayor "expresividad emocional", las mujeres expresarían más su malestar por medio de síntomas emocionales que los hombres (Basabe, 2003). Los indicadores más frecuentemente analizados están relacionados con el estado de salud percibido, un estudio en la CAPV (Sevillano et al., 2014) mostró que las mujeres inmigrantes presentan peor salud emocional que los hombres y que sus pares nativas, sin embargo los resultados fueron dispares respecto a la salud física, en algunos grupos la salud física percibida de los hombres inmigrantes era mejor que la de sus pares nativos, lo cual puede apoyar la hipótesis de la selección. También pueden influir las representaciones culturales de la salud y la enfermedad y otros estudios encuentran diferencias en la expresividad de grupos culturales diferentes ante un mismo diagnóstico clínico, con manifestaciones más somáticas o más emocionales (Basabe, 2007). Las mujeres presentarían más síntomas psicosomáticos, ansiosos y depresivos que los hombres, por su rol de género enfrentan más situaciones de pérdida y de estatus interpersonal, asumen la protección y el cuidado familiar y asumen también la sintonía emocional del grupo familiar, mayor implicación emocional que las expone a

presentar malestar psicológico (Páez, Basabe, Cardaño & Celorio, 1986). Por otro lado, las mujeres consumen más servicios sanitarios públicos en atención primaria, en tanto que los hombres recurren más a los hospitales (Borrel & Benach, 2006).

El estudio primero de esta tesis revisará las evidencias en torno a las diferencias en salud mental, morbilidad y uso de servicios sanitarios de inmigrantes, comparando hombres y mujeres. Por su parte, el estudio dos estimará las diferencias entre nativos e inmigrantes, hombres y mujeres, en usuarias de un servicio de salud mental, en contraste con un grupo normativo de una muestra aleatoria de nativos e inmigrantes en la CAPV. Estos dos estudios permitirán mostrar las evidencias actualizadas sobre el estado de la cuestión en relación a la salud mental de las mujeres inmigrantes, y específicamente, en la CAPV.

2. LA MOTIVACIÓN: DESDE MEJORAR A HUIR

En los motivos y razones para migrar destaca las relaciones familiares y su influencia. En general, cuando se habla de migraciones se hace referencia a la búsqueda del bienestar económico familiar, aunque este proceso responde no sólo a motivos económicos, sino también a factores sociales y psicológicos que obedecen a elecciones que van más allá de las necesidades económicas y que marcarán esta decisión. Los diferentes proyectos migratorios pueden depender de situaciones externas que posiblemente estén influyendo sobre las condiciones internas, como la vida en origen y la característica psicológicas predominantes que convierten cada migración en específica y única. Los motivos son muy diversos y dependen tanto de las experiencias vitales personales como de las experiencias colectivas que viven es sus países[11].

En el caso de las mujeres, generalmente madres, ante situaciones de crisis socioeconómica en sus países, proyectan la migración como una huida de sus grupos de origen, buscando oportunidades les permita independencia social y económica, que les proporcione un estatus más valorado para ellas mismas o para su grupo doméstico. Aierdi, Fouassier, Fernández y Shershneva (2013) señalan como la decisión es el resultado de varios motivos, o de la relación entre ellos, hablan de un conjunto de necesidades interrelacionadas que generan expectativas respecto a lo que se espera del nuevo entorno. En general, se mezclan los motivos, se sobrevaloran los económicos pero hay otros, la inquietud cultural, un modo de vida diferente, la búsqueda de libertad, ampliar horizontes, etc., aunque el motivo económico marcará la decisión, se piensa en mejorar la calidad de vida en general (educación, sanidad, trabajo) y alejarse de la inestabilidad e inseguridad presente en sus países y de la falta de movilidad social.

Estas mujeres se convierten en la esperanza para la familia responden a un proceso social y familiar, el proyecto migratorio está mediatizado por los potenciales futuros beneficios para la familia lo que perpetúa su rol de protectoras de la familia en la distancia, de ellas dependerá el éxito o fracaso para los suyos y para sí mismas, del Fresno (2011) destaca como la motivación es la búsqueda de trabajo que mejore sus

[11] Basabe et al. (2004) en la investigación llevada a cabo sobre una población de 642 personas migrantes, recogieron las motivaciones que les indujeron al abandono de sus países, clasificando los motivos por orden de importancia. En primer lugar destacan los motivos económicos como el deseo de mejorar el nivel de vida, la búsqueda de un trabajo mejor pagado, la difícil situación económica en origen y el deseo de ayudar a la familia. La búsqueda de estimulación y crecimiento personal: buscar nuevos desafíos en la vida, conocer nuevas culturas y también mejorar su nivel profesional y educativo. Movilidad individual, el deseo de vivir en una país con mayor prestigio que el propio, búsqueda de mayor libertad de elegir su propio camino en la vida y también casarse con alguna persona del país de acogida. Por último la posibilidad de reagrupación con los familiares que han emigrado antes.

condiciones, las familias migrantes están buscando el bienestar pero desde el sacrificio, en el esfuerzo, su máxima preocupación es la familia, ocupando los hijos un lugar decisivo en el proyecto, desde aquí encontrarán reconocimiento, prestigio y poder.

Migrar es también una búsqueda de libertad personal, dejar la dependencia económica respecto a la familia de origen y construir su propia vida emocional y laboral que, aunque sea una decisión colectiva, la mujer que migra tendrá un rol personal específico dentro de su familia. En los resultados del estudio de Gómez Montoya, Gómez González y Luque Vizcaíno (2011)[12], respecto de los motivos invisibles migratorios encontraron esta búsqueda de autonomía, huir de exigencias económicas y emocionales dadas como regla familiar, el desarrollo profesional y laboral. La decisión de migrar puede no ser, de hecho, una estrategia familiar, escapar del control ejercido por la familia es una decisión que genera conflictos internos que responden a relaciones de autoridad y poder entre sus miembros[13]. Las mujeres pueden buscar en este proyecto una experiencia positiva y liberadora huyendo de experiencias familiares traumáticas buscando una nueva oportunidad para ellas y sus hijos.

Para Moore (2004) estos conflictos familiares, sobre todo de pareja, pueden ser un estímulo, además de otros factores que puedan ser determinantes. Las mujeres migran por motivos económicos pero también porque tratan de huir de algún tipo de lacra social o familiar, entre las que se incluyen las relaciones de género, esta autora señala que la migración se enmarca como una estrategia económica teniendo en cuenta el contexto de relaciones familiares. Salir de experiencias e historias de violencia intrafamiliar (la sufrida en la infancia en la familia de origen y en su familia nuclear), migrar por ser víctimas de violencia de género es una cuestión destacada en los estudios sobre migración femenina.

Respecto a la inseguridad personal y social (peligro físico y emocional), que deriva de la inestabilidad en sus países de origen, se incluyen amenazas derivadas de situaciones sociopolíticas, no sobre sí mismas, sino de manera indirecta, respecto de las condiciones sociales de sus países. La situación de inestabilidad social también provoca una necesidad de huida, acuden a países donde hay paz social y un Estado de Bienestar social, vienen de países política y económicamente inseguros. En el mismo sentido Aierdi et al. (2013) señalan que la pérdida de esperanza en el futuro de su país conlleva como única opción la migración, desconfían de sus países de origen y no perciben que la situación en ellos vaya a mejorar, y esto es más intenso en países donde no se respetan los derechos humanos, la corrupción es alta y se dificulta el acceso a la justicia[14]. La necesidad de seguridad y estabilidad, o el deseo de vivir en lugares seguros está más presente en personas procedentes de países con altos niveles de desigualdad social y altas tasas de violencia y de pobreza. De este modo la motivación de seguridad es más relevante para las personas procedentes de países colectivistas y con altos índices de violencia colectiva, como es el caso de Colombia (Basabe et al., 2009).

Obviamente se destaca como la motivación principal la esperanza de una vida mejor. En este mismo sentido Beck y Beck-Gernsheim (2012) destacan como las imágenes de la forma de vida de los países de destino hacen que éstos sean una referencia de vida, se crean expectativas y se generan esperanzas y

[12] Estudio realizado con seis familias transaccionales y sus 25 miembros integrantes, con entrevistas tanto en destino como en origen.

[13] Hochschild (2008) señala, en referencia a las mujeres solas, que una quinta parte de los hogares del mundo tienen una mujer como cabeza de familia (18% en América Latina).

[14] "*La comisión Interamericana de Derechos Humanos señaló, en su informe de 2009, que el conflicto armado en Colombia afecta de forma distinta a las mujeres que a los hombres, agravando la discriminación y la violencia histórica que las mujeres colombianas han vivido. La violencia física, psicológica y sexual contra las mujeres se llevan frecuentemente a cabo con objetivos de control del territorio, destinadas a causar el desplazamiento forzado y desarraigo, y el control social de la población por parte de los grupos armados en territorios bajo su control*" Afonso & Martín Beristain (2013, p. 16).

metas que dirigen esa migración. Es difícil aceptar la propia vida como destino, señalan, comienzan a imaginar otros mundos, que pueden ser accesibles y compararlos con el propio preguntándose por qué vivir en la pobreza, por qué sufrir aquí, por qué no intentar llegar allí. Desde esta idea se hace referencia también a la búsqueda de promoción personal como forma de mejorar el estatus. En último término cambiar de vida desde una perspectiva que idealiza lo que se espera vivir. Ruiz Olabuenaga (2007, p. 107) describe al "*nómada moderno*", que coincide en parte con lo referido, "*se desplaza unas veces de la miseria otras de la mediocridad, y siempre con el afán (…) de prosperar. No añora el pasado, ni idealiza la tradición. Su nostalgia mira al futuro por su oportunidad de promoción*". Siempre habrá migrantes con altas aspiraciones, que migran impulsados por su iniciativa o visión de futuro, atraídos por lugares con más posibilidades de éxito económico o social.

La situación clásica es que migren, en primer lugar, las mujeres (en el caso de las mujeres latinas) por la facilidad para encontrar empleo en el sector de hostelería y doméstico. Son mujeres que migran solas y que luego intentan reagrupar a sus parejas, hijos, hermanos y padres[15]. Algunas mujeres viajan para reunirse con miembros de la familia que han migrado antes, pero la mayoría lo hace en primer lugar y en busca de trabajo, también se encontrarán mujeres que dejan sus países para seguir a sus parejas en sus aspiraciones laborales y académicas[16]. Es difícil encontrar motivos personales separados de los familiares, es difícil encontrar una motivación voluntaria única, sin dudas, sin culpa y sin conflictos, se podrán encontrar algunos claros proyectos profesionales o académicos pero se encontrarán más derivados de la economía, la inseguridad y el maltrato en sentido amplio. Respecto a estas motivaciones familiares se utiliza el concepto de Boszormenyi-Nagy y Spark (2012) de reciprocidad familiar, es decir, el carácter mutuo de beneficios y obligaciones, las cuestiones de reciprocidad y lealtad familiar se deben examinar más allá de criterios básicamente económicos o de éxito competitivo.

[15] En otras zonas como África (Magreb y África subsahariana) los hombres migran primero. Esto responde, entre otras cuestiones, a diferencias culturales respecto a los roles de género.

[16] Una de cada cuatro mujeres ha accedido por reagrupación a la CAPV, esta vía es más relevante en el caso de las mujeres procedentes de África, en el caso de las mujeres latinas ellas son las pioneras no siendo la reagrupación el motivo de su llegada. Encuesta EPIE (Encuesta de la Población Inmigrante Extranjera) realizada por Ikuspegi (Observatorio Vasco de Inmigración) Fouassier y Aierdi (2012).

3. LA FAMILIA Y EL ESTRÉS DE ACULTURACIÓN: EL COSTE EMOCIONAL DE LA SEPARACIÓN

3.1. Las madres migrantes, entre las deudas y los méritos

Los cambios, las transiciones y los traumas críticos de la vida pueden tener un impacto dramático. Dentro de los sucesos vitales estresantes, las pérdidas de seres queridos tiene un impacto alto en salud emocional (Basabe, 2003). Las migraciones implican frecuentemente separaciones y pérdidas, son acontecimientos que más reajustes precisan, por esto migrar es un suceso que tiene una gran trascendencia sobre el sistema familiar. Depende, claro está, de la solidez de la estructura familiar, de las edades en el momento de la separación y, conviene considerar también que el efecto, tanto en los hijos como en las madres, dependerá de su nivel y estado emocional y cognoscitivo (McGoldrick & Gerson, 1993). En general, las relaciones familiares están determinadas por el equilibro entre fases de proximidad en unas épocas y de separación en otras, que van cambiando a lo largo del ciclo vital y se ven descompensadas en algunas familias. La migración dentro del ciclo vital es un acontecimiento crítico que implica cambios en el funcionamiento y la estructura del sistema familiar y requiere reorganización y adaptación, por esto mantener una familia trasnacional es difícil, conlleva costes emocionales importantes. La migración rompe los lazos que unían a la familia extensa.

La migración implica separación y esta separación implica gestionar la vida diaria en soledad, sus efectos no son otros que la ausencia de las relaciones cotidianas, la ausencia de las prácticas ritualizadas de la vida diaria, que caracterizan los vínculos especiales entre sus miembros y que hacen a una familia diferente de cualquier otra. En ausencia de esta convivencia diaria, según Falicov (2008) cambia el sentido de historia compartida y de continuidad entre pasado, presente y futuro. Cambia el mundo emocional dentro del sistema familiar, sus miembros pueden sentirse angustiados, cargados de culpa, de soledad, de añoranza e incluso de vergüenza por los sentimientos de deslealtad que la separación genera. El alejamiento de la familia y el hecho de pasar años sin verse puede terminar, en ocasiones, con la ruptura de vínculos definitivamente o con el debilitamiento de estos vínculos, por otro lado, los que quedan en origen experimentarán la misma soledad y los mismos sentimientos de pérdida[17].

No obstante, la separación física no implica la separación emocional, ésta se mantiene en la distancia de otra manera, con nuevas formas de conservar y fortalecer esos lazos. Para las mujeres migrantes las redes

[17] *"La soledad forzada es un gran sufrimiento. Se vive sobre todo de noche cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas los miedos…Además lo inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas (…), y en las personas desde que nacen hasta que mueren, viven en el marco de familias extensas que poseen fuerte vínculos afectivos, por lo que les resulta más penoso soportar en la migración este vacío afectivo"* (Achotegi, 2011, p. 48).

de comunicación pueden compensar la falta de vínculos tras la separación, pero se trata de una comunicación más frágil y frustrante. Internet permite el contacto y ayuda a estas mujeres, que viven sentimientos de frustración, a, al menos momentáneamente, aligerar esa frustración. La simultaneidad mediática permite a las personas salvar los límites de las distancia y potenciar el sentimiento de pertenencia y de reconocimiento pero como destacan Lipovetsky y Serroy (2010) las nuevas formas de vida trasnacional, permiten la interdependencia e interconexión pero la presencia física es virtual, y, sí, hay trasmisión de emociones, pero sin ayuda real[18]. Con estas conexiones ya no se pierden los lazos, viven la distancia sostenidos por otros medios de comunicación, pero estos mismos autores señalan como, en general, internet es un "peligro" para el vínculo social, los individuos se comunican continuamente pero se ven cada vez menos, con la vida informatizada se distancian de experiencias juntos o relaciones tangibles. Tras la separación, para Falicov (2008), la naturaleza de los vínculos queda sostenida subjetivamente, porque se basa en la memoria y la imaginación que se mantiene viva a través de contactos ocasionales, la autora se pregunta si se puede hablar de una familia psicológica o de una familia virtual y hasta qué punto pueden las tecnologías de comunicación nutrir estos vínculos, aunque, al menos, tomar decisiones y discutir de forma habitual las cuestiones importantes de la vida diaria que afectan a sus miembros a través de internet, es adaptativo. La comunicación permite a estas familias trasnacionales poder seguir actuando como una familia, discutir, negociar y tomar decisiones, etc., pero mantener los vínculos trasnacionales a lo largo del tiempo implica motivación y estabilidad.

Falicov (2008) señala como también se mantienen otras conexiones emocionales al margen de internet, el contacto a través de las remesas, regalos, las visitas ocasionales, etc., la familia continúa involucrada, puede que intensamente, pero de forma diferente a las familias que comparten sus vidas, son familias trasnacionales que se caracterizan por seguir manteniendo la interacción a pesar de la distancia. Son un tipo de familias donde sus miembros se consideran emocionalmente presentes e intentan mantener una conexión regular y significativa aunque estén ausentes físicamente, este tipo de separaciones es lo que Boss (2001) define como "pérdida ambigua"[19].

Se sabe que el proyecto migratorio del que hablamos incluye la imagen de una familia reunida (es la esencia del proyecto) pero antes de este reencuentro, otros cuidan de los que se quedan, son los familiares que se harán cargo de las personas dependientes en origen. Este cuidado ha quedado, en gran medida, a cargo de otras mujeres, son madres migrantes que delegan el cuidado de sus padres y sus hijos, como señala Hochschild (2008) no sin coste emocional y sentimientos de ambivalencia. El mayor bienestar para una persona es forjar una relación, y su mayor dolor está vinculado con la falta de esa relación, o la amenaza de perderla, así la separación de un hijo genera una profunda tristeza, también la separación de los padres y de la pareja. Las madres experimentan esta culpa y los hijos experimentarán ese resentimiento por el paso que ha dado la madre. Este hecho debe identificarse como una fuente de tensión en la vida familiar. Cualquier relación caracterizada por la proximidad de los vínculos plantea este desafío[20]. Las

[18] El amor y la familia pierden su vinculación a un lugar y prueban suerte en la multiplicidad que ofrece el mundo, de lo que nace un amor a distancia geográfico y un amor a distancia cultural. Desaparece el horizonte del amor oposición excluyente entre el aquí y el allí, el nosotros y el ellos. Ni el color de la piel, ni la nacionalidad, ni la religión, ni la distancia entre países y continentes se aceptan como líneas divisorias infranqueables (Beck & Beck-Gernsheim, 2012).

[19] Miembros de la familia físicamente ausentes pero psicológicamente presentes y miembros de la familia físicamente presente pero psicológicamente ausente. La migración presenta ambos tipos de pérdidas. Las personas y los lugares queridos están ausentes, y al mismo tiempo, están intensamente presentes, por otro lado, la nostalgia y el estrés adaptativo pueden, dejar a las personas psicológicamente ausentes, aun estando presentes (Falicov, 2001).

[20] Boszormenyi-Nagy y& Spark (2012, p. 188) hacen referencia a la dependencia funcional, basada en funciones específicas del cuidado y a la dependencia óntica que es inherente a nuestro ser psíquico. Desde el punto de vista psicológico vivimos de relaciones y estaremos tan seguros como lo permitan nuestras relaciones con otras personas. La pérdida de una relación significativa, en este caso los hijos, implica siempre la desconfirmación óntica de la persona.

madres se pueden sentir endeudadas con sus hijos por la separación y el abandono, esto combinado con el resentimiento, puede crear obligaciones cargadas de culpa y pudiendo quedar dañadas las capacidades para controlar esa culpa. En palabras de Boszormenyi-Nagy y Spark (2012) la familia es una mezcla de contabilidad de deudas y de méritos de unos con otros. La calidad de las relaciones entre los adultos antes de la migración es importante y, sobre todo, si éstos aprueban que la madre haya dejado a sus hijos. Para Falicov (2008) la calidad de estas relaciones depende, en parte, de si la familia pertenece a una cultura migratoria donde se transmitan y admitan modelos informales de separación que promueven la cooperación familiar y existan narrativas que giren en torno a la supervivencia económica y el futuro de los hijos.

Los niveles de estrés de aculturación, además de con el tipo de vínculos, está en relación con la percepción de los niveles de estrés emocional en los familiares que no migraron y con la existencia de apoyo emocional para expresar el dolor de las pérdidas. Entre las realidades de las relaciones maternofiliares queda evidenciado que las migraciones de estas mujeres madres alteran la relación con sus hijos y que esta realidad está marcada por la privación de su presencia, su cuidado y el cariño diario[21]. La separación puede vivirse como una deslealtad hacia la familia de origen y con culpa por el abandono de vínculos familiares primarios (Inclán, 2009). Lo más doloroso para las mujeres es estar lejos de sus hijos pero esta separación no implica la ausencia de amor maternal o responsabilidad, así, la legitimación del rol materno, o la consideración o el crédito de estas madres en el plano relacional ante sus familias es vital (Salem, 1990). Al margen de todas las consideraciones que se destacan, en definitiva, la preocupación fundamental de estas madres es que sus hijos sean competentes socialmente. Destacar que se hace referencia a hijos de mujeres que trabajan fuera de sus países durante años, estas madres, con o sin pareja, dejan atrás a sus hijos y que a menudo son estos hijos los que obligan a estas madres a emigrar, ganar dinero para proporcionarles un futuro es su objetivo y para conseguirlo asumen la separación, es la paradoja de "abandonar" a sus hijos para ofrecerles un futuro mejor.

Se pretende evidenciar el coste emocional y físico de proporcionar a sus hijos bienestar, esto justifica la separación pero qué habría sido mejor para estos hijos tener a sus madres o que les suplen otros cuidadores. La reflexión de Hochschild (2008, p. 274) puede ilustrar este hecho *"que dos mujeres trabajen por un salario es bueno, pero que dos madres renuncien a todo por el trabajo es algo bueno que ha ido demasiado lejos. En última instancia, tanto las mujeres del Tercer Mundo como las del primero participan en un juego económico que las supera y cuyas reglas ellas no han escrito"*. En este sentido esta misma autora (p. 277), habla del amor como un recurso *"injustamente distribuido que se extrae de un lugar y se disfruta en otro"*. El tiempo y la energía que estas mujeres dedican a los hijos de otros, que de lo contrario recibirían sus propios hijos, para Hochschild (2008) supone la mayor desigualdad cultural. También se define una forma de esta desigualdad cultural, el cariño, la cordialidad o el amor que estas mujeres expresan en su relación con los niños que cuidan y que es una competencia valorada por las madres nativas. La separación de sus propios hijos y la soledad hace que los niños que cuidan les recuerden a sus propios hijos, el vínculo puede ser muy fuerte, desplazando el amor que sienten por sus hijos a los hijos de sus empleadoras que, probablemente, nada saben de la familia e hijos de estas mujeres. Son madres solas realizando trabajos domésticos y cuidando de otros niños que organizan como pueden el cuidado de los hijos en origen.

Boszormenyi-Nagy y Spark (2012) también hacen referencia a estas realidades emocionales nuevas para los hijos, describen el efecto destructivo de la carencia afectiva y señalan que pueden ser hijos que vivan sin

[21] Las separaciones representan un coste emocional importante para todos los involucrados. Para Falicov (2008) son menos los estudios que analizan este coste emocional en los hijos y en los padres de estas mujeres que se quedan en origen.

confiar en nadie, si se sienten abandonados por sus madres y, en cómo recuperar esa pérdida de confianza básica. La separación de madres e hijos puede debilitar el vínculo entre ellos y, por supuesto, debilitar las prácticas parentales (Musitu, 2012). El sentimiento de abandono o la percepción falta de afecto puede influir de forma negativa por ejemplo en el rendimiento escolar, la formación de su identidad, en la integración social y en sus valores, que, por otra parte, pueden estar compensados estos sentimientos con la percepción que puedan tener estos hijos de una mejora en su calidad de vida, del beneficio que supone para ellos el sacrificio de sus padres y, trasformar este sentimiento de abandono, en un sentimiento de responsabilidad materna, en este caso, formando ellos mismos parte del proyecto de sus padres (Parella & Cavalcanti, 2010). Los resultados de los estudios de estos mismos autores recogen los efecto ambivalentes en los hijos que van desde los sentimientos de abandono, tan comentados, al reconocimiento del sacrificio de sus madres en el sentido de mejoras en su calidad de vida y esperanza de un futuro mejor.

Es sabido que los hijos necesitan desarrollar de relaciones de apego seguro con otras personas además de con los padres, cuando estos padres faltan, necesitan desarrollar este apego con otros cuidadores y con el entorno social. Los hijos, cuando pierden la seguridad de la relación con la madre, en el caso que nos ocupa, necesitan ajustes adaptativos para poder desarrollar otras relaciones de apego. El gran trabajo de estas madres es poder rescatar esta relación madre e hijo. En el análisis del proceso migratorio Inclán (2009) destaca que los altos niveles de inseguridad en las relaciones de apego derivan en conflictos personales y filioparentales. Sin embargo, estas separaciones a las que se hace referencia, cuestionan las teorías psicológicas que priorizan el vínculo primario madres-hijos. Conviene destacar la idea de Falicov (2008) de como recientemente se ha ampliado esta noción de múltiples apegos con sus jerarquías afectivas respectivas, que amplia este enfoque para incluir a la madre migrante, que puede pertenecer a una cultura colectivista donde es habitual que los menores puedan ser criados por otros parientes. Desde esta perspectiva se puede comprender la maternidad como una labor que implica a tres generaciones que se da antes de la migración e, incluso, la hace posible, en resumen, son las familias extendidas que sustituyen a las familias nucleares.

La migración como suceso estresante para sistema familiar cambia los modelos de crianza que como señalan Barudy y Dantagnan (2010) son el resultado de aprendizajes sociales y familiares que se trasmiten como fenómenos culturales de generación en generación[22]. Se aprenden en la familia de origen, mediante la transmisión de modelos y mecanismos de aprendizaje (imitación e identificación) en esta transmisión influye también el contexto social y cultural en el que se desenvuelve la familia, contexto que queda alterado tras la migración. No se ha profundizado suficientemente en el presente estudio sobre las motivaciones de estas madres ni sobre la esperanza del reparar el daño que ellas creen han podido infligir a sus hijos. En el mismo sentido cabría incluir la gratitud que estas madres esperan de sus hijos. Estas madres pueden verse atrapadas o se muevan entre la sensación de un sacrificio excesivo y no compensado o, el descuido, en mayor o menor grado, de sus obligaciones familiares, moviéndose entre los sentimientos de culpa y obligación, en el mismo sentido que los hijos *"perdonen*" a sus madres por la separación porque han hecho todo lo que han podido. Una madre da, pero espera una compensación que puede que nunca se

[22] Barudy y Dantagnan (2010) destacan que las experiencias infantiles influyen en los modelos de crianza de los padres. Los recuerdos implícitos pueden condicionar las formas espontáneas de respuesta frente a las conductas y emociones de los hijos. Si estas memorias están en relación con experiencias de buenos tratos, y como consecuencia, de un apego seguro, la respuesta ante las necesidades de los hijos será de buen trato. Pero puede ocurrir que los padres con experiencias infantiles desfavorables corren el riesgo de imitar patrones negativos como resultado de los recuerdos dolorosos de sus relaciones infantiles reaccionando negativamente.

cumpla, para un hijo este endeudamiento filial puede mediatizar la relación, son hijos que se convierte en "cautivos" de deudas que nunca podrán saldarse (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012; Hoschschild, 2008)[23].

3.2. La maternidad a distancia

Para estas madres a distancia es muy difícil asegurar y valorar la educación y el trato que están recibiendo sus hijos. La sobrecarga de las familias cuidadoras y los conflictos de pareja pueden conllevar negligencia en los cuidados. En ocasiones, depende de lo que los cuidadores estén recibiendo a cambio o, lógicamente, de cómo eran las relaciones antes de la separación. El envío de remesas puede estar en relación con los cuidados que estos niños reciben, la cuestión está en si estas remesas se puedan enviar o no para "pagar" y si de ellas depende la calidad de este cuidado. A los cuidadores en origen les cuesta creer que las madres migrantes tengan dificultades para enviar remesas, remesas de las que, por otra parte, depende la calidad de la vida de todos. Las remesas calman la ansiedad de estas madres y la culpa que estas madres experimentan por el alejamiento recompensando materialmente la carencia afectiva que su ausencia representa. Las remesas son la clave de dependencia económica y afectiva en las familias trasnacionales es, realmente, el contexto de reciprocidad que caracterizan las cadenas migratorias (Parella & Cavalcanti, 2008).

Cuando se deja a los hijos en origen se generan traumas asociados a estas rupturas de las relaciones madres-hijos, para estas madres es importante mantener el contacto con el cuidador principal (mujer generalmente) y sus hijos y que pueda convertirse, en palabras de Falicov (2008) en una compañera a distancia en la crianza de éstos, lo que ayuda a acortar la distancia psicológica de la separación manteniendo, eso sí, los rituales de comunicación (internet, regalos, dinero), se trata de contrarrestar la ausencia por alguna forma de presencia para mantener viva la relación. Pero como señalan Inclán, Martí Castañer y Gay Pascual, (2012) en las "*migraciones progresivas*" la ruptura del vínculo con las madres implica tiempo no compartido, no hay una evolución conjunta madre hijo en los años de separación, y los hijos se refugian en otras figuras de apego, abuelas generalmente, que les proporcionen seguridad. Las madres tratan de compensar como pueden a los cuidadores en origen y viven temiendo que los hijos se olviden de ellas y que establezcan vínculos afectivos con los adultos que les cuidan (Beck & Beck-Gernsheim, 2012) cuando las madres están ausentes y ni siquiera pueden hacer visitas a sus hijos éstos acaban por alejarse emocionalmente de ellas convirtiéndose en extrañas. Hochschild (2008) destaca como en estas circunstancias se generan esperanzas, amores, envidias y resentimientos que hijos y padres se proyectan entre sí por estar al cuidado de otros.

La familia, que es el referente para el desarrollo cognitivo y afectivo de los hijos, cuando éstos se separan de sus madres experimentan con dureza este impacto, unido al miedo que afecta tanto a madres como a hijos que quedan a cargo de terceros. Es la incertidumbre de cómo va desarrollarse esta separación y qué consecuencias tendrá para todos a largo plazo. Parte del sufrimiento de la separación es echar de menos a sus hijos, no acompañarles en su crecimiento, y convivir con la preocupación de si abuelas, tías o vecinas están cuidando bien de ellos (Beck & Beck-Gernsheim, 2012; Musitu, 2012)[24]. Se destaca esta referencia de Falicov (2008, p. 31) respecto a este fenómeno de la triangulación: *"cuando el niño se encariña con ambas mujeres (…) y las dos se sienten cómodas con su colaboración, es posible hablar de un*

[23] Boszormenyi-Nagy y Spark (2012, p. 48) inciden en que *"por mucho que queramos desprendernos de la carga del pasado, la estructura básica de nuestra existencia y la de nuestros hijos sigue estando determinada, al menos parcialmente, por las cuentas sin saldar de las generaciones pasadas".*

[24] García Borrego (2010, p. 71) describe así la rivalidad entre cuidadoras: *"La relación de poder que se establece entre estas dos mujeres, dentro de la cual los hijos de la inmigrante actúan como prenda u objeto valioso que ésta deja en depósito, quedando así obligada al cumplimiento de su parte del acuerdo establecido entre ellas"*.

triángulo trasnacional positivo. En otras situaciones la madre puede sentir que la cuidadora está compitiendo con ella por el niño, saboteando sutilmente la relación madre-hijo. En estos casos adversos es posible hablar de un triángulo trasnacional negativo".

Asimismo es vital la calidad de relación entre las madres y cuidadores sustitutos para llega a acuerdos adecuados y coherentes sobre la educación de estos hijos y, que estos cuidadores sustitutos apoyen a las madres y preserven una imagen valorada de éstas, sin descalificaciones y críticas en referencia a la información que trasmiten los cuidadores en origen sobre la madre, en relación a "olvidarse o desentenderse" de los hijos o, chantajes respecto de los envíos periódicos de dinero. Las madres pueden verse sometidas a presiones por los cuidadores en origen, también pueden verse presionadas por agotamiento de éstos (enfermedad, problemas económicos), en definitiva, la estrategia prioritaria es evitar la utilización de los menores en contra de la madre por parte cuidadores (Bertino, Arnaiz & Pereda, 2006). Aquellos hijos cuyos cuidadores les han inculcado actitudes negativas hacia la madre, pueden tener dificultades en aceptarla porque pueden vivir esta situación como una deslealtad hacia sus cuidadores (Musitu, 2012). Por ejemplo, en la reagrupación madres e hijos tienen que adaptarse a vivir juntos de nuevo y pueden presentar sentimiento negativos ligados a la separación. Con la reagrupación los hijos vinculados a sus cuidadores experimentarán una segunda separación en este proceso de reagrupación con sus madres[25].

Se ha hecho referencia, siguiendo la idea de Beck y Beck-Gernsheim (2012), a las madres a distancia que utilizan a otras mujeres de su familia o entorno para que sus hijos reciban los cuidados que necesitan, niños que, incluso, viven peregrinando de casa en casa. Pero se quiere mencionar también a los padres en origen, en esta situación en la que es la mujer la que migra, trabaja y sostiene a la familia, estos padres pueden sentirse heridos en su autoestima, y puede que no estén dispuestos siempre a cuidar de sus hijos, y estos hijos, en estas circunstancias, se sienten emocionalmente abandonados y no apoyados en la familia nuclear, puede que no encuentran ningún sostén, por ejemplo, para formarse y aprender. Así, Parella y Cavalcanti (2010) destacan que los hombres que se quedan en origen a cargo de los hijos puede que asuman el cuidado emocional, pero esto no significa que se impliquen realmente en su cuidado ni en el trabajo doméstico, que es asumido por otras mujeres de la familia extensa, abuelas o tías, que como se ha señalado, en general, asumen esta responsabilidad.

Mencionar que estas abuelas pueden presentar dificultades para cuidar, educar y valorar el proceso de aprendizaje de sus nietos, lo mismo se puede decirse de la salud, alimentación y cuidados emocionales que reciben[26]. Asimismo, para las madres en estas circunstancias, la relación con sus hijos es complicada, intentar mantener el vínculo emocional, e intentar supervisar desde la distancia la vida diaria, su crecimiento, su educación, además de intentar mantener vivo el recuerdo y ofrecer cuidados materiales no es fácil (Beck & Beck-Gernsheim, 2012; Musitu, 2012). En el mismo sentido, Parella y Cavalcanti (2010) destacan como estas "abuelas-madres" se pueden sentir incapaces de asumir en su ausencia el referente autoritario de los padres o, compensar el vacío afectivo de éstos. En la adolescencia, en concreto, las

[25] El estudio llevado a cabo por Mitrani, Santisteban y Muir en Musitu (2004) con madres e hijos latinos migrantes, la media de edad de los hijos en la que se produjo la separación fue de siete años y el tiempo medio de separación de tres años. Para estos autores, el objetivo central de intervención terapéutica con estas familias es reparar los lazos emocionales madre e hijo, como paso previo para poder fortalecer las funciones parentales tales como controlar la conducta y resolver los conflictos de sus hijos (Musitu et al., 2012).

[26] Respecto a los compromisos matrilineales Boszormenyyi-Nagy y Spark (2012) destacan que la ayuda de la familia materna de origen en estas familias donde las mujeres jóvenes han migrado dejando hijos aun bebés, en muchos casos, con la abuela materna, siendo ésta más progenitora real que la propia madre. Estos autores se preguntan hasta qué punto estas jóvenes madres de contextos empobrecidos están realmente comprometidas con la maternidad.

relaciones intergeneracionales con las abuelas cuidadoras pueden desencadenar relaciones conflictivas de difícil manejo[27].

La separación de los padres puede tener un impacto importante en el desarrollo de los hijos y en la construcción de un apego seguro entre ellos que se relaciona con problemas psicológicos[28]. Hochschild (2008, p. 276) destaca que ambos, hijos y madres, sufren por las privaciones emocionales de la separación, Boszormenyyi-Nagy y Spark (2012) en el mismo sentido, apuntan que los niños carentes de estabilidad, apoyo y cariño se convierten en niños y adultos desconfiados, con dificultades en el compromiso emocional adulto. Pueden ser hijos que crecen con importantes perturbaciones derivadas de conflictos y abandonos en sus familias de origen para quienes el mundo su cultura y sus instituciones son "el enemigo". Es sabido que si se sienten emocionalmente abandonados pueden presentar baja autoestima, inadecuación, tristeza y ansiedad crónica, desesperanza y culpabilidad. Suelen vivir con falta de referentes morales y afectivos en ausencia de modelos familiares que moldeen patrones de comportamiento adecuados[29]. También Parella y Cavalcanti (2010) destacan que la separación de la familia conlleva efectos negativos para hijos y padres como incrementos de las tasas de divorcio, del alcoholismo, embarazos adolescentes, bajo rendimiento escolar, delincuencia, más alta incidencia de suicidio infantil, o de abusos sexuales a niños.

Así se menciona otra consecuencia previsible para los hijos que se quedan en origen, la asunción de roles parentales que se puede producir por tener que asumir responsabilidades que no les corresponden. Durante la separación y en ausencia de sus figuras maternas, muchos de ellos pasan de ejercer de hermanos mayores, a ejercer de padres, frustrando su infancia. Son los hermanos mayores que por sus lazos adoptan conductas parentalizadas[30] que les obligan a adoptar precisamente ese papel de "padres". Que los hijos actúen como adultos es hasta cierto punto adaptativo, todo hijo asume responsabilidades en determinados momentos de crisis, incluso así aprende a identificarse con roles responsables para su existencia futura, esto implica también crecimiento emocional, pero si se le rodea de una atmósfera de obligatoriedad cargada de responsabilidades y culpa, que atrapa y a la vez coloca al hijo en una situación parentalizada, puede tener un sentido patológico cuando la inversión de posiciones llega a ser regla más que excepción, es, en casos extremos, cuando el hijo no tiene la oportunidad y el derecho de ser niño (Boszormenyyi-Nagy & Spark, 2012). Se destacan dos cuestiones, por un lado la sobrecarga de tareas y responsabilidades para las abuelas y, por el otro, el cambio de rol para hijas e hijos mayores que se convierten en jefes del hogar en plena adolescencia, sobre todo si viven en ambientes muy carenciales (Pedone & Gil Araujo, 2008).

[27] En el estudio de Yarris (2014) realizado mediante entrevistas a abuelas nicaragüenses jefas del hogar (cuidan a los hijos de sus hijas madres migrantes), éstas describen una forma de aflicción o de tristeza y utilizan la expresión "pensar mucho" para manifestar la ambivalencia moral de las remesas, y la incertidumbre tras la migración, relacionada con los valores culturales de unidad y solidaridad familiar característicos de su cultura.

[28] Como señalaba Bowlby la falta de figuras estables en los primeros años de vida y la experiencia de separación dificulta el desarrollo de un apego seguro, duradero y consistente.

[29] Musitu, (2012) para ilustrar la dureza del impacto de la separación y de los hijos cuidados por otros destaca el estudio realizado por Ferrufino et al. (2007), en la ciudad de Cochabamba con 410 hijos de padres ausentes señalando maltrato físico, psicológico y sexual, una cuarta parte de ellos denunció recibir malos tratos en su hogar sustituto desde la incomunicación, la indiferencia hasta la violencia física. Así, en la experiencia clínica con madres migrantes, se constata la alta incidencia de abusos sexuales en las niñas en ausencia de sus padres cuando éstas quedan a cargo de parientes u otros cuidadores.

[30] Se habla de parentificación cuando hay una inversión de roles que atribuyen a un hijo un rol de responsable, cuando se delega en el hijo, pudiendo llegar a convertirse en el padre o madre de sus hermanos e incluso de sus padres. Supone un rol parental por parte de los hijos "un envejecimiento prematuro" porque supera las capacidades de un menor y supone también una ruptura de fronteras generacionales. A veces son roles encubiertos, no verbalizados, por lo que la parentificación puede ser oculta o negada (Salem, 1990; Simon, Stierlin & Wynne, 1988).

La familia extensa se ve afectada por la migración pudiendo presentar dificultades para controlar y sostener emocionalmente a los hijos de estas madres, sin olvidar que estas responsabilidades que asume la familia extensa también afectan a los proyectos individuales de los miembros cuidadores. Por esto se destaca la importancia de las redes de solidaridad femenina en el país de origen (abuelas, hermanas, etc.). A veces, los conflictos pueden aflorar en la familia extensa cuando sus miembros se enfrentan a situaciones difíciles que exigen cambio, esfuerzo y reparto de recursos, a menudo escasos. Realmente la migración de estas madres ha sido posible gracias a este apoyo, señalando asimismo, que las remesas destinadas al cuidado de estos hijos ayudan a la manutención de ellas mismas, las cuidadoras (García Borrego, 2010). En ausencia de las madres, los cuidados proporcionados por otros serán fiables para éstas si han podido, como destaca el estudio de Bertino et al. (2006)[31], hacer una designación de cuidadores funcional y meditada, si han podido planificar el modo de crianza y pueden valorarla positivamente, si sienten confianza en los cuidadores y pueden supervisar de algún modo este proceso. También, el mismo estudio, hace referencia a los conflictos entre los padres y cuidadores y las dificultades de los hijos si el cuidado en origen no es estable, los hijos que se enfrentan entonces, no solo a la partida de la madre, sino a otras pérdidas en el caso de cambio de cuidadores.

Para la adecuada socialización de los hijos, estos no pueden estar separados de sus madres o cuidadores principales ni demasiado pronto ni demasiado tiempo sin que el vínculo entre ellos se deteriore, incluso, irreversiblemente. Por ello, cuanto antes reagrupen y escolaricen a sus hijos más posibilidades tendrán éstos de desarrollar un escolaridad exitosa (García Borrego, 2010). Entre los retos que afrontan las familias migrantes están las obligaciones hacia la propia familia nuclear y de origen y, sobre todo, al crecimiento emocional de los hijos. Los hijos necesitan la experiencia compartida con sus padres para desarrollar un vínculo afectivo que favorezca la resiliencia frente a los problemas, experiencia que en ocasiones no se da cuando los padres migran, sin olvidar que hay niños se quedan solos en condiciones de vulnerabilidad máxima, sin madre y cuidados por parientes, o abandonados a su suerte en sus países de origen.

Cuando los hijos tienen una visión negativa de las deficiencias de sus padres conviene ayudarles a examinar la historia familiar para tener una visión evolutiva contextual, y buscar ejemplos de resiliencia frente a los desafíos de la vida. Explorar las experiencias migratorias de estas madres, examinado los traumas y pérdidas sufridas por ellas y sus familias de origen y la resiliencia que idearon para poder soportar las penurias y abrirse paso en su nueva vida (separaciones, rupturas, discriminación y privaciones), ayudará a ver los puntos fuertes que permitieron a estas madres migrantes reorientarse y adaptarse y también examinar la creatividad y la perseverancia que les permitió superar este proceso (Walhs, 2004).

Se ha querido reflejar como la separación conlleva costes emocionales para padres e hijos, pero la ideología de género identifica diferencias al abordar estas separaciones, no se hace la misma lectura según se trate de padres o de madres, no es neutral, la migración del padre es clásicamente una práctica normal, la migración de la madre se relaciona o, más bien se considera, culpable de la crisis o desestructuración familiar, son las expectativas de género que recaen en torno a la idea de una "*buena madre*" (Parella & Cavalcanti, 2008, p. 228), la ausencia de las madres en la familia altera el estereotipo tradicional de la mujer cuidadora. Pedone y Gil Araujo (2008) en sus estudios sobre migraciones ecuatorianas muestran como los debates públicos en ese país sobre los efectos de la migración culpabilizan a las madres migrantes como las responsables de la desintegración familiar, causantes de crisis en sus grupos domésticos y del fracaso escolar de sus hijos, la feminización de los flujos migratorios hacia España ha disparado la alarma social en este sentido. Los hijos también resultan estigmatizados tanto en origen como en destino, aparecen como

[31] Estudio exploratorio cualitativo con 20 madres migrantes con menores a su cargo en su país de origen y residentes en Bizkaia.

portadores de problemáticas por la ausencia de sus madres en relación a su desempeño escolar y social. En definitiva "vuelve" a recaer sobre las madres toda la responsabilidad en el desarrollo de sus hijos.

3. 3. El reencuentro con los hijos

Es difícil encontrar familias que migren integras, todos sus miembros, lo común es la *"inmigración progresiva"* que tiene lugar cuando un miembro de la familia migra primero y posteriormente lo hacen otros con el fin de completar el reagrupamiento familiar (Inclán, 2009). En este apartado se hace referencia las dificultades que viven estas familias que migran progresivamente, sobre todo las dificultades que presentan en la relación con sus hijos y en la adaptación de éstos. La reagrupación puede ser una estrategia familiar, es decir, salir con la intención clara de alcanzar este reencuentro. Esta meta cumplida o no tiene consecuencias importantes. Puede ser que se quede solo en una expectativa, que no se cumpla nunca, que se consolide pero con conflictos, o que se materialice en la expectativa cumplida. Tanto dicha reagrupación, como el retorno a los países de origen provocan situaciones críticas en las familias, son procesos que implican dificultades de adaptación y conflictividad familiar. El deseo de la familia que se queda en origen hace imaginar una familia unida en un país de oportunidades, la imaginación supera la realidad, el imaginario familiar puede estar muy desvirtuado en este sentido. La familia trasnacional identifica la reagrupación con un ideal de familia, que proporciona apoyo emocional y económico. El sentimiento de añoranza de las mujeres que vienen solas es profundo y el desencuentro puede ser mayor, aun cumplido el, se puede decir, sueño inicial.

La reagrupación con los hijos puede ser decepcionante, los hijos pueden tener una imagen distorsionada del país de destino porque desconocen lo que van a encontrar, las madres pueden esperar hijos agradecidos por el sacrificio y encuentran hijos frustrados y distantes. Además, si el tiempo de separación es largo la idealización del país de acogida puede ser alta. Traer a los hijos culmina el proyecto migratorio pero las exigencias después de años de separación y las expectativas sobre la vida en destino (tener dinero, vivir mejor) puede que no se cumplan, así, ni el país cumple lo soñado ni la relación es la misma. La frustración del encuentro puede ser muy dolorosa y trasformar el encuentro en hostilidad y fracaso (Bertino et al., 2006; Gómez Montoya et al., 2011).

Este alejamiento afectivo y físico se puede traducir en rabia y resentimiento, por un lado, y, en el anhelo de una relación de intimidad por las madres para recuperar la relación con sus hijos, por otro. Unos hijos que pueden resultar desconocidos porque crecieron sin sus madres y sin la experiencia de la vida cotidiana con ellas. En definitiva, y como señalan Bertino et al. 2006, Bertino, Montes y Arnaiz, (2014), estos hijos se encuentran con una realidad que no esperaban, con una calidad de vida baja, con un control paterno alto y en una sociedad de consumo que les frustra. Por todo ello, la reagrupación no siempre tiene éxito, sobre todo en el caso de las hijas e hijos más desvinculados de sus madres. Estos mismos autores señalan que después de largos periodos de separación, el éxito de la reagrupación dependerá de los contactos mantenidos durante ésta, del sentimiento de abandono percibido por los hijos, de la relación de apego previa y de la voluntariedad de los hijos de querer ser reagrupados. Dependerá también de las relaciones significativas, es decir, de los vínculos de estos hijos con los cuidadores en origen, del tipo de cuidado que recibieron y por quién y, si hubo, situaciones de rechazo, negligencia o indiferencia.

Conviene tener presentes cuestiones como las relaciones fraternas, en el contexto del momento en que se produce la migración. Dependiendo de quién migró primero (generalmente las madres en el caso de la población latina) se pueden dar dos tipos de familias los que se quedaron el país de origen y los que partieron. Las familias trasnacionales, que migran en el periodo evolutivo en el que la madre puede tener más hijos, se trazan líneas divisorias que pueden dejar a un lado los "discriminados" y a otro los

"privilegiados", si estas madres tienen más hijos, se pueden dar grupos diferentes de hermanos, aquellos que nacieron antes y después de la migración, los hijos que nacieron después (o fueron reagrupados) pueden haber sido criados en un contexto más prometedor o por el contrario en una situación con más desventajas socioeconómicas. Por tanto los procesos de adaptación de estos hijos serán diferentes (McGoldrick & Gerson, 1993). Las madres que dejan a los hijos en origen pueden crear lazos con nuevas parejas y tener más hijos, quizá como forma de compensar las pérdidas o con la esperanza de rehacer la estructura familiar perdida.

La edad de los hijos cuando se produce la separación y cuando se produce el reencuentro es fundamental y también si los hermanos se mantuvieron juntos con el mismo cuidador en origen o se dio una separación de los hermanos además de la separación de los padres (Bertino et al., 2014). Los hijos llegada la reagrupación tienen que hacer frente a factores como la desvinculación con sus cuidadores y la vinculación con sus madres y quizá con otros hermanos. En el caso de que la madre tenga una nueva familia la integración es más difícil. Hay madres que refieren "querer" más a los hijos nacidos en destino que a los que vinieron después de una larga separación y que fueron criados por otros. A pesar del esfuerzo por mantener viva la relación, el reencuentro puede ser más un encuentro entre extraños que un encuentro familiar, mezclándose el rechazo de hijos por "desconocidos" y de hijos resentidos por el abandono de años de sus madres (Beck & Beck-Gernsheim, 2012; Falicov, 2008).

En el caso de estos menores hay que tener en cuenta que pierden una fuente importante de seguridad emocional cuando se separan de su grupo de pares, grupo que es vital dependiendo de su ciclo de desarrollo, en la adolescencia, por ejemplo, se comienza en un medio hostil, o al menos indiferente frente a la confianza recíproca de su grupo de pares en origen. En un momento además en que los padres están inmersos en sus propios esfuerzos adaptativos y en sus posibles tensiones como pareja, en estas circunstancias, estos padres, pueden ser poco accesibles como fuentes de apoyo (Sluzki, 1996). Los adolescentes "desterrados" de sus lugares y redes sociales, en un momento crítico de su vida, y puede que enfrentados a adultos impotentes, quizá a madres desbordadas y a padres ausentes. Estas convivencias conflictivas derivan en trastornos emocionales y puede que en nuevas separaciones, la extrañeza del reencuentro y las diferencias en los ritmos de adaptación, imposibilitan la convivencia adecuada En estos menores que se enfrentan a la migración se producen rupturas y reencuentros complicados, dejan su entorno y se trasladan a un mundo desconocido, con expectativas por una parte y el duelo de lo que dejan por otra. Para Achotegui (2002) en el caso de los menores, el duelo por la familia y los amigos es más complicado porque el niño se queda sin la red de apoyo que supone la familia extensa, y estructuran su personalidad en un contexto menos estable por carecer de un modelo de identificación sólido y hallarse entre dos culturas que pueden chocar frontalmente.

Estas madres pueden tener que relacionarse con hijos deprimidos o rebeldes tras el reencuentro o, con hijos más pasivos y retraídos debido a la falta de estimulación. Las tensiones son más prevalente en familias con escasos recursos, con ausencia de redes familiares de apoyo[32]. En relación a la falta de apoyo se ha de mencionar que el mundo del trabajo de estas madres con largas jornadas de trabajo con horarios incompatibles con el cuidado de los hijos (trabajos nocturnos por ejemplo) hace que tengan que pasar tiempo fuera de casa sin poder atender a sus hijos como quisieran, esto implica que los hijos pasen tiempo solos (incluso las noches) sin supervisión familiar, dificulta cuidado en general, el acompañamiento en las

[32] Estudios corroborados en Cataluña, realizados con una muestra de 1246 jóvenes de entre doce y dieciocho años, ha mostrado que la calidad de vida de los jóvenes inmigrantes es menor que la de sus pares y que esta diferencia se explica por el menor estatus socioeconómico y soporte social, y por la mayor discriminación y malestar psicológico que afecta a este colectivo (Pantzer et al., 2006).

tareas escolares y la poca inversión en tareas educativas que ellas consideran básicas. La presencia de la familia extensa apoyaría en la crianza de los hijos y en la resolución de conflictos y que permitiría conciliar vida familiar y laboral, en su ausencia se ven sobrecargadas física y emocionalmente (Gil Araujo, 2010). La falta de tiempo para dedicar a los hijos después de la reagrupación, las dificultades para la presencia de estas madres en el cuidado diario y permanente tras jornadas laborales a veces en condiciones de explotación (en relación a salario y horario) interfiere en la conciliación de la vida familiar y laboral que el contexto de las mujeres migrantes adquiere una connotación surrealista comparado con las reivindicaciones de las mujeres nativas.

En muchos casos puede tratarse de madres solas, jóvenes y de bajo estatus, sobre las que recae el principal cuidado de los hijos, por sus condiciones de vida puede que tengan que cambiar a menudo de residencia, de trabajo e incluso de pareja y amistades (Gil Araujo, 2010; Inclán et al., 2012). El ajuste psicosocial de los hijos y la estabilidad familiar está relacionado con la situación económica. Las funciones familiares se ven afectadas si los ingresos son bajos, las situaciones económicas precarias provocan estrés, alterando el estado emocional de los padres y de toda la familia, esta perturbación del ambiente familiar, tienen consecuencias en los padres, más ansiedad, depresión y hostilidad en la relación entre ellos y de éstos con sus hijos. (Musitu, 2012). Es el resultado de los sentimientos de los padres ante el sentimiento de pérdida de control sobre sus vidas, que ven superadas por las circunstancias y la percepción de fracaso.

Las situaciones descritas pueden implicar la parentificación ya mencionada de los hijos, porque está relacionada con la sobrecarga de las madres, trabajo, pluriempleo, y conflictos de pareja (o sin pareja) que hacen que hijos mayores estén parentificados y se encarguen de cuestiones domésticos, y cuidados de hermanos menores, a edades muy tempranas. Inclán (2009) señala como este patrón de parentificación puede simular una buena relación de apego que no es real. También pueden ser niños parentificados porque crecen sin el apoyo de una paternidad responsable, niños con padres que no les cuidan porque son emocionalmente incapaces de hacerlo, o por madres solas incapaces de poner límites a sus hijos, en cualquier caso, se habla de un fenómeno relacionado con la perturbación de las fronteras generacionales. Pero habría mucho que añadir a las dificultades de conciliación de estas madres trabajadoras migrantes que reagrupan a sus propias madres para que cuiden a su hijos mientras ellas trabajan, es una práctica trasnacional común suelen ser madres extenuadas por el rendimiento y agotadas por las responsabilidades de la casa y el trabajo.

En la misma línea argumental en las familias monomarentales pueden encontrase más emociones expresadas negativas hacia los hijos. Si son madres estresadas, con una pobre red social, sobrecargadas de responsabilidades y con problemas económicos, pueden reaccionar inadecuadamente ante las dificultades en la educación y la crianza de sus hijos. Estas reacciones frente a las expresiones emocionales de sus hijos pueden desencadenar conductas desorganizadas, en muchos casos consecuencia de una reactivación o de traumas no resueltos o de las circunstancias presentes que están viviendo estas madres, pudiendo presentar dificultades para entender y reflexionar sobre lo que están sintiendo, pensando y haciendo; en general, sobre lo que les puede estar pasando a sus hijos (Barudy & Dantagnan, 2010)[33]. Para Levitt (2010, p. 29) "*el significado de ser una buena madre en el país de origen es redefinido en respuesta a las exigencias de la vida en el país de destino"*.

[33] En este sentido las pruebas sobre la relación de experiencias infantiles precarias de falta de amor y cuidado con padres que maltratan a sus hijos son concluyentes. Estos padres muestran tasas superiores a las normales de angustia y de ira pudiendo ser impulsivos y comportarse de manera inmadura, pueden ser dependientes recelosos y sufrir aislamiento social, buscando en sus propios hijos cuidado y atención (Howe, 1997).

Respecto a la los hijos adolescentes, quizá los estereotipos sobre los hijos de inmigrantes influyan en la idea de bajo rendimiento, consumos, etc. que responden más a prejuicios que a realidades constatadas. Musitu (2012) señalan la relación de la migración de los padres con problemas emocionales como la depresión en los hijos o el bajo rendimiento escolar. Esto no es así en todos los casos, hay estudios que constatan que las diferencias en el rendimiento académico respecto de los nativos no es significativa, e incluso dependiendo del nivel emocional de los padres y su nivel educativo la expectativa puede ser de no defraudar a sus padres por los sacrificios que ha hecho por ellos, es la necesidad de los hijos de "compensar" a sus padres por migrar. Así, lo muestra el estudio transcultural de en 13 países, la mayoría europeos, (Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2006, p. 128), en el que los adolescentes inmigrantes refieren algo menos problemas psicológicos que sus pares nativos (cuando se controla la edad, género, y tiempo de estancia en el país de acogida), y los jóvenes inmigrantes que presentaban un perfil de integración tenían una mejor adaptación psicológica (y resultados escolares) que los que presentaban una adaptación marginal (con tasas de ansiedad, depresión y síntomas psicosomáticos mayores).

Las cuestiones culturales y sociales influyen en uno y otro contexto, los valores de un entorno pueden ser cuestionados en otro y condicionan las conductas y creencias de padres e hijos, se pueden utilizar, por ejemplo, diferentes estrategias educativas y disciplinarias. Se dan conflictos entre las expectativas del menor y las que puedan tener sus padres. Cuando la mentalidad de la familia se mantiene muy vinculada a la cultura de origen (los miembros de más edad se pueden convertir en la conciencia étnica de la familia e intentan preservar las tradiciones) y rechazan la nueva, los adolescentes suelen adaptarse con bastante facilidad a ambas, y esta adaptación bicultural puede suponer conflictos con los padres a pesar de que los menores tienen dificultades para encontrar "su lugar" porque el que tienen, tanto por edad como por contexto, es de tránsito.

Habrá padres que sostengan sus ideas rígidamente o con más con dificultades de aproximación o asimilación cultural, presentarían más resistencias a cambiar patrones de control. Frecuentemente los padres inmigrantes alegan las consecuencias negativas de la permisividad manifestadas en cuestiones como la libertad excesiva, el uso de drogas, la delincuencia y la promiscuidad sexual (Zlobina, Basabe & Páez, 2004). Los hijos se adaptan a costumbres más liberales, presentando por tanto actitudes de rebeldía respecto a los padres con valores más tradicionales. También, actitudes que se mantienen y estimulan en el interior de estas familias por cuestiones ideológicas o religiosas o, por las propias características de los padres, puede ser reprimida en el exterior para no ser objeto de burla o desprecio. Probablemente los padres sientan ambivalencia, por una parte querrán que sus hijos se adapten a la cultura autóctona y por otra parte temerán que pierdan sus raíces adaptándose "demasiado" (Falicov, 2008; Hakim, 2005; Musitu, 2012). En estas familias hay conflictos que tienen su origen en el desencuentro cultural, los miembros más jóvenes de las familias migrantes pueden chocar con la incomprensión de sus adultos debido a que pueden tener un contacto más directo con la nueva, y a veces seductora, cultura local, reflejando conflictos familiares transculturales. Los hijos más integrados en el estilo de vida y valores de la sociedad de acogida, están en disonancia con una cultura familiar todavía viva, sostenida por el grupo de mayores, y la cultura del grupo de pares más integrado en las pautas sociales.

El ejercicio de la autoridad parental es difícil en la migración, la culpa y el alejamiento de las madres influye en ello, ellas esperan al hijo que dejaron y este ha cambiado, la frustración de ambos es en parte el riesgo, son desconocidos.

Otra cuestión analizada por Bertino et al. (2014) es la violencia filio parental[34] se da en todas las clases sociales y en todos los tipos de en familias (normalizadas, desestructuradas, monoparentales, inmigrantes, etc.), señalan en su artículo el cambio de perfil en la población española con la llegada de inmigrantes y el tiempo de estancia (más de dos décadas) que ha permitido el asentamiento y la reagrupación. Aunque el fenómeno de la violencia filioparental es similar al de las familias nativas la reagrupación encierra en sí misma riesgos. Puede que estos hijos estén sometidos a mayor control por los padres, o, por el contrario, mantienen la permisividad para compensar y recuperar los años de separación. Las madres pueden sobreproteger para compensar su propio vacío, sobre todo si están solas o tienen relaciones conflictivas de pareja. La sobreimplicación y sobreprotección serían explicables al inicio del reencuentro y, posteriormente, el rechazo si la situación es difícil de manejar, aun con un control autoritario, que provocaría más rebeldía. Así, la autoridad materna puede estar socavada y el ejercicio normativo ser ineficaz lo que favorece las conductas de control y poder en los hijos. La hiperexigencia[35], por otra parte, de los padres hacia los hijos sería explicable como forma de compensar el sacrificio de la migración, desean que sus hijos sean "algo en la vida"[36].

Como se ha indicado (Berry et al., 2006), los jóvenes inmigrantes que presentan un perfil de integración tienen mejor adaptación psicológica (y resultados escolares) que los que presentan una adaptación marginal. Parece que los jóvenes latinoamericanos se integran mejor, idioma y religión juegan a su favor, los que más problemas de integración presentan, magrebíes y africanos. El impacto de la experiencia migratoria es mayor en los primeros años, y con el paso del tiempo van mejorando, la persona aprende y el esfuerzo de adaptación disminuye. Pero como señalan estudios en otros países donde la inmigración tiene ya una larga trayectoria (países de la antigua Unión Europea por ejemplo) y se analiza el impacto en las sucesivas generaciones, en las segundas generaciones se plantean problemas nuevos, la adaptación de los adolescentes y jóvenes descendientes de inmigrantes (Sam & Berry, 2006).

3.4. Las asimetrías en la relación de pareja

3.4.1. El antes y el después

En las familias trasnacionales la comunicación intergrupal puede conllevar malentendidos e incomprensiones, es este un desafío indispensable que deben afrontar, en las familias nativas también se dan circunstancias que propician malentendidos (contrastes generacionales y de género por ejemplo) más aun en épocas de crisis y de cambios, pero estos conflictos se ubican en un mundo compartido. En las familias trasnacionales es la lengua, el pasado, la biografía, la perspectiva política y social, se suman a la contraposición de mundos, lo cual equivale a superar "abismos" de incomprensión que, por otra parte, también pueden convertirse en retos de descubrimiento.

Se ha querido evidenciar como los contrastes culturales tienen un efecto diferente en hombres y mujeres. Una pareja puede tener dos visiones diferentes del mundo en mutuo conflicto. En los inmigrantes

[34] Calvete, Orue y San Pedro (2011) en un estudio llevado a cabo en Bilbao sobre una población de 1427 adolescentes de entre 13 y 18 años de edad concluyen que un 7,2% encuestados habían agredido al menos una vez físicamente a sus padres y que más de 65% lo habían hecho psicológicamente. La Fiscalía General del Estado recoge los datos del aumento de las denuncias de padres agredidos por sus hijos.

[35] Característica de la modalidad de deprivación emocional que constituye el sustrato relacional de los trastornos depresivos (Linares, 2012)

[36] La falta de límites, la hiperprotección, la permisividad o el autoritarismo también tienen un trasfondo transgeneracional, se repiten conductas porque así lo hicieron con ellos, conductas que van desde proteger a los hijos para que no sufran como ellos o al autoritarismo porque así lo hicieron con ellos cuando niños. Así, hay ciertas pautas básicas entre padres e hijos que son réplicas de generaciones anteriores y están destinadas a repetirse en generaciones futuras. Hay estudios longitudinales de familias que muestran pautas de relación y funcionamiento que se trasmiten de una generación a otra (McGoldrick & Gerson, 1993).

los cambios que encuentran en la sociedad de destino en contraste con la sociedad de origen, son desconcertantes, cambios respecto a las tradiciones, tareas domésticas, cuidado de hijos y también respecto a la propia subordinación de las mujeres (Hochschild, 2008). Ambos miembros de la pareja pueden presentar diferentes tiempos, parece que las mujeres se adaptan antes porque el entorno mejora las condiciones de ellas. Esta autora refiere las percepciones diferentes en relación a estos cambios, el entorno cambiante para las mujeres es la economía y, para los hombres, lo que cambia son las mujeres, esto es una fuente de desencuentro y conflicto, asociada, además, a la propia forma de ser individual de cada miembro de la pareja que puede chocar también. Donde las mujeres ven oportunidades, los hombres ven desventajas en la relación presente comparada con la relación anterior, es este escenario no suelen apoyar ni emocional ni conductualmente estos cambios *"los hombres que se aferran a ideas anticuadas disfrutan de mayor poder y lo mismo ocurre con las mujeres que se abrazan a las nuevas ideas"* (Hochschild, 2008, p. 158) en este contexto la pareja se resiente y las discrepancias tienen consecuencias.

Las relaciones de pareja tras la migración pueden verse sobrecargadas, uno puede esperar del otro las funciones y el apoyo que eran cumplidos por otros miembros de la red social en el país de origen, se espera que el otro miembro de la pareja se convierta en una fuente de apoyo emocional que compense la pérdida de apoyo de amigos y parientes, llegando, incluso, a ver esa necesidad insatisfecha, como una traición. Ambos pueden experimentar abandono mutuo que se traducen en quejas y desacuerdos, pudiendo resultar un círculo vicioso de tensión y reproches dentro de la relación (Sluzki, 1996). Cada miembro espera que el otro cumpla, el otro puede que no sepa cómo hacerlo, estas demandas del uno hacia el otro vienen de la carencia afectiva, de la necesidad de alivio, puede que un miembro de la pareja reaccione defensivamente al percibir al otro como una sobrecarga emocional[37]. En el mismo sentido, Iglesias de Ussel y Marí-Klose (2011) destaca cómo influye en la relación de pareja la falta de controles sociales de familiares y amigos, o la falta de apoyo que sostenga la relación y amortigüe las tensiones.

En parejas migrantes la desvinculación o el distanciamiento de su cultura de origen va a estar en relación con las ganancias o las pérdidas que aporte la vinculación a la nueva cultura. Las mujeres que vinieron en pareja y se han separado después son una constante, *"los hombres no se adaptan"* Las relaciones de poder dentro de la pareja pueden cambiar tras la migración, encontrándose diferentes estrategias y ritmos de adaptación tanto del grupo familiar, de la pareja como tal o de cada miembro individualmente. Parece que los hombres tienen más dificultades de adaptación, esto provoca la asimetría en la relación. Esta asimetría tiene consecuencias que van desde el empeoramiento de la relación, a la imagen negativa del otro, al no reconocimiento, a las diferencias de opinión, al trato humillante, y a la minusvaloración, además de la lucha por el control y el poder dentro de la relación. Los conflictos culturales pueden producir una desigual integración entre ambos porque los espacios de libertad para las mujeres son mayores y, el rechazo de sus parejas, puede ser violento, así surgen conflictos derivados de las diferencias entre la ideología igualitaria y sus reglas y una ideología tradicional. Las mujeres pueden verse atrapadas entre la nueva ideología de género, las *"nuevas"* reglas de la mujer y los *"viejos"* sentimientos de los hombres, las mujeres, mediante el manejo emocional y, ante la ausencia de cambios en los hombres, tratarán de suavizar las contradicciones. Pero, en cualquier caso, las mujeres pagan consecuencias emocionales derivadas de *"las estrategias de género, de raza y de clase"* (Hochschild, 2008, p. 200).

[37] En la vida familiar la diferenciación de los hijos, la individuación, y, por último la separación de los hijos es lo que da sentido a la parentalidad. Pero esta parentalidad queda perturbada cuando la separación (la migración lo es) lleva a una pérdida de la relación con los hijos, esto tiende a debilitar o al menos a poner a prueba y en crisis a los padres como pareja, pudiendo aislarse entre ellos más que a reforzarse (Boszormenyyi-Nagy & Spark, 2012).

Si la mujer migra primero y la reagrupación se da tras periodos largos de separación, durante los cuales se ha evolucionado en contextos culturales diferentes (más favorables para las mujeres) puede generar importantes problemas de adaptación. Las diferencias de relación y en los roles de género pueden provocar desacuerdos graves y rupturas. En el nuevo contexto puede ocurrir que la mujer progrese y que el hombre se quede "anclado" y la perciba como desleal. En este sentido Inclán et al. (2012) señala como los cambios y los conocimientos adquiridos en el nuevo entorno por cada uno de los miembros de la pareja provocan cambios en el funcionamiento familiar que pueden generar conflictos por el control del poder en relación a nuevas normas y roles de género. Cuando es el hombre migra primero y la mujer queda en origen, la separación puede suponer para la mujer mayor autonomía y afirmación de sus derechos al asumir la función de gestionar las remesas, por ejemplo. Por otra parte si relación era disfuncional la migración es vista como una liberación, el marido hace de sustentador pero sin la tensión que impone la convivencia (Parella & Cavalcanti, 2008).

Las parejas migrantes pueden ser disfuncionales por muchos motivos, por la propia situación de migración, por el alejamiento de la familia de origen, por la falta de red de apoyo, pero es la inestabilidad e inseguridad económica la que socava los vínculos familiares más fuertes, por ello la inestabilidad de la vida en pareja también está en relación con la crisis económica que incrementa los conflictos[38]. Las mujeres por el sector en el que trabajan, menos afectado por la crisis, han perdido el empleo con menos frecuencia que los hombres pero su papel en la economía doméstica puede generar tensiones entre la pareja, sobre todo entre inmigrantes de áreas culturales más tradicionales (Iglesias de Ussel & Marí-Klose, 2011). Los hombres que han ejercido clásicamente como proveedores económicos de sus familias, en el nuevo contexto, si las mujeres son las que trabajan y sustentan a la familia, puede que sus parejas no lo asuman y se resientan por estos cambios de rol, reaccionando con trastornos emocionales, violencia e incluso abandono (Jolly & Reeves 2005 en Musitu, 2012). Puede que los hombres no acepten los cambios que las convierten en las responsables de la familia y menos acepten un reparto igualitario de las tareas domésticas, planteándose los conflictos clásicos de las relaciones de poder asimétrico dentro de la pareja, que en este caso surgen de compatibilizar sus vidas privadas familiares y laborales sin un consenso entre ambos. Los roles que como pareja e individualmente desempeñan en la esfera pública y privada cambian, los hombres tienen más dificultades para reconocer, por ejemplo, el mérito del esfuerzo de sus mujeres por el trabajo asalariado que desempeñan[39].

Cuando las mujeres abandonan las ideas tradicionales de género para adoptar otras más igualitarias, que plantean diferentes reglas de convivencia en una cultura más amplia, esto puede suponer frustración en ambos, por las expectativas y posiciones diferentes. Los códigos de género tradicionales minimizan el valor de las nuevas oportunidades para las mujeres e implantan un desequilibrio de poder que, además, instauran sentimientos de enojo y resentimiento dentro de la relación (Hochschild, 2008). Se ha querido reflejar que las mujeres se adaptan más rápido y por qué, y que los hombres no se adaptan y regresan a sus países, o expresan su deseo de hacerlo con quejas permanentes que giran entre la añoranza y el *"no ha merecido la pena"*. Los hombres regresan más, ellas se quedan, esta elección significa para muchas la separación definitiva de sus hijos y de sus familias, compensan el dolor de la separación vinculándose a los niños que cuidan o a los hijos que han nacido en acogida. En el contexto de destino la situación de las

[38] La crisis económica ha obligado a convivir a parejas que en otras circunstancias no lo hubieran hecho. Se pueden señalar los problemas de vivienda que obliga a compartir alojamiento con otros migrantes lo que dificultan la intimidad y la convivencia.

[39] Con frecuencia en las entrevistas a la población general (nativa o extranjera), tanto mujeres como hombres cuando se refieren al trabajo asalariado doméstico de ellas lo designan como "una ayuda", las mujeres, así mismo, tienen interiorizada esta descalificación, no considerar su trabajo un verdadero trabajo sino "una ayuda" a la economía familiar. El trabajo de las mujeres es invisible socialmente, a veces, incluso, para ellas mismas.

mujeres en relación a las diferencias de género es mejor, las condiciones de vida, de acceso al mercado laboral han hecho que opten por permanecer, más seguridad y mejores expectativas influyen en ello. Pero no hay que olvidar que hay otro grupo de mujeres que parten de sus países siguiendo a sus parejas por los intereses de éstas, ellos pueden "crecer" en el país de destino mientras que ellas puede que lo pierdan todo. Los hombres piensan más en el retorno que las mujeres, las mujeres enfocan su proyecto migratorio más a largo plazo, piensan más en quedarse y en la reagrupación familiar. Para García Borrego (2010, p.70) las razones responden a los diferentes papeles que juegan hombres y mujeres en la familia. Ellas están más presionadas e implicadas en el cuidado de sus hijos como tarea principal, así viven el proyecto más como una estrategia familiar a largo plazo que como un proyecto individual, sobre todo porque supone para el futuro de sus hijos vivir en un país con más ventajas socioeconómicas.

Los sentimientos profundos y muy arraigados complican la transición, hay un recorrido desde la tradición, donde las relaciones son asimétricas, a la igualdad. Es en este recorrido donde ambos pueden verse defraudados y decepcionados sintiendo resentimiento mutuo. Los hombres idealizan más su país de origen y denigran más el país de destino cuando las cosas no van bien, las mujeres, si su situación es de mayor independencia y capacidad de decisión, se muestran más favorables a quedarse. Para Falicov (2008) los hombres pueden añorar los patrones de dominio y control de sus países de origen un escenario que puede llevar hacia una escalada simétrica en la relación o a la separación. Los conflictos pareja en relación a la dependencia responden en algunas parejas a un modelo donde ella asume papel de sumisión y en otras el papel de dominación y control hacia él, en ambos casos podemos hablar de un modelo basado en la complementariedad rígida porque no hay flexibilidad ni negociación.

Los roles de género representan una fuente de conflictos que debilita la convivencia familiar, entre otros los problemas relacionados con el trabajo dentro y fuera de la casa, compartir tareas domésticas y la crianza de los hijos sigue siendo una fuente de estrés entre las parejas porque la mayoría de los hombres, aunque apoyen el trabajo de sus mujeres, no comparten estas tareas. Para el buen funcionamiento en pareja la reciprocidad es esencial y requiere equilibrio mutuo y confianza, tener los mismos privilegios y la seguridad de que las necesidades de cada uno se respetan pero Walhs (2004, p.146) también advierte que hay que tener cuidado en prestar atención a no culpar a las madres por los problemas individuales y familiares, de no "patologizar" los roles de género tradicionales ni acusar de negligentes a las madres trabajadoras. En el seno de la familia nuclear tratan de minimizarse las diferencias de género pero entre las ideas tradicionales está la idea del sacrificio materno por la familia, se vuelve a insistir en la idea de Hochschild (2008) de como el cuidado sigue ocupando un lugar central en la vida de las mujeres, son ellas quienes cuidan dentro de la familia o como, en la mayoría de los casos, opción única de trabajo remunerado, en realidad parece como si no habría escapatoria para las mujeres de los roles tradicionales. Los códigos culturales funcionan como marcos de referencia que nos orientan pero también establecen desigualdades de poder entre hombres y mujeres. Se enfrentan a dos visones de género diferentes y cambiantes, bajo la ideología del género, ponemos en práctica estrategias tratando de conciliar esta ideología con las situaciones cotidianas que vivimos.

Lypovetsky y Serroy (2010) también dan una explicación señalando que los papeles sexuales y las relaciones entre géneros se han vuelto abiertos y negociables lo que ha provocado nuevos conflictos. El modelo que se consolida está caracterizado por la igualdad, la autonomía y la toma conjunta de decisiones. La división de papeles ya no es inamovible, todo es revisable y negociable. Nada se da por hecho, pero con la dinámica de la individuación también se multiplican los temas que enfrentan a hombres y mujeres, se generan conflictos, hay que hacer concesiones, y las reivindicaciones de autonomía e igualdad generan frustración, desilusión, desestabilización. El equilibrio de poder es fundamental en las familias funcionales,

el control se expresa a través del autocontrol no del control sobre los otros. Las familias disfuncionales, por el contrario, muestran diferencias de poder más asimétricas, las mujeres ocupan una situación de inferioridad de poder y son más propensas a la sobrecarga y a la depresión, en las familias funcionales se comparte el liderazgo, las familias son más fuertes cuando ambos miembros de la pareja comparten la autoridad y el respeto de manera igualitaria (Beavers & Hampson, 1995; Whals, 2004).

3.4.2. Las parejas mixtas: el desencuentro

La característica específica que presentan las parejas mixtas es que están sometidas a una considerable presión porque representan a dos tipologías culturales entre las cuales hay un espacio común confuso[40]. Se señalan los obstáculos derivados de las diferencias culturales que dificultan la relación en estas parejas, se analizan desde una perspectiva étnocultural y de clase social en relación con la vida de pareja y familiar. Las familias nativas disponen, se puede decir, de guías para afrontar los retos de la vida pero no existen guías para las parejas mixtas o para las parejas binacionales. Las parejas nativas parten de una base común de opciones, en cambio, las parejas mixtas aseguran su subsistencia por medio de un diálogo diferente para alcanzar un consenso en el que habrá acuerdos explícitos, pero también demoras que permitan eludir temas controvertidos para evitar conflictos, estas parejas verán limitada en muchas situaciones su capacidad para decidir y actuar (Beck & Beck-Gernsheim, 2012). Estos mismos autores (p. 218) señalan que si sus miembros proceden de diferentes marcos culturales ¿cómo fijar normas comunes? Las parejas mixtas deben hallar por sí mismas los procedimientos y las prácticas de la *"negociación reflexiva"*, esto implica capacidad de cambiar de perspectiva, hacer el esfuerzo por entender el punto de vista del otro, mirarse a uno mismo y mirar el mundo a través de los ojos del otro, ¿cómo permanecer juntos, negociar, convivir personas entre las que *"median mundos"*? (p. 221). Estas parejas que viven juntas pero que actúan trasnacionalmente tienen que decidir entre distintas formas de vida respecto a cuestiones como la lengua, la religión, la manera de educar a los hijos, los rituales familiares, las celebraciones, la relación con los parientes, etc. Puede que uno o ambos miembros de la pareja tenga que desvincularse, distanciarse e incluso rebelarse contra la cultura de origen para mantener la relación.

En este sentido, Hochschild (2008) señala como hay parejas que no funcionan como amortiguadores de las tensiones provocadas por las diferencias de dos realidades. Esto se debe, por una parte, a la unión de dos visiones de género y, por otra, a aspectos esencialmente culturales (costumbres que se desaprueban en el otro) y sociales (rechazo del origen del otro) además de la interacción evidente de dos personalidades. Por otra parte, en cada pareja no solo se unen dos personas sino dos sistemas familiares y culturales diferentes, cada miembro de la pareja idealiza su propia familia de origen respecto de la del otro, puede haber así una lucha por coaccionar al otro. En este sentido Boszormenyyi-Nagy y Spark (2012) refieren como un miembro de la pareja, o ambos, pueden parecer desapegados o indiferentes o poco involucrados con ambas familias de origen, o describir en forma destructiva la conducta negativa entre las familias. En toda relación de pareja se empieza una vida en común con los estilos de vida de sus familias de origen, pero tienen que desarrollar su identidad como pareja que conllevan fuerzas emocionales y pautas de funcionamiento que marcan la relación. Como se ha señalado hasta cierto punto todas las parejas soportan el peso de las cuentas no saldadas hacia sus respectivas familias de origen. Para Boszormenyi-Nagy y Spark (2012) las parejas mixtas deben a sus familias de origen una lealtad definida de manera nueva, en relación con sus antecedentes nacionales, culturales, religiosos y a sus valores. Así, un miembro de la pareja puede

[40]Iglesias de Ussel y Marí-Klose (2011) destacan que según la información del INE dentro de las parejas formadas por miembros de nacionalidad española y de otra, sobresale la combinación varón español con mujer procedente de América Latina. Asimismo, señalan que en una década se han multiplicado por tres el número de matrimonios mixtos (con al menos un extranjero) que se contraen cada año. También señalan que el número tiende a bajar como consecuencia de la crisis económica y su efecto en las pautas matrimoniales. España ya no es un atractivo lugar de destino y el retorno a los países de origen es un hecho

mantener relaciones muy cercanas o muy distantes con su familia de origen, lo que interfiere el desarrollo con su propia relación de pareja.

En las parejas mixtas, la esperanza en la relación puede estar asociada a una vida mejor, estas parejas nacen, en muchos casos, de esta esperanza, de escapar de la pobreza y de la falta de perspectivas vitales en el propio país (Beck & Beck-Gernsheim, 2012). Así, Hakim (2005) también destaca en su investigación la propensión a casarse con hombres nativos mayores y con más estudios que ellas, con más experiencia laboral y con más renta. Hay que tener en cuenta que el sentimiento colectivista que han podido vivir siendo niñas puede estar idealizado, y esto les lleva a buscar pareja nuevamente para reencontrar la seguridad y la protección que han conocido en el funcionamiento de su familia de origen. A veces, en la elección de pareja se buscan las cualidades que faltan en la propia familia de origen, en unos casos para mejorar, en otros para no repetir o por una necesidad de curar heridas emocionales. Se busca protección de forma implícita, se elige una pareja con la esperanza de sentirse completo o como un refugio seguro. En cualquier caso, cuando los valores comunes, las metas y el apoyo mutuo están presentes la armonía prevalece frente al conflicto (Moses, 2012).

Pero en las parejas migrantes que se han descrito se hace referencia a que los hombres son los dependientes, en referencia a lo estrictamente económico, les cuesta más encontrar empleo, esto supone desplazamientos en los roles de género y deriva en conflictos difíciles de negociar, en unos contextos donde para la mejora de las condiciones de una familia es imprescindible que la mujer trabaje (Gil Araujo, 2010). En las parejas mixtas, la estrategia matrimonial puede ser una de las vías utilizadas por las mujeres para mejorar su situación. El matrimonio con un nativo, con un cierto nivel adquisitivo puede favorecer el ascenso de las mujeres inmigrantes. Cuentan así con el apoyo económico de sus parejas y con el acceso a relaciones con los autóctonos, puede posibilitar, asimismo, la reagrupación de los hijos y el abandono del servicio doméstico interno (Oso Casas, 2010) en este caso el bienestar de ellas puede que dependa del empleo de su pareja. En el estudio de Oso Casas (2010) con mujeres dominicanas en España se destaca como la migración de mujeres solas no permite el ascenso social en el ámbito laboral, sino que lo entorpece, mientras que presencia de la pareja (dominicana en este caso) o el matrimonio con un español favorece el autoempleo y la mejora profesional, así el hogar trasnacional sería el principal obstáculo a la movilidad ocupacional de las mujeres inmigrantes. En el estudio de Gómez Montoya et al. (2011) encontraron que las mujeres que establecen relaciones de pareja con hombres del país de destino cambian la percepción en las relaciones de género y esto no solo las influye a ellas sino a sus familias de origen, son vistas de forma de otra forma por sus familias de origen que asumen de una forma diferente la idea de ser mujer y la idea de pareja, ellas se perciben con más poder y autodeterminación, se sienten capaces de crecer profesionalmente, sin la responsabilidad exclusivamente doméstica y de crianza.

Por último, se quiere resaltar el papel que la religión puede jugar en las parejas mixtas, o es una esfera típica de contradicciones y conflictos o, por el contrario, de una profunda adhesión. Pueden darse distintas configuraciones, en este sentido, ambos de la misma religión sin conflictos, ni entre ellos ni entre sus familias de origen, o pertenecer a diferentes sistemas religiosos. Pueden renunciar, uno o ambos, a la religión dentro de la cual se han criado, formándose entre ellos una alianza a expensas de sus religiones y familias de origen. Ochoa de Alda (1995), mantiene que en estas familias existe el peligro de que se presente una ritualización sesgada, enfatizando en exceso las tradiciones de una de las familias de origen, como suele suceder en los matrimonios mixtos en el plano étnico o religioso. Así, pueden surgir dificultades durante los rituales de celebración, cuando se enfrentan a sus diferencias culturales. Una forma de ayuda es afirmar las diferencias, incluyendo gradualmente símbolos y valores provenientes de otros factores de su patrimonio simbólico hereditario. De esta forma, se respeta el bagaje cultural de cada miembro de la pareja

y, al mismo, tiempo se crean nuevos rituales que constituyen un símbolo de la idiosincrasia del nuevo sistema familiar.

Pueden romper con sus respectivos endogrupos creando una nueva estructura de compromiso (Boszormenyyi-Nagy & Spark, 2012). En este sentido estos autores también señalan como los miembros de la pareja pueden definirse como traidores en función de los valores culturales suprafamiliares (religiosos) interiorizados profundamente[41]. En las parejas mixtas, desde el punto de vista racial o religioso, paradójicamente se puede dar un sentimiento de lealtad mutua y respectivo rechazo de sus endogrupos, ambos pueden convertirse en exiliados de sus respectivos endogrupos. Puede que estas parejas sustituyan el vínculo personal del uno hacia el otro por una causa común, su compromiso latente con sus endogrupos puede hacer una cruzada contra sus prejuicios. Las parejas mixtas desde el punto de vista de la religión pueden presentar compromisos de lealtad insólitamente estables, como si ambas partes, al sentirse desterradas de sus endogrupos, pudieran formar un nuevo endogrupo. Sin embargo, la ruptura de la lealtad con su tradición, apoyada de modo mutuo en cada cónyuge, puede enmascarar una individuación no resuelta de las familias de origen (Boszormenyyi-Nagy & Spark, 2012)[42].

Los mitos y los rituales en estas familias transculturales son difíciles de integrar, pudiendo tener dificultades para incorporar las características identitarias de ambas culturas. Parejas o familias completas, se ven condicionadas a pasar por el proceso de asimilar la doble identidad, la del país de origen y la del país de acogida. Al conformar una familia transcultural también el autóctono, el perteneciente a la cultura receptora se convierte en un "mestizo". En este proceso cada miembro tiene que reinterpretar su propia historia y sus conflictos para poder afrontar el producto del encuentro de dos mundos con expectativas y modos de funcionamientos diferentes, y sólo entendibles desde una perspectiva amplia. La incorporación de un inmigrante a una familia local es una posible fuente de tensiones. Hay mujeres inmigrantes, casadas con nativos que padecen una incomprensión, asociada a veces a malos tratos por parte del entorno familiar de su pareja, o de su propia pareja. También hay mujeres casadas con inmigrantes que pueden verse abocadas a situaciones intolerables como consecuencia del abuso que pueda hacer el marido de su "diferencia" cultural. Los ingredientes culturales condicionan en muchas ocasiones la dramática realidad familiar, conforman un conglomerado de emociones, de relaciones de interdependencia y de orgullos tribales. Estos ingredientes provocan en la familia actitudes y situaciones gratificantes como la lealtad, la ayuda mutua, la complicidad, pero también conflictos. Todos sabemos que cuando hay un choque cultural los problemas aumentan. El hecho de que la familia conforme la red social más importante para el individuo la convierte también en una fuente de tensión para sus miembros.

[41] Cuanto mayor sea el rechazo que la familia dispensa al miembro catalogado de traidor, más probable es que se mantenga atado el sistema de lealtad, aunque solo sea en forma de lealtad negativa. El miembro desleal puede mantener unido al resto de la familia.

[42] Desarrollo natural de las funciones biológicas, cognitivas y psicológicas del individuo, al mismo tiempo que de sus capacidades para modelar por sí mismo su vida relacional (Salem, 1990).

4. CHOQUE CULTURAL: DEL COLECTIVISMO AL INDIVIDUALISMO

4.1. El colectivismo y familismo latino

Se va a analizar el impacto que el cambio a una nueva cultura, desde los contextos culturales de los países receptores, España y el País Vasco, y, los países emisores latinoamericanos de las mujeres migrantes. Las investigaciones transculturales (Hofstede, 1991; 2001) identifican cuatro dimensiones culturales, como son la *distancia jerárquica* (la relación con la autoridad, grado en que acepta que el poder este distribuido de forma desigual entre los miembros con menos poder); el *individualismo* (en el que se promueve la autonomía personal y la lealtad se fundamenta en vínculos de elección) versus *colectivismo* (donde la prioridad se enfoca en el grupo y en la lealtad a vínculos de adscripción y familias extensas); dimensión *masculinidad* (donde se potencian la competitividad) versus feminidad (se promueve la cooperación); y la dimensión *evitación de la incertidumbre* (el miedo y las respuesta de control frente a amenazas desconocidas o inciertas) (Hofstesde, 2001). De este modo, los estudios transculturales de valores permiten analizar y comprender muchas de las diferencias y fuentes de choque cultural experimentado por los inmigrantes (Basabe et al., 2004). Analizando los índices de cada una de las dimensiones de Hofstede (2001), podemos ver que las culturas que están representadas por los inmigrantes en España tienen grandes diferencias culturales entre sí, y con España respectivamente, España es más individualista e igualitarista y los países de procedencia de inmigrantes extracomunitarios son más colectivistas y jerárquicos, mientras que en otras dimensiones culturales hay diferencias importantes entre los países de procedencia.

Gran parte de las diferencias culturales entre los países latinoamericanos y España y el País Vasco están relacionadas con las dimensiones de individualismo y colectivismo, y de jerarquía, otras están vinculadas al nivel de modernización y desarrollo socioeconómico de un país, como la rapidez en la vida social y la noción del tiempo. Una de las variables relacionadas con los valores colectivistas que describe a los países latinoamericanas es el denominado familismo. Dichos valores implican una fuerte identificación y vinculación de los miembros de la familia nuclear y extensa, así como fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad. Los contactos familiares son frecuentes y muy valorados ("pasar tiempo juntos"). La familia extensa se compone no sólo de las personas que comparten lazos de sangre sino también por familiares ficticios como los compadres o comadres y los amigos cercanos de la familia, a los que se les da el status de parientes e incluso de primos (Martin & VanOss, 1991, en Páez et al., 2003). Las medidas del familismo incluyen varios aspectos como la "Asistencia habitual" que implica compartir expectativas de ayuda mutua en el hogar y compartir el tiempo con la familia; el "Respeto hacia la familia y la obediencia y el respeto por los mayores; un valor muy relacionado con la jerarquía y la gerontocracia; y el "Apoyo-Obligaciones hacia la familia en el futuro" o las expectativas de dar apoyo en el presente y en el futuro a los padres y hermanos (Basabe et al., 2009). Otras diferencias tienen que ver con estilos culturales

de expresión, de comunicación directa versus indirecta, expresividad (mayor en latinos), locuacidad (menor en vascos), espiritualidad, distancia física y entre géneros (Basabe et al., 2004).

Las sociedades individualistas, aquellas orientadas a reforzar el papel del individuo como actor y gestor de su destino, suelen ser más ricas y tener indicadores mayores de bienestar subjetivo que las sociedades más colectivistas, aquellas en que los individuos sienten y actúan como miembros del grupo social (Hofstede, 2001; Vázquez, 2009). En las colectivistas predomina fundamentalmente el mantenimiento de las costumbres, y el énfasis está en las necesidades y metas colectivas, el comportamiento está determinado por las normas impuestas por el grupo y el individuo es dependiente del grupo. A la inversa, las "acusaciones" que muchos grupos de migrantes dirigen contra los valores occidentales es que infringen las leyes naturales que han de gobernar una familia (Zlobina et al., 2004). Para Beck y Beck-Gernsheim (2012, p. 231) *"desde su perspectiva, son ellos, los migrantes los que defienden la unidad y la supervivencia de la familia"*, para ellos las familias de la sociedad mayoritaria, en cambio, se caracterizan por un vacío de autoridad, y la indiferencia y frialdad afectiva[43]. En la misma línea Ausloos (1998) destaca como en el colectivismo lo esencial es el grupo, no el individuo, cada uno está obligado a plegarse al grupo, el individuo difícilmente puede sobrevivir sin la ayuda de los demás. La psicología occidental del siglo XX, prosigue este autor, se ha centrado en el individuo, prioriza la autonomía y la individuación como signo de equilibrio psíquico. Lo que se tiene tendencia a considera como valor, ser autónomo e individual, sería un signo de inadaptación en culturas centradas en la familia o en el clan. Así, los mecanismos de separación-individuación se hacen desde una perspectiva cultural occidental, mecanismos que no sirven en otro contexto, se ven esos efectos en alguno inmigrantes que arrancados de su entorno cultural pueden llegar a desarrollar trastornos psiquiátricos (psicosis y alcoholismo entre otros).

En este sentido las personas migrantes, quizá como defensa, tienden a idealizar el apoyo mutuo, tanto económico como emocional. Para ellas, el imaginario de sus orígenes y de su pasado sobre las relaciones, todavía está caracterizado por la reciprocidad y la mutualidad, lo que supone un sentimiento de implicación interpersonal y más predisposición a anteponer los intereses colectivos frente a los individuales, para ellas el individualismo se mueve por el egoísmo y el repliegue en uno mismo, frenando la solidaridad. Son valores y mitos que las familias han compartido durante generaciones, donde las formas de vivir y de pensar obedecen a normas colectivas. Para las personas migrantes, la baja tasa de natalidad ilustraría por ejemplo, la idea destacada de que las mujeres nativas anteponen los logros personales a los familiares, y la idea de tener hijos o se posterga o se descarta, unido a las diferencia en las funciones reproductivas estaría la baja religiosidad, y la importancia que ha perdido el cuidado de enfermos y ancianos (Zlobina et al., 2004).

Estas familias migrantes pueden interpretar a los nativos en forma prejuiciosa, los miembros del exogrupo que no comparten los valores del endogrupo, son, por definición inferiores, puede ser un sentimiento recíproco, entre nativos y extranjeros, quizá la adhesión al sistema de valores de las familias de origen constituya una importante dinámica de lealtad hacia el endogrupo, frente a las vivencias de hostilidad del exogrupo, pudiendo según esta argumentación tomar como chivo expiatorio al Otro extraño. El hecho de ser aceptado por el grupo (padres, amigos) cumplir fielmente con las normas sociales y lograr metas que hagan que los demás se sientan bien juega un papel más determinante en las culturas

[43] Estos autores, destacan el trabajo desarrollado por Gümen (2000, en Beck & Beck-Gernsheim, 2012), en el que se preguntaba a los migrantes turcos los rasgos más comunes que atribuían a las familias alemanas, destacaron la debilidad de los lazos familiares, la falta de hospitalidad, la falta de respeto por las personas mayores, la desatención de las relaciones de amistad y vecinales, añadiendo, además, que las mujeres alemanas son egoístas y demasiado independientes. En este mismo trabajo se destaca el clima permisivo de las familias alemanas y la indiferencia que sienten los padres por sus hijos. Los jóvenes turcos sostenían que los padres turcos querían y se preocupaban más por sus hijos y lo ponían en relación con las normas familiares y su cumplimiento.

colectivista donde colectivo prevalece sobre lo individual. En otro contexto, la posesión de bienes y mejorar la situación económica es algo que se juzga importante para ser feliz, frente a la importancia de una filosofía vital con sentido o unos valores determinados. Si nos fijamos en los países de Latinoamérica la satisfacción percibida pone de manifiesto que un factor compensador de la riqueza o la pobreza material puede ser el de las estrechas relaciones interpersonales y el tejido social natural (familismo latino) que existe en estos países (Vázquez, 2009).

Habrá que tener en cuenta que las culturas tradicionales tienden a una orientación identitaria colectiva. Se puede decir que hay una lealtad primaria a la unidad familiar, es la familia la que decide que conducta es buena mala o equivocada. En este sentido la defensa de la familia tradicional es para del Fresno (2011) un signo de temor a entrar en un proceso de indefinición de fronteras y referencias. Frente a la obligada adaptación al mundo laboral y a sus normas, la familia inmigrante puede replegarse y rechazar defensivamente la sociedad de acogida intentando fortalecer su modelo tradicional.

Se supone que los valores cambian más lentamente que las prácticas culturales, hay valores que se mantienen más estables, otros que cambian muy lentamente o incluso se mantienen a lo largo de generaciones. Las investigaciones sobre aculturación y cambio de valores (Marín & Gamba, 2003), que se centran principalmente en el contexto norteamericano, han analizado la relación entre familismo y aculturación. En el caso del familismo latino las fuertes redes de protección familiar se han asociado a un mejor ajuste psicológico (Chun, Organista & Marín, 2003). Desde las culturas modernas europeas podemos tener verdaderas dificultades para entender la extraordinaria importancia que poseen las relaciones de parentesco en otras culturas. A raíz de la fuerte diferenciación en la distribución del trabajo, las personas de las sociedades más industrializadas pertenecen a culturas en las que la vida exige una alta capacidad de orientación y una gran flexibilidad, frente a ello, la organización de las sociedades basadas en el parentesco crea, a partir de las relaciones familiares, una alteridad difícilmente accesible a nuestra mentalidad, aun comprendiendo los principios organizativos que están en su base, continúan resultando extraños a la sensibilidad de nuestro "mundo".

El familismo entendido como un valor cultural relacionado con una fuerte vinculación con las familias nuclear y extensa, también relacionado con sentimientos de lealtad y reciprocidad, es más frecuente entre latinos y africanos. Así, algunos aspectos de los valores familistas, por ejemplo en hispanos en EE.UU, no están influidos por las presiones aculturativas (el apoyo percibido de la familia se mantiene fuerte) y al mismo tiempo, otros aspectos disminuyen su importancia (obligaciones familiares). Respecto a los roles de género cambian bastante rápidamente con el proceso de aculturación, que usualmente refleja una modificación de los valores tradicionales y una aproximación hacia aquellos valores más flexibles de la cultura de acogida. Los componentes culturales más valorados serán mejores candidatos para mantenerse en el proceso de aculturación y serán más centrales para definir la propia identidad grupal y la estructura de valores (Marín & Gamba, 2003). La tradición familista conlleva intensos lazos familiares, intensa vida comunitaria, conlleva la importancia del altruismo, asegura la continuidad de relaciones, trasmite normas culturales, creencias y valores que guiarán la vida de sus miembros, asimismo lo que se considera "*amabilidad latina*", se puede integrar en la preocupación por mantener la armonía del grupo y destacar, en lo evidente, el trato amable y cariñoso.

La migración tiene su lectura paradójica, para estas familias desde esta perspectiva familista, el significado de dejar atrás ancianos, padres y hermanos, puede cuestionar los compromisos de lealtad hacia la familia de origen. Todo grupo social debe basarse en una red de principios éticos o de lo contrario enfrentar el aspecto de desintegración o anomía social. El concepto de lealtad es fundamental para

comprender la ética o la estructuración relacional profunda de las familias y otros grupos sociales. Por último, se rescatan de nuevo las reflexiones de Boszormenyi-Nagy y Spark (2012, p. 350) al respecto: "*El compromiso de lealtad inconsciente de cada miembro hacia su familia de origen estructura la naturaleza y cualidad de las relaciones familiares trasmitidas de generación en generación, tanto en actitudes como en conducta"* Los conceptos de lealtad familiar ayudan a comprender el sentido de la conducta, no solo dentro de la conducta familiar sino entre generaciones. En la familia las consecuencias de todo acto quedan grabadas en el sustrato más profundo de la contabilización transgeneracional. El destino de los hijos se refleja como un espejo frente a los padres y en la tradición familista esta idea ha sido prioritaria.

4.2. La religiosidad

La religiosidad hace referencia en este apartado al tradicionalismo y a las creencias, se considera que lo migrantes se acercan a la religión para reafirmar sus identidades y valores, los que viven en origen no tienen que reafirmar su fe pero sí los que están fuera, tienen que tomar decisiones sobre cómo practicar la religión algo que en sus países de origen no se cuestiona, a menudo se vuelven más religiosos en el proceso migratorio (Levitt, 2010). El hecho de agradecer a "Dios" puede ser una constante, pero puede tener referencias ambivalentes dependiendo del contexto de pertenecía (más urbano o cosmopolita, o más rural o tradicional). La adaptación es más difícil sin referentes colectivos, Lipovetski y Serroy (2010) argumentan como las iglesias ya no tienen capacidad para regular creencias y prácticas comunes, ya no son un centro de rituales y de sentimiento común, pero la memoria religiosa moviliza a acudir a lugares de culto religioso y a practicar las creencias religiosas.

Se destaca como, en las sociedades modernas actuales, los rituales ya no tienen ese efecto de atenuar o apaciguar el temor y la angustia ante la incertidumbre de la vida, de ahí la desaparición o la falta de interés de rituales religiosos tradicionales sobre todo los rituales de acción de gracias. La pérdida de estos rituales y su función social aglutinadora, podría estar en relación con los valores de una sociedad basada en lo material y poco interesada en lo espiritual. A pesar de esta visión los estudios contemporáneos sobre los rituales sociales, como las fiestas y conmemoraciones cumplen funcione sociales relevantes como fomentar la identificación con símbolos y creencias culturales, refuerzan la cohesión e integración social e incrementan el bienestar subjetivos, aunque sus efectos sean limitados en el tiempo. Todo ello demuestra que los rituales colectivos siguen siendo fuentes necesarias de cohesión social en las sociedades post-modernas (Páez, Rimé, Basabe, Wlodarczik & Zumeta, 2015). Las formas religiosas y los rituales sociales difieren según la cultura y la modernización, así los inmigrantes latinoamericanos en el País Vasco destacan que para ellos los rituales religiosos son formas importantes de sociabilidad, de compartir con otros creencias y emociones colectivas, y así encuentran que los rituales religiosos en el País Vasco y España les resultan fríos y distantes (de Luca, 2015; Zlobina et al., 2004).

Aun así, la religiosidad se relaciona con la necesidad de raíces, de valoración de la herencia cultural, de sostén y de seguridad emocional, aparecen así nuevos movimientos religiosos que permiten corregir el hiperindividualismo ante la angustia de la desorientación y la desvinculación *"en este universo inseguro caótico, (…) aumenta la necesidad, de tranquilidad de arraigo y de calor comunitario"* (Lipovetsky & Serroy, 2010, pp. 149-150). Ante la desorientación social o la pérdida de referentes culturales estructuradores se busca consuelo de las desgracias de la vida en la religión, estos autores destacan el retroceso a la influencia de lo religioso "*aparecen nuevos movimientos religiosos, nuevas expectativas, movilizaciones y preguntas espirituales*" (p. 149). Puede compararse con la cultura de la autoayuda que cumple con uno de los objetivos de la religión explicar, racionalizar y justificar el sufrimiento. Si analizamos la sociedad como un sistema ético, el interés por los problemas éticos no implica una preocupación por los valores ético-

religiosos del individuo, sino más bien por la justicia social de las relaciones. El individuo está inserto en un contexto social de obligaciones. La justicia, como estructura de expectativas normativas colectivas, forma el contexto de las relaciones. Habrá opiniones que sostengan que con la decadencia de la religión y de los valores culturales de la familia extensa tradicional se debilita el apoyo ético recibido por el individuo en general (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012)[44].

Geertz (2003) argumenta como otro desafío a nuestra existencia el sufrimiento, sobre todo dentro de sus dos cuestiones principales la enfermedad y el duelo. Para este autor se ha producido pocos progresos conceptuales de cómo la religión ayuda a soportar situaciones de estrés emocional. La religión, para él, perturba al tiempo que consuela y alegra a los hombres, les ayuda a afrontar el hecho de que nacieron para sufrir. La respuesta que dan las religiones es la formulación de un orden del mundo que explique las ambigüedades, los enigmas y las paradojas de la experiencia humana. Trata de negar que haya hechos inexplicables, que la vida sea insoportable y que la justicia sea un espejismo, en definitiva la importancia de encontrar sentido moral, intelectual y emocional a la experiencia. La evitación de la incertidumbre cultural descrita por Hosftede (2001) representa también las respuestas religiosas frente a la incertidumbre de la vida.

Diversos estudios en el País Vasco (Basabe, 2007; Basabe et al., 2004; Zlobina & Páez, 2007), han confirmado que los inmigrantes (latinos, africanos y europeos) en general se caracterizan por puntuaciones más elevadas en valores colectivistas de tradición (respetar y seguir la tradición, religiosidad y modestia) y conformidad (seguir las normas, no cuestionar las expectativas sociales) que los autóctonos. Perciben a los nativos como menos familistas y con una sociabilidad más voluntaria, basada menos en los deberes hacia la familia extensa. Critican el materialismo y poca espiritualidad de los autóctonos, a los que perciben secularizados y con poca dimensión espiritual tradicional. Sin embargo, puntúan igual en valores individualistas de autodirección (tomar decisiones) y estimulación (buscar cosas nuevas) aunque menos en hedonismo (gratificación). También parecen puntuar igual que los autóctonos en un autoconcepto colectivista de lealtad al grupo. Es decir, si bien son más colectivistas en aspectos como la tradición y el conformismo y menos individualistas en su valoración del hedonismo, son iguales en autodirección y lealtad al grupo o autoconcepto colectivista, este autoconcepto, así como los valores de benevolencia (preocuparse por el bienestar del endogrupo), y la seguridad (valorar la seguridad familiar), facilitan el ajuste emocional.

4.3. La jerarquía

Cómo se manejan las diferencias de poder en cada sociedad es otra de las dimensiones culturales, una cuestión a la que todas las sociedades responde de una u otra manera (Hofstede, 2001). Los estudios con inmigrantes en el País Vasco (Basabe, 2007; Basabe et al., 2004; Zlobina & Páez, 2007), encuentran que los inmigrantes puntúan más alto que los autóctonos en valores asociados a la distancia al poder, como el logro (búsqueda éxito y rendimiento) y el poder (búsqueda de estatus y riqueza), así como en actitudes de competición. Esto es coherente con el hecho que los inmigrantes provienen de culturas más jerárquicas[45], así como por el hecho de que son personas de fuerte motivación hacia el logro. Coherentemente, perciben

[44] Durkheim en su obra "Las formas elementales de la vida religiosa" sugiere que "Dios" es en realidad una expresión simbólica de la fuerza de la sociedad como un todo. Llegó a manifestar que la sociedad y la religión eran fenómenos indistintos y que la religión era el modo en que la sociedad se expresaba así misma, manifestaba, igualmente, que en las ceremonias colectivas se afirma y se realza el sentido de solidaridad del grupo.

[45] Las culturas con alta distancia jerárquica destacan las relaciones de poder en todos los ámbitos de la socialización, son culturas donde se valora la obediencia y el respeto a todos los representantes del poder (familia, escuela, trabajo). En Latinoamérica se da este escenario de conformidad y obediencia que se apoya en actitudes autocráticas en quienes están al frente de organizaciones e instituciones (Páez et al., 2003).

a los autóctonos como personas que demuestran poco respeto, que inculcan, por ejemplo, poco el respeto a los niños y que tienen un trato más igualitario en general. Del mismo modo, perciben a los autóctonos con un estilo de comunicación directo, mientras que ellos prefieren la comunicación indirecta.

Además, perciben a la cultura local con un ritmo de vida más rápido, con una exigencia de trabajo mayor y con un estilo de contacto social más distante y organizado, como ocurre generalmente cuando se pasa a una cultura más modernizada. También se constata que a mayores diferencias percibidas, mayores dificultades de ajuste social y peor balanza de afectos. Los mismos estudios también mostraron que las mayores dificultades de adaptación están relacionadas con las separaciones familiares (de la pareja, hijos y familia extensa), el manejo de los conflictos con las personas de la sociedad receptora, el ritmo de vida y la comunicación con personas del exogrupo (nativas y otros extranjeros), y los problemas derivados del desconocimiento del idioma de las sociedades receptoras En segundo lugar, estarán las dificultades relativas al manejo de la jerarquía social y tratar con las personas de autoridad. En último lugar estarán las dificultades relativas a la adaptación al clima y la ecología, y a la distancia física.

La educación que ofrecen los padres autóctonos a sus hijos puede ser vista como negativa, se puede ilustrar esta idea con la reflexión de Lipovetsky y Serroy (2010, pp. 170-172) sobre las abdicaciones parentales que generan niños mimados convertidos en "*reyes de la familia*". Para estos autores esto es "*desastroso*", no hay disciplina, y la norma es el cumplimiento inmediato de los deseos de los hijos, olvidándose de los requisitos imprescindibles del proceso educativo. Educar, prosiguen, no es satisfacer inmediatamente los deseos, no es la felicidad inmediata. En poco tiempo se ha pasado de la familia tradicional, donde el orden y la disciplina no tenían discusión, al modelo permisivo actual. Esta diferencia se manifiesta en el mayor acuerdo con los valores de familismo jerárquico en los inmigrantes en comparación con su pares nativos (Basabe et al., 2009). Los hijos pueden ser los primeros en experimentar el conflicto por el choque de valores y estilos de vida, son éstos los que aceleran la introducción de novedades y la familia tradicional tiene más dificultades para imponerse. El estilo de vida familiar puede indicar el poco tiempo que comparte padres e hijos, los padres, más interesados en el trabajo o en su promoción, se ocuparían más de satisfacer sus necesidades laborales y sociales dando menos importancia a la familia (Musitu, 2012). Para del Fresno (2011) el apego a la idea de familia tradicional de las madres y padres migrantes, deriva del miedo a perder el control, de mantener la influencia sobre las mujeres e hijos e hijas, tanto de padres como de madres.

Se puede pensar que en una sociedad de consumo individualista orientada hacia el éxito y los bienes materiales, donde se asigna un valor diferente a la educación de los hijos, una imagen estereotipada podría estar relacionada con sobreprotección y la dependencia financiera de sus padres, sin esfuerzo, estos hijos se convertirían en inmaduros y exigentes. Las conductas de falta de respeto pueden relacionarse con padres inadecuados y cerrados con sus hijos en el sentido de que les sobreprotegen pero, paradójicamente, no les atienden por estar más preocupados de su mundo. Las estrategias para trasmitir pautas de comportamiento, por ejemplo la disciplina o las conductas aceptables, podrían considerarse una diferencia cultural importante. En el trabajo de campo llevado a cabo por Levitt (2010) con brasileños, irlandeses y pakistaníes en Estados Unidos respecto de la educación de los padres norteamericanos, consideraban que éstos abandonaban a sus hijos cuando alcanzan la adolescencia, ven a los jóvenes americanos distanciados

de sus familias, equiparan independencia económica con distancia emocional y que estos jóvenes ignoran *"fríamente"* a sus mayores[46].

Parece que conservar aspectos de la cultura original facilita el bienestar emocional respecto de aquellos que rompen con su cultura, también los hijos de padres que conservan aspectos de su cultura original valoran más dicha cultura, y presentan menos conflictos intergeneracionales (Falicov, 2008), pero también habrá que tener en cuenta que dependiendo de contextos más o menos favorecidos, de la influencia de la religión o de la tradición, la diferencia de trato a niñas y a niños, por ejemplo, respecto a la permisividad de los castigos (incluso castigos físicos), puede ser cultural y responder a mitologías negligentes. En contraste se destaca la idea expuesta por Boszormenyi-Nagy y Spark (2012, p. 111) en la relación padres e hijos donde *"el exceso de permisividad como forma de abandono paterno de los hijos, además de bordear la negligencia, probablemente sea una de las formas más difundidas de parentalización expoliadora. (…) con frecuencia los mitos de permisividad y unidad familiar coexisten y se refuerzan de modo mutuo"*.

El respeto a los mayores es otra de las cuestiones de choque de valores culturales que se quiere destacar, la opinión que puedan tener las mujeres migrantes latinas sobre trato a los ancianos por parte de los nativos, podría estar en relación con la idea de la falta de consideración y respeto de hijos a padres (ancianos), pudiendo destacar el aislamiento, el abandono y la pobreza de las relaciones que se mantiene con ellos. La imagen que se puede trasmitir es la que considera a los ancianos, no solo poco atractivos, sino una potencial carga junto con una visión de la vejez cargada de prejuicios, asimismo, se podría considerar esta idea de abandono hacia las personas dependientes en general. Se percibe que se abandona a los mayores en un momento de su ciclo vital en el que tienen menos oportunidades de reconstituir el componente no familiar de sus redes sociales, es en este momento cuando aumenta la dependencia de sus familias, se consideraría este abandono como la máxima deslealtad familiar. Acaso esta idea, basada en una cultura extremadamente individualista, que no favorece el esfuerzo por el cuidado de los otros (ni siquiera del grupo primario), puede estar en relación con el sentimiento de culpa, por el abandono de sus propios padres, cuestionándose de qué manera procuran satisfacer las necesidades de padres mayores a distancia, en tanto que intentan adaptarse a las necesidades del nuevo entorno y de sus nuevas relaciones familiares. En su cultura, al menos en el imaginario tradicional, la diferencia de trato es clara, cuanto mayor es una persona más alto es su estatus y las generaciones más jóvenes les deben respeto y obediencia (familismo jerárquico). En este estudio se quiere destacar como diferencia cultural el componente "hostilidad" hacia las personas mayores y la brecha generacional que se manifiesta en la comunicación, la comprensión y el trato. Diferencias económicas, demográficas y culturales implican diferencias sobre la lectura de lo que es verdaderamente una familia, se puede decir que el desacuerdo entre el mejor modelo de familia es también un combate entre culturas.

4.4. El individualismo

Se quiere destacar el peso que adquieren los valores individualistas frente a los sentimientos de pertenecía colectiva. Se destaca desde esta perspectiva individualista como la familia extensa pierde fuerza e influencia, la vida familiar comunitaria desaparece, la creencia en la prioridad de la familia como lugar de relación contrasta con la atracción emocional que ejerce el trabajo y el consumo. Trabajo y consumo que van acaparando el tiempo dedicado a la familia, así los rituales y rutinas familiares van perdiendo su lugar central y se abandonan. El estatus ya no deriva de la familia extensa, deriva más del nivel educativo y del

[46] "*Cuando los abuelos vienen de visita a los Estados Unidos (…) suelen sentirse extremadamente aislados. (…) lejos de los vecinos amigables y conversadores con los que suelen interactuar cotidianamente. Sus hijos pasan largas horas trabajando fuera y sus nietos están ocupados en la escuela. (…) encuentran el clima frio insoportable*" (Levitt, 2010, p. 24).

prestigio laboral. La familia se ha vuelto frágil, llena de contradicciones y sin compromisos firmes, ha perdido poder, no cumple las funciones tradicionales, los vínculos son más débiles e inestables a la vez que van desapareciendo las metas colectivas, este escenario contrasta con otra idea en auge, la de la comunidad y la familia adquiriendo mayor importancia que antes (Hochschild, 2008). La dinámica de este individualismo ha cambiado el orden que sometía los deseos personales a las tradiciones y a los intereses del grupo[47]. La familia es objeto de decisiones individuales, como institución ha cambiado convirtiéndose en un asunto estrictamente afectivo y psicológico. Esto tiene consecuencias, el individuo desorientado e inseguro, de ahí la necesidad de identificarse con comunidades particulares, étnicas o religiosas capaces de recrear el sentimiento de pertenecer a una colectividad que proporcione estabilidad (Lipovetski & Serroy, 2010).

Son las sociedades con más crecimiento económico y con mayor nivel de vida e ingresos en las que el individualismo es mayor, aun así el individualismo ha penetrado en la mayoría de las culturas y representa el esquema "dominante" convirtiéndose en un referente global. El nivel de ingresos económicos fomenta la autonomía, la confianza individual y provoca sentimientos de autosuficiencia. Las personas en estas circunstancias se sienten más libres, disminuyendo la dependencia de la familia extensa y de los vínculos adscritos. La implicación con los demás se entiende como más puntual y superflua y no se depende tanto de la aprobación o sanción del grupo, desde el individualismo la persona es responsable de sus propias acciones, de su futuro, de su éxito o de su fracaso. El desequilibrio de la vida mental y moral de los individuos puede producirse cuando éstos ya no cuentan con el apoyo de las antiguas instituciones y símbolos de la vida colectiva.

Boszormenyi-Nagy y Spark (2012) argumentan que el mito de Occidente es el de la independencia del individuo como entidad idealmente absoluta, pero el individuo no está desconectado de su sistema relacional, el hombre es un sistema relacional de motivaciones y responsabilidades morales. La autonomía adquirida por medio de la separación completa en lo exterior y, la negación de toda relación, tiende a verse contrarrestada en el interior por la acumulación de culpas y responsabilidades. Otros mitos culturales hacen referencia a la sobrevaloración de conductas relacionadas con el esfuerzo para progresar en lo material para mejorar en la escala económica, para estos autores, este compromiso con lo material puede enmascarar las dificultades para el enfrentamiento relacional, vienen a exponer que mediante la lucha por los logros materiales eludimos la difícil tarea de resolver obligaciones conflictivas, en el caso que nos ocupa las obligaciones familiares. Los mitos de éxito material individual hacen que la lealtad familiar se tambalee en la familia de hoy.

"*El ciudadano móvil moderno*" está obligado a cambiar constantemente de marcos de referencia tan vitales como el hogar, amigos, el idioma y la ética, provocando la autonomía individualista o una identidad personal al margen de su pasado biográfico, fuerza a la comunidad a tolerar y fomentar este desapego a la fidelidad colectiva. Para este ciudadano la certidumbre y la seguridad tradicionales se sustituyen por un individualismo en el que la normas tradicionales claras y abiertamente aceptadas se abandonadas por difíciles de aceptar. Se establece una moral individualista en la que el individuo asume la responsabilidad de construir su propio futuro, futuro percibido, eso sí, como una incógnita. El ciudadano fruto de la nueva sociedad va de lo conocido a lo desconocido, vive en un esquema social en el que se enfrenta solo a incertidumbre y al riesgo. Este individualismo supone que además de distanciarse del pasado y de la

[47] A largo plazo la prosperidad produce un cambio de énfasis en el sistema de valores, es la cultura del individualismo que provoca el sentimiento de que más allá de uno mismo no hay nada. Lipovetsky y Serroy (2010, p.148) se refieren al individualismo creciente como "*búsqueda del poder por el poder, el egoísmo de cada uno a lo suyo y la indiferencia ante los demás. (…), un nihilismo radical que libre de toda preocupación por los valores, no reconoce más obsesión que por el dinero y el cálculo individualista de los intereses personales"*.

tradición se distancia de los escenarios de su socialización. El abandono de unas normas colectivas para asumir otras nuevas, se puede relacionar también con los medios masivos de comunicación que eclipsan y desarraigan los valores locales. La necesidad de raíces, la valoración de la herencia cultural y religiosa, la adhesión a colectivos formados por similitudes étnicas, religiosas o ideológicas pierde fuerza y cede el control a las pertenencias variadas y pluralistas (Hochschild, 2008; Lipovetsky & Serroy, 2010; Ruiz Olabuénaga, 2007).

En contraste, puede que el verdadero impacto de la modernización sea la necesidad de adscripción a sociedades pequeñas, cuanto más se globaliza el mundo más importancia adquieren los particularismos, las reivindicaciones identitarias y las demandas de diferencia cultural. Frente a la cultura universal y homogénea, la cultura trasnacional hace que los individuos parezcan cada vez más uniformes pero también crea heterogeneidad, diversidad e interculturalidad. El miedo a perder la identidad hace que se vuelva a invertir en identidades culturales particulares, que reivindican la diversidad de las costumbres y la recuperación de fenómenos identitarios, como el regreso a lo religioso y la multiplicación de nacionalismos regionales y lingüísticos. Es desde esta cultura del individuo frente a sí mismo, desde donde surge, en contraste, otra perspectiva, los nacionalismos e identidades colectivas que tratan de reforzar el pluralismo para contrarrestar el sentimiento de desapego psicológico, esta idea será reivindicada por unos mientras otros reivindicarán, en estos tiempos de regreso insistente de los nacionalismos, la no-pertenencia (Geertz, 2003; Kuper, 2001). El retroceso actual a sentimientos de pertenencia a una colectividad, está relacionado con la fragilidad y relajación de los lazos afectivos, familiares y sociales y el debilitamiento de los lazos religiosos, lo que ha acentuado la sensación de aislamiento de inseguridad y de crisis, así frente a los peligros del individualismo las personas tratan de insertarse en la comunidad.

Teniendo en cuenta esta visión de las metas personales se hace mención a las investigación de Hakim (2005), centrada en población europea, que destaca, de forma muy estereotipada, como el compromiso con el trabajo está estrechamente relacionado con el nivel de educación y el rango ocupacional, el compromiso con el trabajo es alto en las ocupaciones cualificadas y especializadas que requieren muchos años de estudio. La inmensa mayoría de las mujeres centradas en el trabajo rechaza los valores patriarcales y la asignación rígida de roles en la familia, mientras que la mayoría de las mujeres centradas en el hogar acepta los valores del patriarcado y los roles rígidamente especializados. Esta autora, refiere también, como los valores familiares son valores no competitivos basados en compartir y cuidar la vida familiar, mientras que las personas centradas en el trabajo tienen valores de mercado con el énfasis en la rivalidad competitiva, en la orientación hacia el logro y en el individualismo. Hakim (2005) destaca como estos valores del mercado se vuelven centrales a expensas de los valores familiares, criar a los hijos puede ser menos atractivo para las personas centradas en el trabajo, no solo porque constituye una prioridad vital a la hora de distribuir el tiempo, sino también porque implica poner el énfasis en los valores competitivos y de logro frente a los valores de compartir y cuidar.

Además, se puede pensar que la realización individual puede ser una forma de estancamiento relacional. Boszormenyi-Nagy y Spark (2012) destacan como las personas pueden tener éxito, dinero, influencia, fama, distinción cultural pero al precio de desvincularse de sus relaciones familiares. Los intereses económicos pueden ser una referencia para el individuo y pueden utilizarse para evitar tener que enfrentar las relaciones familiares, el dinero, según estos autores, puede usarse como pretexto o sustituto de las relaciones familiares. Los valores de sacrificio a la antigua han perdido mérito pero Lipovetsky y Serroy (2010, pp. 151-152) contrastan esta argumentación exponiendo que continua el sentido de responsabilidad y del espíritu solidario destacando como el voluntariado nunca había movilizado a tantas personas, *"La sociedad caracterizada por el descoyuntamiento de las estructuras familiares y religiosas, así*

como el reinado del dinero no conduce al debilitamiento de la fuerza moral de toda una serie de obligaciones (…), o por decirlo de otro modo, al individualismo desenfrenado, sin preocuparse por los demás, sin respeto por la ley o los valores morales: en suma, al individualismo irresponsable (…) existe un individualismo responsable, limitado y considerado con el derecho de los demás (…)". Es decir, la lógica de la eficacia no acaba con la solidaridad.

Centrándose en las familias migrantes se puede decir que sufren además del impacto del cambio de país y de cultura, el choque en la escala de valores, cuestiones como el control de natalidad, divorcio, matrimonios no religiosos, mujeres trabajando fuera del hogar, igualitarismo social, sexual y legal, entre otros. Las familias inmigrantes están más cerca de las familias tradicionales españolas (patriarcales) que del actual modelo de familia postpatriarcal. En el contexto actual no existe una presión social para que una pareja joven tenga continuidad en los hijos dentro de los primeros años como lo era en el pasado, se puede entender que las parejas que tienen hijos jóvenes son tradicionales, conservadoras o religiosas. Se pospone tener hijos hasta alcanzar un estatus económico y una mejora profesional, priorizando también la calidad de vida, el ocio, las actividades sociales, etc., es desde este enfoque donde adquiere sentido el trabajo para estas parejas (del Fresno, 2011). En esta misma línea Hochschild (2008) destaca precisamente como la inversión en metas personales, en la profesión, en competir laboralmente, en la preocupación por el reconocimiento y el estatus social, implica que no hay tiempo para las tareas domésticas y para el cuidado y, es precisamente la inversión en estas prioridades, lo que obliga a contratar a otras personas, a demandar mujeres que se encarguen del cuidado, la crianza y los enfermos.

Desde la primacía del individualismo va desdibujándose la familia extensa, pero las nuevas situaciones derivadas de la progresiva desaparición de esta familia extensa y la y la instalación en la familia nuclear acompañada del debilitamiento de vínculos va dando lugar a estrategias relacionales diferentes, la ruptura y el cambio no son tan radicales, las estrategias de las familias cambian y se adaptan, cambiando la dirección y la intensidad de los vínculos, pero no su desaparición (Chacón & Bestard, 2011). La tendencia a la privatización del matrimonio reforzada por este creciente individualismo, ahora es monopolio de los protagonistas, pero nunca ha sido un asunto exclusivo de las partes porque tenía implicaciones colectivas para el grupo familiar y para la sociedad. El matrimonio era un acontecimiento vital para los familiares (fuerza de trabajo, cuidados en la vejez) y para la sociedad "*el matrimonio es la primera y más importante institución de la sociedad, (…) es un grupo organizado de costumbres y tradiciones centradas en una actividad humana importante*", pasando a ser una relación esencialmente privada (Iglesias de Ussel & Marí-Klose, 2011, p. 1117).

El individualismo como reconocimiento del individuo como referente absoluto desligado de formas de filiación colectiva, conlleva vivir según el propio criterio, es el poder de la libre elección, ya no hay obligación de adoptar o someterse a normas dictadas por la tradición. Los comportamientos, los modos de vida, las relaciones de autoridad, están sujetas a la voluntad individual (Lipovetsky & Serroy, 2010). En un contexto tradicional se crece con la idea de que no se puede elegir entre diferentes estilos de vida, en el contexto actual "*se acentúa la elección personal, la autonomía y la autorrealización que nos hace libres para expresar nuestra identidad, personalidad, valores y lo que nos obliga a elegir entre ellos"* (Rose, 1999 en Hakim, 2005, p. 9). Hochschild (2008) se cuestiona dónde está el refugio en las circunstancias descritas, en la familia, en el trabajo o en ninguna parte. Si la familia ya no brinda el significado de reposo y protección o refugio tradicional ¿es el trabajo el que brinda ese respaldo? Parece, según esta autora, que mientras se fortalecen los vínculos en el trabajo se debilitan los lazos familiares y que, obviamente, la atracción hacia el trabajo es mayor cuanto mayor es la cualificación, mientras tanto se va marginando la vida familiar. Lo importante es tener un trabajo y ganar dinero, continua, la lógica del individualismo con

sus exigencias de libertad e igualdad y el consumismo, consumismo que atrae hacia el trabajo y, esta atracción, cambia los modelos de la vida.

4.5. Las diferencias en las prácticas culturales

Para Geertz (1999, 2003) la cultura se relaciona con una serie de mecanismos de control que gobiernan, modelan, dirigen y orientan la conducta, así las conductas están pautadas cultualmente pero marcados, no por la cultura en general, sino por formas particulares de la misma. Normas y reglas culturales que se comparten en un contexto y representan un factor coercitivo que determina la manera de entender y actuar. Por ejemplo, lo que entiende cada tipo de creyente por el sentido de la vida o de la muerte, igualmente se puede decir de la concepción del tiempo, el "después de", es completamente diferente. Cada cultura le da un contenido específico a todos estos conceptos y marca el sentido de lo que se cree apropiado o correcto.

Siguiendo con la argumentación de Geertz (2003) las personas dependen de programas culturales que orientan, siendo sumamente complicado vivir en un momento determinado de la historia personal cambiando esquemas y conviviendo con dobles patrones culturales. La fuerza de los hechos, del lugar, del clima, de la lengua, de la sangre y del estilo de vida en cuanto que forjan la idea que un individuo tiene de quién es y con quiénes está indisolublemente unido, está enraizada en los fundamentos más profundos e irracionales de su personalidad. Las personas no viven en una cultura abstracta y universal, sino en culturas concretas, diversas y determinadas por elementos específicos (geografía, historia, formas de gobierno, tipos de familia, formaciones religiosas, etc.). La concepción de Kuper (2001, p. 283) contrasta con esta idea de Geertz, para este autor la identidad cultural nunca puede suministrar una guía de vida adecuada: "*todos tenemos identidades múltiples. Incluso si acepto que tengo una identidad cultural primaria, puedo no querer conformarme con ella. Además, no sería muy práctico. Opero en el mercado, vivo a través de mi cuerpo, me debato en manos de otros. Si tuviera que contemplarme únicamente como un ser cultural, poco espacio me restaría para maniobrar y cuestionar el mundo en el que me encuentro. (…) la teoría de la cultura tiende a derivar nuestra atención de lo que tenemos en común (…), trasciendan las fronteras nacionales, étnicas y religiosa, (…), aventurarnos a través de ellas*".

Ingenuamente se ha pensado durante las últimas décadas que se podía vivir sin rituales que marcaran los acontecimientos de la vida desde el nacimiento hasta la muerte y esto no es así, se necesita de estos ritos que organicen estructuren y ayuden en los cambios que suponen hitos en la vida, para que estos cambios queden claros[48]. Los rituales familiares, que son a la vez comunes a todas las familias y a la vez específicos de cada familia, que varían en tiempo, lo importante es saber que rituales son más centrales, imprescindibles o sagrados porque la falta de rituales debilita (Beck & Beck-Gernsheim, 2012). En las familias globales o transnacionales no puede recurrirse fácilmente a un conjunto común y claro de respuestas rituales para solucionar cuestiones de la vida cotidiana: como la comida, los regalos, el significado festividades, las concepción del tiempo y la puntualidad, las creencias sobre quién pertenece a la familia y quién no, a quién se debe respeto, qué significa respeto, etc.

[48] *"Al igual que los hechos relacionados con el parentesco, los que tienen que ver con el ritual han estado en los análisis de los primeros antropólogos, que buscaban las formas primitivas de la familia o de la religión (…) en la segunda mitad del siglo XIX. (…).Por el carácter intrincado de los hechos sociales que la modernidad ha especificado en campos independientes, el rito, los ritos eran centrales para etas sociedades alejadas de las nuestras (…), en la medida que organizaban la vida individual (ceremonias de iniciación) y la vida colectiva (atribución de formas de poder político, religioso, etc.). (…). Tras abandonar la búsqueda de lo primitivo, la antropología se consagra a "la cultura" (…) logrando así medios para abordar con un mismo impulso varios tipos de sociedades ¿Cómo concebir un hecho social siempre relegado al terreno de la acción mágica, supersticiosa, con un aspecto repetitivo, congelado, cuando la modernidad pertenece al ámbito de lo racional y del cambio social?"* (Segalen, 2005).

Entre otras cuestiones, Falicov (2008) destaca la migración como factor estresante porque siempre está en relación con la memoria, no solo de la tierra, idioma, olores, clima, comida, música, lugares, objetos, sino también del recuerdo de las relaciones, se pierde la familiaridad con lo cotidiano, con lo conocido con lo que nos da proporciona sentido de pertenencia, calle, los vecinos, los amigos, la ruptura, en definitiva con un medio ambiente conocido y que da inseguridad frente a un entorno nuevo. Sin embargo, la diversidad cultural o la lejanía cultural se minimizan a través del consumo, según Lipovetsky y Serroy (2010) que reflejan esta idea de cómo el consumidor trasnacional que se comporta de acuerdo con unos estándares sea de donde sea, comportamientos idénticos propios de un estilo de vida global, derivados del poder de los medios y de la rapidez de la información. Las diferencias culturales se diluyen y los comportamientos y los deseos evolucionan de un modo más o menos parecido. De manera genérica Vázquez (2009) sugiere que aunque las diferencias culturales pueden ser importantes, los datos sugieren que hay más diversidad entre la gente que vive dentro de un país que entre gente de diversos países o culturas. De ahí que utilizar el país como unidad de análisis tiene ciertos riesgos, este autor sostiene que nos distingue más la clase social que la raza, es más, podemos encontrar más diferencias entre la población rural y la población urbana, que entre los habitantes de las grandes urbes de distintos países donde los estilos de vida son similares (consumo, información, etc.) sobre todo en los jóvenes. No obstante, la migración lleva implícita un proceso de desorganización cultural que necesita reajuste, un proceso complejo de aprendizaje de nuevas pautas.

Para el inmigrante es importante elaborar un discurso coherente que de sentido a esa ruptura con sus raíces, al significado de abandonar un territorio de identificación simbólica y de pertenencia, que le da seguridad y del que se forma parte, debe dar sentido a las causas que obligan a dejar un lugar transitoria o definitivamente y a lo que espera encontrar. Levitt (2010) haciendo referencia a las investigaciones sobre familias trasnacionales destaca que éstas predicen que los vínculos trasnacionales solo se mantendrán por una generación y que, probablemente, los hijos e hijas de migrantes, ni se involucren ni se vean influenciados por los valores de sus ascendientes con la misma intensidad ni regularidad que sus padres con sus lugares de origen. Las fronteras entre el país de origen y de destino entre la primera y segunda generación, en este sentido, se van desdibujando.

4.6. La comunicación

La diversidad cultural se puede explicar a partir de los estilos de comunicación adoptados por los grupos culturales que marcan claramente diferencias, la comunicación es un importante factor de choque cultural. Los resultados de las investigaciones analizadas por Fernández y Basabe (2007), Hofstede (2001), Ward et al, (2001) se recogen las diferencias en la comunicación según el "alto o bajo contexto" explicadas a partir de los estudios de Hall y Hall (1990). Así, el estilo directo que caracteriza la comunicación explicita se encuentra en culturas de bajo contexto, donde la información es fundamentalmente explicita y verbal, se trata de una comunicación directa y centrada en el mensaje. Este estilo es característico de las culturas individualistas. En las culturas de alto contexto se utiliza el estilo indirecto e implícito empleando la insinuación y los mensajes no verbales, este segundo estilo, intenta evitar la confrontación y mantener la armonía, percibiendo a aquellos que utilizan el estilo directo como duros, secos y agresivos, este estilo es característico de las culturas más colectivistas como la latina[49].

Si las reglas de expresión están marcadas culturalmente, en este apartado se hace referencia a las diferencias expresivas o estilos comunicativos que tienen que ver con la comprensión, y pueden llevar a

[49] Las diferencias en los estilos comunicativos se relacionan también con la jerarquía social. En las culturas más jerárquicas existe una diferenciación en función de la edad, el sexo o el estatus social (de Luca, 2015).

malentendidos derivados de interpretaciones incorrectas marcadas por sentimientos y diferencias de estatus o, simplemente, culturales en sentido estricto, pudiendo juzgar como correcto o incorrecto o, adecuado o inadecuado, el tono o las palabras que responden a determinadas situaciones (Hoschschild, 2008)[50]. Para esta autora cuando se comparan expresiones y se juzgan en relación a interpretaciones subjetivas, cada uno tiene su estilo interpretativo, su conocimiento de los hábitos expresivos de los otros, previos a la experiencia y posterior a la experiencia, derivada del contacto. Hay expresiones para las que no se tiene ninguna experiencia previa y causan gran impacto, sobre todo aquellas que tiene que ver con cuestiones "sagradas" como las referencias a Dios, los padres, los muertos, la comida. Así, el acento, el humor, el tono de voz, el vocabulario o determinadas expresiones pueden llevar a confusión en la interpretación de los mensajes que derivan en conflictos. Además el significado de determinados términos o expresiones que se expresan en una lengua puede que no se entiendan en otra, qué significa, por ejemplo, familia, mujer, hombre, dependencia, etc., en un contexto cultural y en una época concreta, Hoschschild (2008, p. 121) recalca esta idea: "*así los sentimientos adquieren su significado y su carácter total sólo en relación con un tiempo y un lugar en el mundo específicos. Y cada contexto contiene una dimensión normativa, una dimensión expresiva y una dimensión política*", pero, sugiere también, como la burocratización de la sociedad hace que se estandaricen y despersonalicen las expresiones públicas de sentimientos y se pasen más por alto.

Centrándose en la comunicación dentro del sistema familiar, se destaca como los factores culturales, junto con el estilo comunicativo de la propia familia, y el ambiente en el que está inmersa, influyen en la conducta expresada, tanto de los conflictos y las tensiones internas como del cariño. Por ejemplo, la emoción expresada puede estar reflejando las diferentes expectativas culturales y de género depositadas por los padres en los hijos o, en relación de las diferencias de género, en cuanto a lo que se espera de unos y otros. El presente estudio, centrado sobre todo en mujeres madres, y siendo estas las cuidadoras principales de la familia, quiere señalar que la calidez expresiva o una expresividad emocional positiva implica mejor funcionamiento familiar. Se señala este aspecto por las características de las familias migrantes analizadas, en general familias monomarentales (madres solas y con una pobre red social), que pueden mostrar con mayor probabilidad una alta expresión de emociones negativas y alta implicación emocional, pueden ser madres deprimidas, con sobrecarga familiar y altos niveles de estrés. En general, la comunicación emocional negativa también se da en entornos familiares menos flexibles, coercitivos, con predisposición general a conflictos y donde hay menor consenso y cohesión entre sus miembros. Para García Ramos, Moreno Pérez, Freund Llovera y Lahera Forteza (2012) la emoción expresada hace referencia al estilo de comunicación prevalente dentro de una familia. La alta emoción expresada negativa estaría determinada por niveles altos de críticas, hostilidad y sobreimplicación emocional. Para estos autores, los estudios sobre emoción expresada corroboran que los individuos que pertenecen a familias con alta emoción expresada negativa son menos autónomos en sus estilos de afrontamiento y que, por otra parte, a más comentarios positivos, más soporte y habilidad para solucionar conflictos. En la revisión de dichos estudios en relación a la esquizofrenia y la emoción expresada de estos autores, se refleja como la prevalencia de la emoción expresada negativa familiar es mayor en los países occidentales que en los no occidentales, influyendo también el ambiente social y urbano. Los síntomas de las enfermedades mentales graves vulneran las expectativas familiares arraigadas culturalmente en países desarrollados y en un ambiente urbano, como son la autonomía o la independencia del grupo, mientras que en otros ambientes culturales se tolera más la interdependencia y se valoran más los vínculos familiares, donde se muestran

[50] Una comunicación apta para superar fronteras entraña tanto diálogo como silencio. Comunicarse por encima de las fronteras significa "*reflexividad*", esto es confrontarse en silencio con el extraño que ocupa el centro de nuestra propia vida; también puede significar "*reflexión*", es decir, pensar, preguntarse, dialogar sobre ello (Beck & Beck-Gernsheim, 2012, p. 218)

menos expresividad emocional negativa (ambientes culturales colectivistas-familistas y jerárquicas). De hecho la expresión de las emociones negativas se sanciona e inhibe más en las culturas jerárquicas que en las culturas igualitarias (Basabe et al., 2000).

Otra puntualización respecto al estilo comunicativo, tendría que ver con connotaciones culturales unidas a la socialización de los roles de género, que puede conducir a que las expresiones de enojo sean más escasas para las mujeres que para los hombres. Está peor visto que los hombres muestren debilidades, por tanto evitan más las demostraciones de emoción que implican debilidad. Pero la interacción social requiere ser sensible a las emociones, las mujeres tienen más capacidad para el reconocimiento emocional (tristeza, angustia, miedo, etc.) y, también, menos dificultades para verbalizar síntomas de malestar psicológico. En general presentan mayor memoria y expresividad emocional, lo que se refleja en la fluidez verbal, el nivel comunicativo y la sociabilidad. Son diferencias de género que enfatizan aspectos de masculinidad o feminidad en relación a la competitividad y la asertividad, frente a la afectividad, la armonía interpersonal y el apoyo emocional (Hofstde, 2001; López-Araquistáin, Cardoner & Urretavizcaya, 2006). En este sentido, el cuidado y el mantenimiento de la estructura familiar requiere cualidades acordes con este rol, cualidades en la esfera íntima que paradójicamente (y tradicionalmente) no habilitaría a las mujeres para "enfrentarse al mundo" sino para desenvolverse en este ámbito íntimo donde primaria lo emocional y por tanto el fracaso familiar es el propio fracaso personal.

Al referirse concretamente a los aspectos emocionales en la relación terapéutica, Achotegui (2010) destaca las diferencias culturales en el estilo comunicativo como una dificultad añadida que genera desconfianza y hostilidad (además de la propia relación de desigualdad marcada ser inmigrante), señala la tendencia de los nativos a la brusquedad en el trato. Para este autor, no es extraño que muchos inmigrantes piensen que cuando se les habla, en realidad, se les riñe y esto añade dificultades a una relación donde son prioritarios los detalles que denoten proximidad, respeto y aceptación. Siguiendo esta línea terapéutica, se sabe que la comunicación efectiva contribuye al sentimiento de que se está siendo bien tratado, lo cual mejora la percepción del cuidado emocional que se está recibiendo, desde el primer encuentro, una serie de factores, al margen de la competencia del profesional, también van a hacer sentir su influencia. La apariencia física, la edad, el sexo, la pertenencia étnica, la clase social, el nivel de instrucción, el idioma, las diferentes experiencias vitales y las diferencias culturales en general, pueden generar desconfianza y temor a ser juzgado o mal comprendido, abandonando el tratamiento.

Hay que poner de relieve que la comunicación en las intervenciones psicosociales no es fácil, porque, en condiciones de vulnerabilidad, la sensibilidad a la opinión de los otros es alta y se puede percibir fácilmente rechazo. La diversidad de expresiones culturales complica y dificulta "hacerse entender". Las alusiones a las bromas, el sentido del humor, las expresiones de enfado o malhumor pueden ser malentendidas y malinterpretadas. Adaptarse al acento y las expresiones locales es uno de los condicionantes del estrés de aculturación. Hay un contexto social de los sentimientos y de la expresión emocional que también es diferente culturalmente, cada cultura trasmite a sus miembros su elaboración, su manejo y su significado.

4.7. El tiempo

Fernández y Basabe (2007) recogen el modelo desarrollado por Trompenaars (1994)[51] que explica los tipos de relación, con otras personas (instrumentales versus expresivas), la relación con el tiempo (lineal versus circular) y la relación con el entorno (si las motivaciones provienen de factores internos o externos). En relación a la orientación temporal (secuencial o sincrónica), se refiere a la estructuración del tiempo en función de la importancia otorgada por la cultura al pasado, al presente o futuro. En la cultura orientada al pasado, el futuro puede ser previsto como una repetición de experiencias, en una cultura orientada al presente las circunstancias cotidianas orientan la vida y, en las culturas orientadas hacia el futuro, las acciones están en función del porvenir. Estructurando el tiempo secuencialmente, las personas hacen una cosa cada vez, planifican sus acciones y cumplen sus compromisos de acuerdo a sus cronogramas, mientras que estructurando el tiempo sincrónicamente suelen hacer varias cosas a la vez, tanto planes como compromisos que pueden cambiar, las fechas y horarios son flexibles.

En un orden más concreto y siguiendo con el trabajo de Trompenaars (1994) se asocia al colectivismo a una percepción del tiempo más lenta y subordinada a la actividad social, mientras que en el individualismo el tiempo se concibe de forma lineal, organiza la actividad social, a su vez dividida en segmentos homogéneos. La noción cultural del tiempo diferencia un tiempo policrónico y un tiempo monocrónico. El policrónico es típico de culturas colectivistas, la orientación está en las relaciones y en las situaciones, en ellas las relaciones se presentan al margen de reloj, el tiempo es más flexible. El tiempo monocrónico es típico de culturas individualistas, impone una estructura a las actividades, así la puntualidad es importante. En el primer caso los compromisos temporales son flexibles y, en el segundo, la puntualidad es la norma.

Respecto a la cultura de los usos del tiempo y a las diferencias en su planificación, una fuente de choque cultural es la dificultad que supone para muchos migrantes la puntualidad en las citas[52]. Para el ritmo de vida local (la prisa, la puntualidad, etc.), se utilizan diferentes códigos que pueden ser desconcertantes y condicionantes de estrés de aculturación. La adaptación puede ir desde la desorientación inicial a la percepción de sentido de seriedad y organización, la puntualidad, por ejemplo, puede ser percibida como una cuestión importante para que "las cosas funcionen". Pero también las dificultades de adaptación están relacionadas con acostumbrarse al "ritmo de vida". Con la noción del tiempo y cómo administrarlo se está considerando las cosas que son o parecen importantes, la cultura del tiempo tiene una lógica en nuestro contexto de eficacia y de la idea de lo que es prioritario. Cabría destacar que las nuevas tecnologías imponen nuevas normas en el uso del tiempo y han supuesto una revolución en este sentido en las últimas décadas, lo que significa que las concepciones respecto al tiempo se estén globalizando al menos en contextos urbanos.

[51] Llevado a cabo entre 1980-1990 con trabajadores de 53 países por medio de entrevistas (n=14993) y grupo de discusión en Norteamérica, Sudamérica, Europa y Nueva Zelanda.

[52] Kadushin (1990) indica que, en un contexto clínico, la comunicación no verbal ayuda a interpretar la comunicación en el canal verbal (la impuntualidad, no acudir a las citas, presentarse fuera de horario). Para este autor la ordenación o el manejo del tiempo es un acto de comunicación no verbal y la cultura comunica mucho al respecto, hay diferencias culturales en cuanto a la percepción del tiempo y lo que se espera de él. En el contexto clínico la ordenación del tiempo se señala claramente. Hay cuestiones implícitas de poder y de estatus en la ordenación de ese tiempo y contra la rigidez de ese tiempo, de los horarios, se ven prácticas de resistencia, como mecanismos de defensa, que son más llamativas en unos grupos étnicos que en otros.

5. LOS CAMBIOS DE ROL

5.1. Entre la percepción de la diferencia y la igualdad de género

Las mujeres migrantes pueden tener la creencia de que el igualitarismo entre géneros es un principio, y que la adopción de actitudes más igualitarias entre mujeres y hombres es la norma. La percepción de las diferencias de género puede ser una percepción grupal lo que se percibe que sucede a las mujeres en general) o bien individual (la percepción de experiencias personales), y ambas percepciones no necesariamente pueden coincidir. De este modo, puede compartirse la creencia sobre la existencia de una mayor igualdad de género en las sociedades desarrolladas de los países receptores. La situación social de las sociedades receptoras puede ser un nuevo escenario de opciones y oportunidades para las mujeres en relación a sus contextos de origen, que se percibe como más cargado de prejuicios tradicionales. Así, las mujeres migrantes pueden contrastar hábitos, costumbres y situaciones nuevas en relación con sus países, lo que puede ir conformando nuevas expectativas de relación, donde las mujeres están menos subordinadas a los hombres y éstos ejercen menos control sobre las mujeres.

Refiriéndose a las mujeres migrantes en general, del Fresno (2011) destaca la paradoja de cómo combinar sus valores de origen (se ven como mujeres con menos derechos y oportunidades que las nativas) con otros valores dominantes de la sociedad en la que se desenvuelven, desde la cual ellas pueden cuestionarse los roles socialmente asignados y sus dificultades de emancipación. Los roles de género cambian con el proceso de aculturación que usualmente refleja una modificación de los valores tradicionales hacia valores más flexibles. Las mujeres que han pasado por este proceso de aculturación tienen que enfrentarse a múltiples ajustes psicosociales, cambio de valores, de formas de expresión, de estructurar y funcionamiento familiar, de identidad, tienen además que adaptarse a un sistema laboral diferente, a problemas raciales, así, la integración a una nueva cultura implica la internalización de estas nuevas normas sociales (Inclán et al., 2012).

Desde esta visión de género, se entiende la discriminación como producto de un sistema de relaciones de poder asimétrico y rígido, que determina que las mujeres ocupen siempre un lugar de inferioridad respecto de los hombres. Abarca todos los ámbitos de la vida (jurídicos, culturales, sociales, políticos y religiosos), hecho que potencia la discriminación y acrecienta las dificultades para superarla. Se ven marginadas en lo social, y en lo económico, donde domina la cultura patriarcal y la violencia privada y pública, desde donde también contemplan y critican los aspectos del rol de género masculino tradicional. Como contraposición, Beck y Beck-Gernsheim (2012) sostienen, que los representantes de la sociedad mayoritaria suelen

sostener que las familias migrantes son patriarcales, y los hombres autoritarios y misóginos. Los pensamientos acerca de rol de género femenino tradicional y las creencias irracionales en las representaciones de este rol responden a los mensajes recibidos e interiorizados a través del proceso de socialización como madres, esposas e hijas (Lega et al., 2009).

Así, las mujeres migrantes se mueven entre códigos de género tradicional e igualitario, para Hochschild (2008) el tradicional es el que marca las diferencias y establece reglas asimétricas, asumiendo el hecho de que las mujeres tengan menos poder que los hombres, y los hombres obtienen el poder, no solo a través de su posición social, sino fundamentalmente, a través de las relaciones en el seno de la familia. Beck y Beck-Gernsheim (2012) afirman que cuanto más se aproximan dos mundos más chocan los valores, unos hacen de la igualdad de oportunidades la norma de la vida familiar, otros ven en ella un error, hasta un atentado contra el orden natural del mundo[53]. Señalan, además (pp. 166), el desigual reparto de derechos y obligaciones, las enormes diferencias entre mujeres y hombres, entre padres e hijos, desigualdades que se desplazan al interior de la familia *"jerarquías en lugar de igualdad y subordinación en lugar de independencia"*.

Las tendencias recientes de las elecciones de estilos de vida de las mujeres en las sociedades modernas van cambiando, pero aun así, en sus países, las mujeres asumen el rol hacia sus familias de origen, además del rol de sacrificio y la responsabilidad asociados al cuidado de sus propias parejas e hijos y asumen el rol de autoridad que portan los hombres dentro de la familia. La creencia es que en la sociedad a la que han migrado las mujeres son protagonistas de relaciones de más reciprocidad en contraste con las relaciones de género en sus países, más asimétricas en relación al control y la subordinación, por los valores étnicos o religiosos que ponen a los padres como jefes de la familia y, por los valores patriarcales que imponen la autoridad y respeto para los hombres, muy arraigados en muchas culturas tradicionales, como también en algunos recientes movimientos masculinos fundamentalistas (Walsh, 2004). Desde esta perspectiva, el estudio de Hakim (2005) clasifica los estilos de vida de las mujeres en aquellos centrados en una carrera en la esfera pública, o una vida centrada en el hogar y la vida familiar o, una combinación de ambas. Por ejemplo, respecto a la centralidad del trabajo, las mujeres pueden estar focalizadas en su carrera o no, pueden preferir el modelo igualitario de roles familiares, puede que quieran tener hijos o no y, pueden también creer, que los hijos no afectarán a las relaciones familiares y, destaca, como hay una idea generalizada que habla del supuesto de que las mujeres centradas en el hogar son conservadoras, tradicionalistas y poco instruidas. Tradicionalmente se ensalza el papel de la mujer como madre y la falta de acceso a la educación es un medio eficaz de mantener a las mujeres en el hogar y socialmente subordinadas.

Se puede utilizar como ejemplo el hecho de que en los países de procedencia de las mujeres latinas es común emparejarse y tener hijos muy jóvenes, pierden oportunidades por tener que asumir responsabilidades familiares tempranas (dejan de estudiar y se dedican a cuidar)[54], no obstante, en sus países la maternidad es un rol prioritario que contrasta con la creencia de que las mujeres cualificadas nativas están más centradas en su trabajo que en su familia. Puede que emparejarse muy joven responda

[53] En las comunidades más tradicionales el honor de un individuo está siempre en juego. El honor es un elemento competitivo, supone la existencia de una jerarquía social y prescribe el comportamiento de las personas, está vinculado a las relaciones entre géneros (constricciones impuestas a la mujer). Esta dinámica social competitiva entre los individuos o las familias está directamente relacionada con el rol masculino. Un hombre de honor es aquel que se muestra capaz de mantener el prestigio dentro de la comunidad, pero ello dependerá de que sus vecinos, amigos, conocidos, rivales y enemigos juzguen que ha cumplido con los papeles que se le asignaron públicamente (Bestard, 1998).

[54] La educación es un mecanismo de modernización de secularización y de cambio social, las mujeres dejan de estar excluidas y se eliminan las diferencias (Hakim, 2005).

también a una ansiada forma de reparación de sus carencias infantiles, o de salir de relaciones familiares conflictivas tratando de formar su propia familia y tener *"a quien querer",* pero se ven obligadas a las responsabilidades del embarazo y de la maternidad y esto las hace vulnerables al fracaso, a ser abandonadas por sus parejas y por sus propias familias de origen. Las madres jóvenes y adolescentes en estas circunstancias pueden estar muy estigmatizadas y sus hijos también[55]. Juliano (2010, p. 50) refiere como la maternidad en solitario provoca rechazo social y retirada de apoyo por la familia de origen. Estas madres asumen solas, además del rechazo, el peso de sostener a sus hijos y no poder contar con el apoyo emocional de las demás madres. La circunstancia de madres solteras, prosigue, restringe sus posibilidades laborales y la estigmatización que conlleva las condiciona a ocuparse en actividades como la prostitución, intentando mantener a sus hijos alejados de la vida que impone esta actividad. En muchos casos la situación de abandono por sus parejas es lo que las obliga a trabajar por el bienestar de sus hijos (Gómez Montoya et al., 2011).

Pero estas creencias sobre el acceso al mundo laboral, el poder centrarse en el trabajo, si así lo quieren, el cambio respecto a los roles sexuales y las normas sobre los roles familiares pueden ser engañosos respecto al igualitarismo. De este modo, Hakim (2005)[56] constata una vez más el hecho de que los hombres no contribuyen al trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, y señala la falta de recursos sociales que apoyen a las familias y a las madres trabajadoras (situación más evidentes en sus países de origen pero sacadas del contexto europeo de su análisis)[57]. Las mujeres no disfrutan, en palabras de esta autora, del nivel de prosperidad que propicia un cambio cualitativo en la cultura, creando una situación en la que la gente cree que puede decidir libremente sus estilos de vida. Puede haber conductas que se desaprueban para las mujeres relacionadas con el trabajo remunerado y la vida familiar (preferencias no solo en cuestiones familiares sino en el empleo, los modelos de familia y los roles sexuales). Se puede mostrar ambivalencia respecto del derecho de las mujeres a participar en el mercado de trabajo, frente a la convicción de que las responsabilidades de la mujer, particularmente el cuidado de los hijos menores, es lo primero, destacando la idea de que aquí las mujeres se pueden permitir tener un empleo como una alternativa al matrimonio (o al menos un equilibrio entre ambos). Deben considerarse otros factores en el contexto familiar que definen las metas de las mujeres, pero esta autora resalta que la revolución de la igualdad de oportunidades, también ha garantizado por primera vez en la historia, un acceso igualitario al mercado de trabajo y a la legislación que prohíbe la discriminación por sexo, y, los cambios en las actitudes, los valores y las preferencias personales. Se puede afirmar, por ejemplo, que es una época de exploración sexual sin precedentes, basados en las técnicas anticonceptivas y el cuestionamiento de los valores tradicionales. Hakim (2005, pp. 67-68) afirma que la disminución del compromiso masculino con el trabajo y el aumento del compromiso femenino indica un proceso de igualar estilos de vida y valores entre hombres y mujeres "*la mujeres están aprendiendo a trabajar y los hombres a jugar*". Las personas adaptativas, que dividen su tiempo y esfuerzos entre el mundo público del mercado y el mundo privado de la familia han de hacer malabarismos con dos sistemas de valores enfrentados, aun así, la entrada de la mujer en la esfera pública no se ha correspondido con la entrada del hombre en el ámbito privado (tareas domésticas, cuidado hijos, etc.), persisten las desigualdades y los estereotipos tradicionales. Hombres y mujeres se ajustan a estereotipos que no corresponden con las características del modo de vida familiar

[55] Los datos estadísticos destacan el alto porcentaje de tasas de embarazo en las mujeres latinas en general y de las mujeres latinas adolescentes en particular.

[56] Orientaciones hacia el empleo y los roles familiares basadas en dos encuestas comparativas a mujeres y hombres de España y Gran Bretaña durante el periodo 1998-2003.

[57] En los roles familiares genuinamente simétricos señala Hakim (2005) el cometido del marido es ganar dinero y el de la mujer cuidar de la casa y la familia Frente a posiciones igualitarias donde los adultos sanos trabajan de por vida y los servicios públicos se ocupan del cuidado de los hijos pero, por lo general, es la mujer la que asume la responsabilidad principal del trabajo doméstico y el trabajo familiar.

actual, son comportamientos y creencias que no encajan y provocan conflictos. Así, muchas de las tensiones que aparecen surgen por las dificultades para los hombres de aceptar a las mujeres con independencia intelectual y económica. Las parejas pueden defender ideas incompatibles y contradictorias y lograr vivir con las contradicciones estableciendo distinciones claras y compartimentando sus ideas.

Partiendo de la premisa de la estereotipada diferencia de género masculinidad versus feminidad, es decir, la autonomía, la fuerza, la competitividad, la obtención de logros individuales y la autorrealización, frente a la fidelidad, cuidado, entrega y afectividad, para las mujeres, la maternidad y los logros familiares, marcaría su realización como tales en un escenario de entrega total. En general, a nivel de roles sociales, los masculinos se caracterizan por su carácter instrumental y, los femeninos, por su carácter expresivo, que explicaría la centralidad de las mujeres en mantenimiento y sostén de la armonía grupal y las necesidades afectivas que han marcado clásicamente las expectativas de roles de género y la conducta emocional (Juliano, 2010; Vergara & Páez, 1989), los estudios muestran como las mujeres valoran más que los hombres la proximidad y la intimidad para definir sus relaciones como satisfactorias En este sentido, Vergara y Páez (1989, p. 241) señalan que "*por su estatus subordinado y por el tipo de tareas sociales que desempeñan las mujeres están más expuestas a ser blanco de la descarga emocional negativa*", una forma de reacción funcional o de afrontamiento adaptativo es la utilización de emociones positivas como defensa. Si se considera que las mujeres son más débiles, menos racionales y menos afirmativas, no sólo se señalan las supuestas diferencias, sino que éstas son connotadas negativamente.

En esta línea de la división tradicional de los roles de género, las mujeres son propensas a sobrecargarse, agotarse y actuar sin apoyo mientras sus parejas se mantienen en la periferia. Las mujeres son más propensas a expresar un sentimiento de preocupación y responsabilidad para el bienestar de los demás[58]. Cualquiera que sea la crisis o el miembro de la familia afectado por ella, las mujeres tienden a asumir la mayor parte de exigencias relacionadas con la prestación de cuidado Las familias que funcionan bien no están tan marcadas por los estereotipos de género, tanto en la relación de pareja como en la crianza de los hijos (Walhs, 2004).

Por último, y en palabras de Hochschild (2008, p. 90), la cultura de género está influida por la conexión entre el presente y el pasado, por el *"peso cultural"*, algunas nociones culturales refuerzan las desigualdades, otras las debilitan, y estas mujeres se mueven en esta ambivalencia entre la tradición y la adaptación, entre la subordinación tradicional y el presente ganando autonomía. Pero la idea que se quiere destacar es sencilla y está relacionada con oportunidades laborales y la participación más activa de los hombres en las tareas domésticas. Las cuestiones que hacen referencia a la igualdad de género son cuestiones relativas a la libertad en general, en definitiva, elegir cómo vivir su propia vida.

[58] El estudio llevado a cabo por Offer y Schnnieder (2011) basado en datos de 500 familias norteamericanas (402 madres y 291 padres) concluye que, pensar en asuntos familiares provoca estrés en las madres trabajadoras, no así en los padres. Las madres tienen más estrés porque piensan más en cuestiones familiares, tienen más estrés por este trabajo intelectual, así como más emociones negativas. Como asumen más responsabilidades en el cuidado de los hijos y la casa, cuando piensan en cuestiones relacionadas con la familia, lo hacen centrándose en aspectos negativos, siendo más propensas a preocuparse. Esta autora sostiene que al margen del trabajo físico doméstico, gran parte de este trabajo es mental, las mujeres están preocupadas por cuestiones familiares y eso perjudica llegando a afectar a sus tareas. Pensar negativamente en cuestiones relacionadas con la familia influye negativamente en el bienestar de las mujeres pero no en los hombres. Realmente las madres son las que compatibilizan su horario de trabajo y familia, por eso quizá sientan que no dedican suficiente tiempo ni a su familia ni a su trabajo, sintiendo la presión de querer ser buenas madres y buenas trabajadoras. Parece, según estas autoras, que los padres tienen mayor capacidad para trazar un límite entre trabajo y familia.

5.2. El crecimiento psicológico y la valoración social

Por todo lo expuesto, cabría pensar que la migración supone un cambio importante en la posición que ocupan las mujeres frente a sus familias, para ganar autoestima, poder de decisión, libertad y relaciones más igualitarias, sensación que podría ser una constante aun en los casos donde no se han cumplido las expectativas, y aunque el deseo sea volver encontrarían más oportunidades en general para el desarrollo personal. El modelo igualitario proporciona pautas sociales que establecen reglas en el seno de la familia, y fuera de ella, respecto a la jerarquía y el manejo de poder. Las mujeres pueden salir ganando en múltiples aspectos, no sólo en el sentido económico sino también en su vida personal. Se han descrito las implicaciones negativas de la migración para las mujeres, las dificultades de adaptación, de discriminación, de desarraigo y de indefensión entre otras, pero también se quiere resaltar las implicaciones de un entorno cultural más abierto, entorno que les permitiría decidir sobre sus condiciones de vida, sus aspiraciones y lo que consideran debe ser su papel, y que acabaría con el aislamiento, las prohibiciones y las prioridades masculinas (se sabe que muchas mujeres abandonan sus países huyendo de situaciones de alta conflictividad). La adaptación parecería más fácil si se encuentran normas sociales, sexuales y religiosas menos estrictas, aunque posiblemente nunca se podrá prescindir de los condicionantes culturales, que pueden aparecer con fuerza cuando hay conflictos.

Con la migración pueden sentirse mujeres trabajadoras e independientes que encuentran en su actividad económica una fuente de autonomía personal y reconocimiento y que a pesar de las situaciones de precariedad emocional por las separaciones, y la precariedad económica por el trabajo que realizan, es una opción en la que logran valoración y prestigio. Las mujeres migrantes han dejado de ser económicamente dependientes y contribuyen con una participación no igual, sino exclusiva, en muchos casos, en los gastos familiares. La mayoría rechaza la rígida separación de los roles sexuales que asigna el rol de sustentador a los hombres y el de ama de casa a las mujeres. Muchas de estas mujeres que trabajan con jornadas largas han logrado que sus parejas (y también sus hijos varones) asuman parte de las responsabilices domésticas, tareas, que como señala Gil Araujo (2010), en sus países de origen eran exclusivamente responsabilidad femenina. Las estrategias de las familias cambian y se adaptan, en las familias tradicionales la función de la pareja era por la parte masculina el poder y por la parte femenina la maternidad, ahora se busca amistad, apoyo, relaciones sexuales gratificantes, entre otras cuestiones. El lugar de la mujer ya no está predeterminado por el orden social, no está condicionada por las prohibiciones que impone un marco colectivo ni por las costumbres o el permanente peso del control social, estas mujeres pueden verse favorecidas respecto a las mujeres de origen, y respecto a las mujeres de sus familias, percibiendo más oportunidades y derechos. Así Hochschild (2008, pp. 173-174) destaca que frente a las mujeres, los hombres han ido perdiendo los privilegios de sus padres y se sienten por tanto más desfavorecidos que éstos: "*las mujeres han salido del ámbito doméstico, han ido incorporándose al ámbito público y perciben estos cambios como mejoras, en tanto que los hombres perciben esto cambios como pérdidas*". Surgen conflictos de las contradicciones de las relaciones de género como consecuencia de la repercusión de estos cambios sociales.

El reconocimiento familiar es básico, la sensibilidad a la opinión familiar y el papel que esta opinión juega en el bienestar de las personas es una cuestión, se puede decir, universal. Las mujeres migrantes rompen estereotipos y prejuicios de género consiguiendo respeto y consideración por parte de su grupo familiar, pueden alcanzar representación y movilidad social positiva contrapuesta a la imagen tradicional de sumisión, conformidad y falta de iniciativa, su actitud emprendedora supone autoestima y empoderamiento de género. Bertino et al. (2006) destacan la importancia de rescatar estos aspectos positivos, no sólo desde una perspectiva económica sino desde el enriquecimiento psicológico y cultural

que la experiencia puede generarles, proporcionando oportunidades para el crecimiento personal y profesional. Desde esta idea, la comparación social ventajosa se produce cuando han conseguido distanciarse de las características de la vida en origen, esta comparación propicia esta imagen positiva ante sí mismas y su endogrupo y minimiza las experiencias negativas a cambio de los logros conseguidos.

Las remesas enviadas a la familia están directamente relacionadas con esta valoración y proporcionan un sentido de pertenencia y estatus para ellas y de prestigio para las familias en origen. Destacar, asimismo, que los proyectos individuales están en relación con la posición en la familia de origen, si ésta es favorable el sentimiento de satisfacción en destino será más alto porque no se está bajo la presión de dos circunstancias importantes, la reagrupación familiar por un lado y, las remesas periódicas por otro, es decir, la dependencia económica de la familia de origen. Vivir adecuadamente en el país de destino está en relación con fantasías individuales y familiares que no siempre coinciden y como señalan Boszormenyi-Nagy y Spark (2012, p. 411): "*las pautas de lealtades invisibles determinan el contexto relacional en el cual un individuo se ve capacitado u obstaculizado en sus aspiraciones vitales".* Respecto a las posibilidades de formación tanto para ellas como para sus hijas e hijos, se utiliza de nuevo la perspectiva señalada por Hakim (2005) de como la educación siempre se obtiene como una inversión para el empleo futuro. La educación y la clase social, son los principales determinantes del interés en una carrera laboral de por vida. Pueden pertenecer a países donde las hijas reciben menos educación que los hijos o las amas de casa son menos instruidas que sus maridos, la inmigración conlleva buscar, la igualdad de oportunidades en la educación para sus hijas e hijos, saben que el sistema educativo es el camino hacia la movilidad social ascendente a través del mercado de trabajo.

Entre las mejoras en su posición se quiere destacar la autoestima en el sentido de ganar en confianza en sí mismas, al menos en determinados momentos del proceso. La autoestima también está en relación con sus familias de origen, en referencia a si han podido vivir sentimientos de pertenencia y seguridad que han contribuido al desarrollo de su identidad personal y a su adaptación social, las prácticas educativas que han tenido en sus familias de origen van a influir en este proceso, junto al apoyo percibido y al tipo de sucesos que han vivido. La confianza de estas mujeres estaría en relación con poder para decidir en multitud de asuntos domésticos, en ausencia o al margen de sus parejas. Así mismo, la autoestima deriva en muchos casos de la fuerza para proteger a sus familias, para resistir la dureza de la experiencia y la capacidad tanto de rehacerse como de rehacer su vida social en otro contexto, organizarse en un entorno desconocido, poder seguir su ritmo de vida y costumbres, además del grado de individuación que logran respecto del núcleo familiar (quizá imposible de seguir en sus países), en definitiva buscar beneficios y significados positivos a la experiencia vivida. Estas madres "*víctimas voluntarias*" en palabras de Boszormenyi-Nagy y Spark (2012, p. 191) consiguen mayor poder social; de su sacrificio, posiblemente, resulte la fuerza de más cohesión y la influencia que más control ejerce dentro de la familia, hay una cuestión de "dar y tomar" entre ambos grupos, los que migraron y los que no, estas mujeres necesitan a los que no migraron para cuidar de los parientes que permanecen en origen pero, según Levitt (2010, p. 23), *"los no migrantes necesitan a los migrantes para el apoyo económico y por su potencial rol de hacer realidad los sueños de migrar de otros. A lo largo del tiempo, sin embargo, el depósito cultural al que cada uno recurre para construir género, generación y moralidad cambia. (…). Surgen asimetrías a causa de las diferenciadas referencias y significados culturales utilizados por cada grupo".*

5.3. La discriminación y el trato indigno

El trato indigno es el resultado de una serie de acciones continuadas en el tiempo, que producen en el individuo que las sufre una serie de alteraciones que pueden afectar profundamente a su equilibrio, a su salud mental y a su salud física. Son numerosas las situaciones de trato indigno que poseen estas características, y entre los grupos más propensos a ser víctimas de trato indigno, está la población inmigrante. Siguiendo el enfoque de Medina, Moreno y Lillo (2004) la dignidad es un estado de equilibrio entre la autoestima y la confirmación de los demás, así como de las circunstancias que nos envuelven y dan sentido a la vida, el reconocimiento de la dignidad tiene que ver con la posibilidad de ser uno mismo, con la identidad. Estos autores señalan que los maltratos a la dignidad requieren la previa existencia de cierta relación de dependencia con aquel que maltrata, el trato indigno sobre una persona, lo es, porque se le está tratando obviando su característica más esencial, la individualidad. En las distintas formas de trato indigno no sólo se afecta a la integridad moral externa de las personas, es decir, su imagen, sino la integridad moral interna que se constituye desde la autoestima. Imagen y autoestima se retroalimentan, por eso la destrucción moral comienza siempre en la imagen (espacio público) y termina socavando el espacio interior (ámbito privado). No hay conciencia de integridad moral si no hay reconocimiento externo de ella. Cuando existen espacios sociales que no respetan la autonomía moral, se pierde el significado del Yo, porque desaparecen los espacios comunes, que son los que definen el verdadero sentido de ser ciudadano. También añaden, Medina et al. (2004), que las personas se hacen más complejas a base de luchar contra los estereotipos y de ampliar los horizontes de sus deseos de enriquecimiento personal. El mantenimiento de la dignidad tiene que estar revalidado en el trato con el otro, es en las relaciones interpersonales donde se resume la práctica del reconocimiento de la dignidad y, por lo tanto, de la afirmación del derecho del otro a la autorrealización. Los ataques a la dignidad lo son a la libertad porque obstaculizan la autonomía del individuo a lo largo de su existencia.

En el estudio de Aierdi, Basabe, Blanco y Olegada (2008) se señala como la percepción de discriminación es un elemento crucial para valorar el grado de integración de la población inmigrante. En el ámbito individual, las experiencias de discriminación pueden dificultar la integración personal. La percepción de discriminación juega un papel importante sobre la calidad de vida subjetiva de los inmigrantes, de manera que las experiencias personales de discriminación disminuyen el bienestar individual. Como colectivo, la percepción de discriminación suele ser mayor entre las personas con una fuerte identidad étnica, es probable que las experiencias negativas se expliquen y atribuyan al prejuicio contra el propio grupo si se posee una fuerte identidad endogrupal. Esto facilita las experiencias grupales de defensa de la identidad y de movilización social, y refuerza la autoestima colectiva (Bobowik, Basabe & Páez, 2014). Las experiencias de ser víctimas de prejuicio entre las minorías étnicas pueden reforzar los vínculos étnicos y a la vez dificultar los procesos de integración social y cultural. Pereda et al. (2010) destacan como la discriminación provoca el repliegue entre familiares o personas del mismo origen ante actitudes de rechazo de los nativos, este repliegue en lo propio es característico de los primeros años de estancia. Destacan estos autores en su investigación[59] como el repliegue etno-cultural es defensivo y responde a las prácticas de discriminación o racismo de los autóctonos, y se minimiza con prácticas de ocultación, docilidad o simulación con el fin de obtener reconocimiento[60]. Estos autores hablan de "*ciudadanía recluida*", de colectivos que optan por

[59] Discursos de inmigrantes sobre su instalación en España sobre una muestra de 22 grupos de discusión (90 mujeres y 72 hombres) procedentes de Europa del Este, Latinoamérica, África Subsahariana y Asia en diferentes circunstancias administrativas, laborales y familiares

[60] Falicov (2008, p. 37) desde un entorno clínico refiere como los pacientes inmigrantes pueden definirse como más "*modernos*" de lo que realmente son, en parte porque asumen la tendencia de los terapeutas y esconder experiencias de discriminación que hayan podido soportar por temor a ser vistos como desagradecidos al país de acogida.

reducir al mínimo los contactos con la sociedad mayoritaria, típico de los grupos con patrón cultural distante, situación que puede ubicarse dentro de la segregación escolar, residencial, sanitaria y laboral, en el marco de una política de inmigración restrictiva.

La noción de vulnerabilidad sirve para identificar grupos que se hallan en situación de riesgo social y que debido a factores propios de su ambiente doméstico o comunitario, son más propensos a presentar conductas anómicas (violencia, adicciones) o experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros (maltrato) o tener desempeños deficientes en esferas claves para la inserción (la escuela, el trabajo o las relaciones interpersonales). Los colectivos que comparten algún atributo básico común (edad, sexo, condición étnica), por esa vulnerabilidad tienen mayor probabilidad de ser objeto de algún suceso dañino (Ruiz Olabuenaga, 2007). Desde esta perspectiva Aierdi et al. (2012) en su estudio sobre las mujeres inmigrantes en la sociedad vasca destacan que "*las mujeres extranjeras declaran haber sufrido más situaciones de discriminación que los hombres: 20% de las mujeres extranjeras afirma haber tenido alguna experiencia discriminatoria frente al 18% de los hombres. Además, entre las mujeres la cifra de quienes califican la discriminación como grave prácticamente duplica a la que ofrecen los hombres: 8% frente al 4.5%"*.

La cultura afecta a las relaciones de género e intergeracionales, los cambios representan desafíos en las relaciones por la tensión, en parte, entre tradición y modernidad, responden a conflictos de intereses, a relaciones jerarquizadas, en las familias hay diferentes capacidades de negociación, diferentes posiciones en las relaciones de poder (Parella & Cavalcanti, 2008). Migrar como mujer sola puede ser desaprobado por la familia, son mujeres que se arriesgan a ser juzgadas negativamente por el discurso social patriarcal que critica y degrada la reputación de las mujeres independientes (Falicov, 2008). Existen reglas implícitas que prohíben determinados comportamientos en las mujeres[61]. Por una parte, se aplica el mismo equilibrio de prioridades laborales y familiares a mujeres y hombres al haber roto los roles tradicionales de género, pero, por otra, en el entorno tradicional, el clima de opinión puede ser desfavorable para las aspiraciones de las mujeres, considerándolas irresponsables por la forma de comportarse y sufrir las acciones de los demás por tal comportamiento (Hochschild, 2008). La capacidad personal se puede ver limitada por obligaciones familiares de las que pueden buscar distanciarse, puede que los roles de género impuestos, que las hacen percibirse y ser percibidas más negativamente, estén entre las motivaciones para salir, incluso la discriminación racial o de género puede que se solapen e impidan poder continuar un proyecto de vida. A este respecto para Pereda et al. (2010, p. 77) las intersecciones entre clasismo, machismo y racismo "*siguen presentes en la mentalidad y el comportamiento (…), como se comprueba en los caso de maltrato a mujeres o en el racismo hacia los inmigrantes. Los jóvenes llegados de pequeños o los nacidos en España defienden el intercambio amistoso entre personas procedentes de diferentes países (…) como el mejor acelerador de una mentalidad abierta, respetuosa pero a la vez crítica y autocrítica de las diversas tradiciones"*.

Las experiencias vividas en relación con las diferencias de género y las experiencias de sexismo que provocan situaciones de conflictividad, maltrato son relatadas por Beck y Beck-Gernsheim (2012, p. 125) como experiencias de degradación, de humillación, de infelicidad y opresión dentro de la familia. Estas mujeres que desarrollan la adaptación por su "*resignación y fatalismo*" en sus países de origen y cambian cuando han podido salir y así reconocer y mirar con distancias estas situaciones. Pero la discriminación de género persiste en destino y se relaciona con los mismos factores de desigualdad en la asignación de poder,

[61]Falicov (2008) destaca el estudio de Hirsch (2003) estudio que compara parejas que viven en Jalisco (México) con otras de la misma ciudad pero que migraron a Atlanta, concluye el estudio que las diferencias entre ambas comunidades en lo referente, por ejemplo, a oportunidades económicas, control de la natalidad y protección legal contra la violencia intrafamiliar, facilitaban un modelo de pareja más moderno basado en mayor confianza, intimidad y mutualidad que las parejas que vivían en México.

en los riesgos de la reproducción, en la falta de autonomía en la sexualidad, en el desempleo, en la división sexual del trabajo, en la falta de educación y en la imposibilidad de acceder a los recursos en los mismos términos que el resto de la población, afectando a su identidad, lo que las hace a su vez también más vulnerables a la violencia de género. En los datos sobre esta violencia de género se destaca el incremento del maltrato y de las agresiones a las mujeres extranjeras, las causas de esta incidencia del machismo violento tiene que ver, en parte, con la desprotección, la tolerancia a la violencia, deriva de la falta de redes sociales y de la dependencia económica y emocional. Están lejos de su país y de sus familias, la cultura de desigualdad entre hombres y mujeres puede ser muy acusada en sus países. Esta violencia es una manifestación más de la situación de desigualdad además. Se puede cuestionar en qué medida contribuyen los factores culturales, pero parece claro que las mujeres extranjeras son más vulnerables que las nativas, en los datos que recoge Emakunde la tasa de violencia de género es cinco veces superior a la de las nativas (Escudero, 2011; Moran, 2011).

Beck y Beck-Gernsheim (2012, p. 216) en relación a las empleadas domésticas migrantes constatan que su relación con las familias para las que trabajan es asimétrica, se hallan en una situación de dependencia tal que pueden ser objeto de explotación. Las familias de unos y de otros están ligadas pero al mismo tiempo separadas por una inmensa distancia. En el mismo sentido Oso Casas (2010) señala en relación a la sobreexplotación característica de este sector, sobre todo de las empleadas internas, que su "*atadura*" al envío de remesas precariza su calidad de vida y que por el hecho de trabajar como internas están más expuestas a prácticas discriminatorias y a relaciones de dominación. Paradójicamente, prosigue, en sus países son las jefas de hogares transnacionales y pioneras de cadenas migratorias familiares y, lo son, a través del servicio doméstico, principal puerta de entrada de la inmigración de mujeres latinoamericanas, utilizan este trabajo como una situación temporal, como la primera ocupación que garantiza al inicio alojamiento y manutención, pero, asimismo destaca, como el servicio doméstico interno es un trabajo desvalorizado que hace que las mujeres se resientan y lo vivan negativamente.

Estas mujeres son claves en la vida diaria de muchas familias, pero no por ello dejan de estar excluidas. Ya sea porque pasan años en el país de acogida de forma ilegal y en segundo lugar porque el mundo y los hijos de estas mujeres permanecen para sus empleadores en la oscuridad. Boszormenyi-Nagy y Spark (2012, pp. 44-45) recuerdan como el exogrupo es blanco de prejuicios, los nativos resentidos por su presencia y al mismo tiempo necesitados de ellos. La historia de la humanidad es la historia de una división entre el endogrupo y los de afuera (la otredad), sin la oportunidad de confrontarse el endogrupo pierde el vigor que lo lleva a funcionar. Sabemos que somos diferentes que hay una frontera que separa el endogrupo del exogrupo sentimos que nosotros formamos un grupo separado de "*ellos*", tenemos en cuenta lo que "*nosotros*" hacemos por "ellos" y lo que ellos hacen por nosotros, subrayan el aspecto factico importante de esta frontera "*el del toma y daca*".

Para identificar las fronteras intergrupales y prácticas discriminatorias sufridas por las "*minorías visibles*", Delgado (2007, pp. 193-195) señala que el no pasar inadvertidos, llevar en *"tu cuerpo"* el mensaje soy extranjero, "inmigrante pobre", no un extranjero cualquiera, describe la sensación de no estar a la altura, de vivir en el mundo de otros. "*Un étnico*" siempre es visible no puede dejar de sentirse discriminado. Este es el acto primordial del racismo contra ciertas personas calificadas de "*diferentes*" la imposibilidad de pasar desapercibidas, están obligadas a exhibir lo que los demás pueden mantener oculto o disimular. Expuestas a la mirada pública, deben pasar tiempo informando sobre su identidad, estos inmigrantes étnicos hacen inviable el ejercicio del anonimato, para este autor "*recurso básico del que se deriva el ejercicio de los fundamentos mismos de la democracia*". Rechazados por razones fenotípicas o culturales apartados al nivel más bajo de la escala social (Parella & Cavalcanti, 2008) y para Beck y Beck-

Gernsheim (2012, p. 222) *"más o menos un nombre, rasgos faciales, gestos, vestimenta que se apartan de la normalidad, lo que se trasforma en el mensaje esta persona no es de aquí, no es uno de nosotros".* Los problemas de integración que afectan a las minorías étnicas son más manifiestas, la discriminación es humillante para quien la padece y la relativa al aspecto aumentan el sentimiento de rechazo y exclusión. Quienes pertenecen a una identidad "marcada" pueden ver cosas que no ven los otros, aquellos que se creen libres de identidad porque la suya al ser dominante es invisible[62].

Si nos centramos en épocas de crisis y recensión como la actual, la mirada hacia el emigrante se torna amenazante, se le ve en definitiva como un competidor en cuestiones de trabajo y en cuestiones de políticas de protección (Bauman, 2005). En situación de crisis económica los inmigrantes son las primeras víctimas del rechazo de la población nativa que se justifica por la saturación del mercado laboral y la percepción de los nativos es que los inmigrantes incrementar el paro y generar tensiones sociales. La xenofobia sobre todo avanza si hay rivalidad en el mundo laboral, Bauman (2006, p. 13) destaca "*el Estado social como un privilegio que debe defenderse a toda consta de los intrusos que desean saquearlo o reducir todavía más sus prestaciones"*. El coste de recursos sociales influye en la percepción de la inmigración en los países receptores, así estar en paro se asemeja cada vez más a sobrar, a superfluo, significa estar situados al margen de cualquier clase, a los que no corresponde ninguna de las funciones aprobadas útiles e indispensables que desempeñan los ciudadanos "normales". Así, los emigrantes se convierten en válvulas de escape de los temores y ansiedades que resurgen en forma de resentimiento y de miedo. Las actitudes negativas hacia atributos sociales y culturales, o las presunciones sobre la personalidad o motivación, tienen una repercusión evidente. Las personas inmigrantes, a veces, se sienten indefensas, excluidas culturalmente y sufren el estigma adicional de ser culpabilizadas por su condición social, nadie está libre de prejuicios.

Por último, se recoge lo señalado por Ruiz Olabuenaga (2007, p. 174) sobre las circunstancias que marcan la interacción entre autóctonos e inmigrantes: "*Los intereses comunes básicos son de orden económico (situarse en igualdad de condiciones en el mercado de trabajo y eliminar la discriminación), de orden social (lograr en igualdad de condiciones la promoción individual, la movilidad en la estructura ocupacional, o estatus social) y de orden político (participación política, voto para todos los habitantes) para manifestarse en el orden cultural en forma de identidad de grupo (minoritario) ante el mayoritario o dominante; o bien en la construcción de una identidad colectiva (…) a partir de la participación y acción conjunta de los miembros en un espacio trasnacional, también en términos de igualdad*".

[62] Sánchez-Leyva, Saiz, Fouce & Gómez (2010, p. 62) en su investigación sobre la representación mediática de las mujeres inmigrantes en el discurso informativo televisivo, y su relación con los discursos sociales de la población española respecto de la mujer latina, la descripción es la siguiente: "*la reconocemos como tal por ciertos rasgos físicos que la asocian con lo indígena (…). Estos rasgos son los ojos rasgados y pequeños, la piel mate, el cabello oscuro, lacio y tomado en una coleta, baja estatura; además de ciertos rasgos vinculados también con el mundo africano: cuerpos exuberantes, piel morena. (…) se muestran (verbalmente o con imágenes) ligadas a determinados lugares (discotecas, filas de comisaria, mercados) y a ciertos trabajos (cuidando ancianos, empleadas de hogar, prostitución). Cuando se representan desde los espacios de lo privado, aparecen como madres o víctimas de los malos tratos (…). Esta caracterización está vinculada con una imagen de de la mujer tradicional, indefensa, atrapada por su situación ilegal; de la mujer sensual, exuberante; y de la mujer tradicional trabajadora. Incluso en tanto prostituta se apela a una imagen tradicional, ya que se explica ese trabajo en función del propósito de ayudar a la familia, proceso en el cual es engañada, victima, explotada. Todas son pobres. En la muestra no observamos noticias que la sitúen en relación con la religión. Asimismo son las que hablan, en comparación con las musulmanas o las subsaharianas*".

6. LA MIRADA RETROSPECTIVA

6.1. Cuando las expectativas no se cumplen

La migración no siempre implica reconocimiento y éxito. Con frecuencia, las oportunidades de ascender profesionalmente son muy limitadas o nulas a pesar de estar aquí precisamente en busca de oportunidades. Para ellas es muy difícil salir del ámbito del empleo doméstico, que es el sector que el mercado laboral pone a su alcance, un empleo inestable de baja cualificación y remuneración y dentro de ámbito de la economía informal. Los sectores laborales reservados a estas mujeres son casi exclusivamente la limpieza, el cuidado de niños y ancianos y la hostelería, es decir, actividades que pueden conllevar relaciones de explotación laboral y de desigualdad. Asimismo, pueden sufrir problemas legales en relación con su situación administrativa, los obstáculos legales que tienen que superar determinan los tiempos de separación de los integrantes de la familia transnacional y sus estrategias de reagrupación, que puede no darse nunca debido en parte a las dificultades de acceso a la regularización (Parella & Cavalcanti, 2010). En su estudio Oso Casas (2010) se destaca que las mujeres que migran con sus parejas, que fueron reagrupadas o que disponían de parientes al llegar, tuvieron más posibilidad de desarrollar trayectorias laborales. Las madres solas encontraron más dificultades para enviar remesas, y salir del empleo doméstico. El hogar trasnacional bloquea la movilidad laboral de las madres solas (solteras o separadas generalmente) que se sacrifican por sus hijos trabajando en empleos precarios, y situándose en una posición de inserción laboral descendente incluso por debajo de su cualificación.

Entre sus expectativas destacan la búsqueda de autonomía y libertad al sentir que en sus países de origen no pueden llevar a cabo su proyecto de vida personal. Por una parte puede estar la intención de liberarse del núcleo familiar pero, por otra, la exigencia económica y emocional, que es difícil de lograr y por tanto difícil de consolidar la autonomía que buscan. El envío de remesas, por ejemplo, impide a estas mujeres cumplir la expectativa de mejorar su calidad de vida, significando una carga para sus vidas, estas remesas pone en peligro su bienestar teniendo que adaptarse a lo mínimo para su subsistencia básica y renunciar a las oportunidades que ofrece el nuevo entorno, como viajar a sus países, vivir en su propia casa, invertir en recursos materiales y en vida social dificultando su integración, su bajo poder adquisitivo y su desfavorable posición social sólo les permite hacer un consumo de necesidades básicas, sus aspiraciones idealizadas no se cumplen respecto al consumo dominante y su capacidad de elegir es limitada (del Fresno, 2011; Gómez Montoya et al., 2011). Deben economizar en lo básico, calcular el precio de todo, privarse de todo, no llegar a fin de mes, en una época de consumo hipertrofiado, el subconsumo conduce a la exclusión, a la vergüenza, y la sensación de llevar una subexistencia (Lipovetsky & Serroy, 2010). Las mujeres inmigrantes pueden estar trabajando durante años separadas de sus hijos y sus familias y enviando remesas para su manutención, pueden llegar a sacrificar su propia movilidad socio-laboral para poder continuar enviando remesas a su país (Oso Casas, 2010); así "*mientras el dinero que los migrantes ganan*

puede mejorar la situación económica de sus familias, el ganarlo puede acarrear altos costes sociales" (Levitt, 2010, p. 29)

Ellas son las responsables de contribuir al bienestar de la familia extensa, la sobrecarga emocional deriva de esta responsabilidad de este esfuerzo que no es otro que priorizar sus funciones marentales y responsabilidades con la familia. La frustración aparece cuando no pueden asumir las exigencias económicas familiares, es más fácil cumplir las expectativas del proyecto cuando no hay presión familiar, para las familias en origen las remesas significan el éxito del proyecto de estas mujeres, pero las precarias situaciones económicas limitan la capacidad para obtener este reconocimiento. Si el motivo de la migración es mantener el grupo doméstico en origen, enviando dinero con regularidad, el no poder hacerlo genera tensión, enfermar, por ejemplo, en estas circunstancias supone altos niveles de angustia.

Por otra parte, son también las mujeres migrantes las que están pagando el coste social del desempleo y sin empleo no hay proyectos, ni capacidad de control del medio. El empleo implica oportunidades, seguridad y gozar de un puesto propio en la sociedad, sin empleo hay un sentimiento de desestructuración de la vida y de incertidumbre. Si trabajan en cualquier cosa para sobrevivir pueden tener un sentimiento de explotación injusta, además de la pérdida de estatus, la economía sumergida las sitúa en una posición muy vulnerable para sí mismas, para la reagrupación, para enviar remesa y para plantearse volver. Para las inmigrantes sin empleo, si son irregulares, las posibilidades que tienen de incorporarse como miembros legítimos de la sociedad son remotas, permanecerán en la exclusión, están "fuera de lugar" y la migración acaba sin plan de retorno, trabajar obtener un dinero y regresar representa un pensamiento adaptativo en el sentido de que alimenta la idea de que la permanencia será transitoria. Los tiempos difíciles derivados de la crisis reciente (Lipovetsky & Serroy, 2010, p. 125) han degradado las condiciones de los asalariados y ha acentuado las desigualdades, ha ensombrecido el horizonte de sus vidas, el futuro se ha vuelto incierto por la dureza del mundo económico cada vez más inseguro *"nunca más vamos a tener el mundo con las certidumbres y los equilibrios de antes".*

Solicitar ayudas sociales puede ser percibido como un recordatorio permanente del fracaso del proyecto, en este sentido, estos autores destacan la idea cuestionable de que "*la solidaridad tipo beneficencia inhibe el deseo de salir adelante*" (Lipovetsky & Serroy, 2010, p. 125). Los nativos critican estas ayudas sociales, en las épocas de precariedad laboral, los fenómenos de exclusión se limitan fundamentalmente a las poblaciones vinculadas a la inmigración, los excluidos del mundo laboral acaban en la "tierra de nadie" del subsidio[63]. La crisis económica ha empobrecido y degradado las condiciones laborales, los años de crisis trascurridos han cambiado la percepción de la calidad de vida de las mujeres migrantes por el descenso social, los empleos inseguros y peor pagados que cuando llegaron. Ruiz Olabuenaga (2007) contrasta esta idea señalando como en épocas de expansión económica la inmigración es tolerada y promovida, es mano de obra adecuada para realizar tareas rechazadas o complementarias para la población autóctona, pero a pesar de su aportación al bienestar del conjunto de la sociedad receptora, ésta pretende que el flujo de inmigrantes no pierda su carácter de reserva y pueda salir fácil y rápidamente e escena en caso de crisis económica.

Así, la experiencia migratoria no siempre conlleva ganancias, en el contexto clínico una de las demandas se produce por los sentimientos de angustia y depresión derivados precisamente el sentimiento de fracaso y de expectativas no cumplidas que conlleva sintomatología clara. Lo normal es resaltar los logros y que la familia de origen los reconozca, añadido a la idea de que el bienestar en el país de destino está en relación

[63] España tiene la tasa de ocupación femenina más baja de Europa debido a que las tasas de desempleo son altas y los trabajos marginales de jornadas muy pequeñas de menos de diez horas a la semana.

con el bienestar en el país de origen (Bertino et al., 2006). Si esto no es así, aparecen sentimientos de sobrecarga emocional, que se relacionan con la apreciación de sentimientos altos de sacrificio personal, de esfuerzo desproporcionado y de haber pagado un precio demasiado alto cuando este sacrificio que no se ha visto compensado. La incapacidad de cumplir las obligaciones genera sentimientos cargados de culpa al no haber conseguido los méritos y las expectativas deseadas que eran básicamente económicas. Desde otra perspectiva, y como contrapunto, puede haber sentimientos de endeudamiento con los que no migraron si el esfuerzo personal de éstos ha hecho posible esa migración y la vida para los que migraron ha mejorado (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). También puede que hayan encontrado trabajo y estabilidad pero a costa de romper los lazos y de la soledad. La cuestión es si sienten que han saldado la "deuda" o les invaden sentimientos de culpa por el abandono y las pérdidas tras años de separación[64].

En el presente estudio al ser las mujeres las que migran, la experiencia recae en ellas y ellas son las que sufren las consecuencias de sobrecarga social, afectiva, económica, si no se han cumplido los proyectos tanto materiales como emocionales, si hay dificultades de adaptación individual y familiar y si se perciben más pérdidas que ganancias. Y si al hacer el balance entre el sacrificio y los méritos, por una parte, y la explotación por otra, o entre el apoyo recibido o el uso expoliador de los demás, en este caso de la familia en origen. Boszormenyi-Nagy y Spark (2012) hablan de la contabilización de obligaciones recíprocas, las pautas de lealtades determinan el contexto relacional en el cual el individuo se ve capacitado u obstaculizado en sus aspiraciones vitales. Siguiendo su argumentación, la sobrecarga emocional puede estar relacionada con conflictos de poder y de dominación, estas madres pueden verse inmersas en situaciones de culpa por obligaciones no cumplidas, y de rabia por la explotación de que son víctimas. Esta sobrecarga puede estar en relación con estas obligaciones familiares y su cumplimiento pero, también, por en qué medida se juzgan a sí mismas de su decisión negativa o positiva respecto a su propia familia nuclear y origen.

Los ajustes trasnacionales combinan la dimensión económica y el bienestar material, con la necesidad de restructuración de unos vínculos afectivos que se gestionan y alimentan a distancia y, más allá de los beneficios para el grupo familiar, los costes emocionales son elevados en este proceso, por esto se puede comprender, por ejemplo, el alto nivel de exigencia de estas madres hacia sus hijos, muchas de ellas identifican las expectativas cumplidas con los logros que puedan alcanzar sus hijos, se recuerda que uno de los motivos principales para migrar es mejorar la vida de estos, financiar su educación, atención y cuidados (Parella & Cavalcanti, 2010).

Respecto al ahorro, lo común puede ser trabajar y seguir "siendo pobre", la capacidad de maniobra económica suele ser muy limitada, Oso Casas (2010) destaca como la capacidad de ahorro, manteniendo un hogar trasnacional, es impensable. Asumir los pagos de vivienda (precaria) es difícil, más aun el acceso a una hipoteca para costearla a pesar de ser una de las expectativas deseadas: tener una vivienda propia donde poder reunir a la familia, expectativa que difícilmente se cumple y el alojamiento de alquiler compartido (a veces con desconocidos) se convierte en una constante de malestar y conflicto, en una fuente de estrés para madres e hijos y para la relación de pareja. También impide la reagrupación, por las dificultades de adecuación de la vivienda, así este sueño se pospone durante años hasta llegar a no cumplir

[64] "*La dinámica de la lealtad y el endeudamiento de los sistemas familiares incluyen la dinámica y el endeudamiento del individuo, pero van más allá. Elementos intrínsecos y fundamentales de toda relación que tenga algún sentido y se caracterice por la proximidad de los vínculos son el dar y el recibir, el ser tratado justa o injustamente, el tomar sin dar nada a cambio o sin alguna posibilidad de devolver. El sacrificio o la generosidad exagerada, la permisividad, (…) son ejemplos de una reciprocidad no reciprocidad no equilibrada o no mutua dentro de las relaciones. Dichas relaciones estimulan sentimientos de culpa y endeudamiento (…), desesperanza, como si uno no pudiera saldar nunca las cuentas familiares, sea mediante el interés o la inquietud emocional o por medio de acciones concretas*" (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, pp. 400-401).

se nunca. El servicio doméstico interno conlleva trabajo y vivienda, y según recoge esta autora, suele ser la primera ocupación de las mujeres inmigrantes solas, garantiza en el inicio del proceso el alojamiento y la manutención, facilitando el ahorro y la inserción además de ser un sector adecuado para el empleo en situación de irregularidad. Pero hay que aclarar que muchas mujeres que habían conseguido salir del servicio doméstico interno (ocupado por las recién llegadas), que creían superado, han tenido que volver como consecuencia de la crisis económica de estos años. En la misma línea argumental, Pereda et al. (2010) describen, como la primera generación de migrantes está más centrada en la mera supervivencia destacando el alto estrés de la primera etapa de estancia La situación de irregularidad administrativa, por ejemplo, es vivida de forma dramática ya que sitúa a estas mujeres en una situación de exclusión por indefensión jurídica y riesgo de expulsión.

Las semanas o meses siguientes la prioridad es sobrevivir, satisfacer las necesidades básicas, adaptarse a normas nuevas y valores nuevos, el impacto de las experiencias de este periodo queda grabado vivamente en el recuerdo. La migración puede programarse como una etapa temporal de la vida hasta conseguir ahorrar lo suficiente para instalarse en sus propios países, supone privaciones aprender a vivir en un ambiente hostil, son "*las migraciones reversibles"*, un objetivo que no siempre se cumple (Pereda et al., 2010, p. 41). La separación siempre está pensada para un tiempo y volver, pero esta idea de separación temporal se puede prolongar durante años o hacerse definitiva, es el momento de plantearse la reunificación familiar que no es siempre posible. Los primeros años de estancia se prolongan porque las expectativas no se cumplen, las dificultades de trabajo, ingresos, vivienda y documentación complican la estancia y la probabilidad de retorno. Los vínculos con el país de origen pueden romperse definitivamente y quedarse instalados en una situación de precariedad definitiva difícil de asumir.

Respecto a las expectativas sobre la permanencia o provisionalidad en el país. Los inmigrantes manifiestan durante los primeros años, el deseo de transitoriedad y el sueño de poder retornar, que depende, en parte, de las condiciones de vida tras su llegada, deseo bastante permanente incluso cuando parece improbable el retorno salvo para visitar a la familia. En la investigación llevada a cabo por Aierdi et al. (2008) se afirma que si en otras épocas la migración se configuraba mayoritariamente como un asentamiento definitivo, en la actualidad las migraciones económicas tienen un carácter esencialmente transitorio, bien por expreso deseo de los migrantes, bien porque las políticas migratorias de las grandes áreas receptoras así lo establecen.

Ante la falta de oportunidades los inmigrantes eligen regresar de hecho ya han empezado a regresar a sus países de origen[65]. Por la interrupción de la demanda de trabajadores, parece que la época de los trabajadores inmigrantes está tocando a su fin. Así lo argumentan Beck y Beck-Gernsheim, (2012, p. 227) *"vinieron con la esperanza de ahorrar en poco de tiempo el dinero suficiente para poner en el país de origen las bases de un futuro mejor para ellos y sus familiares, construir una casa, abrir un pequeña tienda, (…) y los acuerdo funcionaron hasta que la economía dejó de crecer. El punto de inflexión decisivo estuvo marcado por la entrada en la crisis de la economía y el aumento progresivo de las cifras de desempleados"*.

[65] A partir de 2008, año de inicio de la crisis desciende la inmigración a la vez que aumenta la emigración. 1 de enero de 2014 la población española descendió en 404.619 personas (INE), la causa el imparable éxodo de extranjeros que huyen de la crisis. En 2011 y 2012 las inscripciones de extranjeros fueron negativas. En el año 2013 se alcanzó el mayor descenso. El 10,7% de la población española son extranjeros.

Por otra parte, se da un descenso de la llegada de extranjeros derivado de la crisis económica y la situación del mercado laboral y el retorno de inmigrantes a sus países de origen por el mismo motivo[66]. Respecto del deseo de retorno de los hijos e hijas de inmigrantes Levitt (2010, p. 21) destaca que "*la mayoría de los hijos e hijas de inmigrantes no tienen planes de regresar vivir al hogar de sus antepasados, (…), muchos investigadores concluyen que la actividad transnacional entre las segundas generaciones es poco importante. (…), los padres transnacionales no necesariamente producen hijos transnacionales*".

Además, si se asocian las situaciones descritas al esfuerzo realizado para emigrar no poder salir adelante es extremadamente duro, si la decisión es regresar, la vuelta como "fracasado" afectará profundamente, sobre todo en la sensación de control sobre la propia vida. El regreso del inmigrante es una nueva migración, en el tiempo en que ha vivido fuera del país se han podido producir muchos cambios, tanto en su personalidad como en la sociedad de la que partió, el proceso de adaptación se repite de nuevo, ya que todo puede ser diferente a cuando se fue. En definitiva, cada migración tiene su "porqué y su cómo", y estos se inscriben en la historia de cada persona (Grinberg & Grinberg, 1984). El sentimiento de fracaso, surge cuando no se han logrado las expectativas, el desempleo crónico o la dependencia de país de acogida contribuyen a ello y que pueden provocar la aparición de problemas, más incluso que la propia experiencia migratoria. Desde la ausencia de oportunidades, se puede idealizar lo que se dejó atrás, dificultando la adaptación generándose problemas interpersonales, emocionales, psicosomáticos, si perciben que no han sido valoradas por su familia y además no han logrado satisfacer sus necesidades personales, en algunos casos, y familiares en otros. (Bertino et al., 2006).

Allard (2009) al referirse a la economía globalizada de este comienzo de siglo XXI, destaca como a media que las economías desarrolladas se ralentizan, los trabajadores inmigrantes son los primeros que pierden sus puestos de trabajo, señala que el informe sobre el mercado laboral del cuarto trimestre de 2008, mostró que las tasas de desempleo de los inmigrantes subieron un 100%. Cuando esto sucede en trabajador inmigrante se enfrenta a un dilema doloroso, volver a su país en el que los salarios son más bajos, hay desempleo y, en el que puede que no disponga de atención sanitaria gratuita, pensiones educación y otras ventajas del país que le acoge, o debe permanecer buscando trabajo en la economía formal o sumergida, intentando mantener a su familia y soportando la hostilidad de los nativos que culpan a los inmigrantes de las elevadas tasas de paro, la elección no es fácil. Las comparaciones respecto de los que quedaron en origen, desventajosas en este caso, reflejarían el sentimiento de frustración y decepción por salir del país "para estar peor". El descenso y la pérdida de estatus marcaría esta decepción y el hecho perder la confianza frente a la supuesta la protección inicial. La comparación social desventajosa con los que no migraron empeora la estima personal, es una descalificación porque las personas buscan mejorar su imagen y la evaluación de su grupo. El contexto en el que uno vive y con quien se compara es importante para determinar la satisfacción personal, cuando la calidad de vida es alta y hay empleo en el propio entorno no tener recursos o estar desempleado afecta más negativamente frente al grupo de pertenencia del que partió (Vázquez, 2009)[67].

[66] Las dos décadas transcurridas desde que se inició el fenómeno de la inmigración han permitido la estabilización de las familias y personas migrantes, todo ello ha hecho que las personas que demandan asistencia relacionada con la reagrupación familiar hayan ido descendiendo a lo largo de estos últimos año, en los servicios de salud mental. El porcentaje de autorizaciones de residencia por reagrupación familiar en España evolucionó de un 7% en el año 2008 a un 7,7% en el año 2012, alcanzando el porcentaje más alto se dio entre los años 2009 y 2010 con un 8,9% Ikuspegi (2015).

[67] Oso Casas (2010, p. 42) en relación a la movilidad social descendente en comparación a la posición social en origen destaca en su estudio como "*nuestras informantes señalan que esta modalidad de trabajo (doméstico) conlleva unas fuertes relaciones de dominación y de explotación, por parte de las empleadoras. Así, al inicio del ciclo migratorio las mujeres entrevistadas llevaron a cabo una movilidad social descendente, respecto a la posición socio-profesional detentada en el espacio social de origen. En República Dominicana nuestras informantes realizaban un trabajo más profesionalizado".*

6.2. Cuando las expectativas se cumplen

Desde la perspectiva trasnacional, las conexiones y los intercambios que caracterizan el transnacionalismo migratorio, con los lazos significativos y estables que unen destino y origen, para Sinatti (2008, p. 105) son lazos de carácter familiar, económico y social, son contactos caracterizados por su periodicidad y sostenidos en el tiempo, que solo en parte enlazan con el termino globalización en el sentido de movilización de capital, información, bienes y personas. "*Los transmigrantes viven en campos sociales transnacionales que incluyen el estado del que partieron y el estado o estados a los que han emigrado*". Bajo la teoría de la asimilación, según este autor, parecería que los vínculos trasnacionales desaparecerían con la incorporación al país de asentamiento, pero no ha sido así en el migrante transnacional, si tiene éxito mantiene activamente contacto con su origen, los migrantes transnacionales desarrollan estrategias que combinan los compromisos con ambos países implicación trasnacional y asimilación local con compromisos simultáneos entre origen y destino. Muchos estudios han mostrado estas preferencias biculturales en las actitudes de los migrantes (Basabe et al., 2009; Navas et al., 2004; Ward et al., 2001).

En las familias transnacionales los vínculos económicos son una asunto clave, se puede decir que definen esta circunstancia trasnacional, son vínculos que añaden estatus tanto en origen como en destino e incrementan las estrategias y capacidades de la familia, en este sentido, las expectativas se cumplen si pueden mejorar económicamente, si hay cambios vitales positivos y ascenso social. Mejorar el estatus social recompensa el esfuerzo realizado y compensa el sacrificio, las pérdidas, la dedicación y tiempo invertido. Así, las expectativas más altas se perciben cuando se pueden, o se han podido, enviar remesas de dinero que proporcionan alimentación, casa e incluso ahorros a los suyos. Desde esta perspectiva las mujeres migrantes se convierten en la esperanza para la familia, el trabajo remunerado para ellas implica dinero, seguridad e identidad, probablemente pensar en sus hijos y en sus familias puede ser el motor que les ayude a no darse por vencidas.

El indicador clave del grado de éxito o fracaso del proyecto migratorio es el cumplimento de las expectativas que se tienen al salir de sus países de origen, las políticas migratorias y servicios sociales jugarían un papel clave junto con el hecho de disponer de recursos económicos y comunitarios. Por otro lado, la sensación de control genera en la persona una sensación de ser autocompetente y responde a la necesidad de control y dominio en la vida. Las experiencias de cambio y la migración, en este sentido, pueden ser también experiencias de enriquecimiento personal que proporcionan posibilidades de lograr las metas propuestas. No se puede dar la impresión de que el hecho de proceder de una cultura diferente o, el simple hecho de migrar, determinan problemas emocionales o interpersonales, las cosas no son tan simples, el contexto puede contribuir a la solución, cada situación es diferente y pueden existir influencias perjudiciales pero también útiles. Influyen la intención profunda de las personas o de los grupos que migran y el tipo de integración al que aspiran, pero hay circunstancias que pueden condicionar este proceso, cuestiones como la preparación previa, las expectativas, la comprensión del medio, la experiencia inmediata y después del viaje, tratarse de una emigración solitaria o en grupo, la existencia o no de compatriotas en el país de destino, las intenciones de estancia temporal o definitiva que pueden cambiar con el paso del tiempo (Caballero, 1997).

Entre los migrantes hay una tendencia a exagerar los éxitos ante los familiares y amigos en sus países (Koser, 2008, en Gómez Montoya, et al., 2011), esta búsqueda o necesidad de valoración, está en relación con lo que supone para el imaginario familiar una familia unida y con éxito, se puede suponer, por el mismo motivo, que esta tendencia será así ante la necesidad de ocultar los fracasos y mostrar el éxito a la familia que queda en origen, lo contrario mostraría un sentimiento de pena y de "para qué" el esfuerzo de la separación. En el caso de estas madres migrantes la calidad de las redes familiares, el nivel de comunicación que mantengan con sus hijos, la disponibilidad de enviar dinero periódicamente para cubrir educación y salud de éstos y compensar a los cuidadores, ya supone el éxito del proyecto (Parella & Cavalcanti, 2010). Para Boszormenyi-Nagy y Spark (2012, p. 434) los criterios de éxito y fracaso pueden solaparse "*si consideramos que por el fenómeno de la homeostasis familiar el miembro que parece exitoso tiende, en forma invisible a depender de los fracasados o menos exitosos. El equilibrio entre los roles familiares de apoyo y de éxito se mantiene mediante ajustes sistemáticos multipersonales de expectativas ocultas de lealtad*".

Las expectativas cumplidas están también en relación con sentirse cómodo en la nueva sociedad, comprendiendo que ésta tiene aspectos positivos y negativos, desarrollar un sentido de pertenencia, ser capaz de desenvolverse eficazmente en espacios públicos y privados y mantener relación con los autóctonos (Oberg, 1961). Las mujeres inmigrantes (Fouassier & Aierdi, 2012), resumen su experiencia migratoria con una alta satisfacción global con la vida en su conjunto, no muy lejos de lo que muestra la población autóctona. Las mujeres inmigrantes declaran sentirse peor de salud y tener más dificultades en el quehacer cotidiano pero muestran niveles de satisfacción con la vida (trabajo, ingresos, amigos, etc.) superiores a los que declaran los hombres inmigrantes. Parece que sus expectativas se han cumplido en mayor medida que las de ellos, esta satisfacción es mayor entre las mujeres latinas y entre éstas las que llevan más tiempo aquí y han tenido más tiempo para integrarse y vincularse a redes sociales, el resto de las mujeres muestra mayor pesimismo.

Las ventajas para permanecer se valoran en relación a las condiciones del país de origen, la protección sanitaria, el acceso a una educación igualitaria y gratuita que da oportunidades y garantica el éxito personal y laboral de sus hijos (puede considerarse la expectativa que las aleja de sus países). El acceso a programas de viviendas sociales, derechos legales respecto de condiciones de empleo y de prestaciones de desempleo (otro de los motivos que puede considerarse clave), atención social con servicios y prestaciones sociales. Mejoras en el estatus legal, sin obstáculos burocráticos ni jurídicos. En definitiva, protección familiar, paz social y orden político y legal en un contexto de acogida que proporcione sentimiento de seguridad (emocional y física) y de libertad de movimiento. Migrar no es un proceso fácil y la integración no es siempre posible, pero conseguir bienestar económico y profesional, mejorar la calidad de vida, reagruparse con su familia, viajar periódicamente a su país y enviar dinero entraría dentro de la valoración positiva de las mujeres que logran realizar su proyecto. Sufren pérdidas en muchos aspectos pero la mejora en el desempeño de nuevos roles les ofrece ganancias y garantías en muchos otros, por lo que la inmigración implicará posibilidades reforzadas por la confianza de que si hay problemas la situación mejorará y recibirán apoyo si lo necesitan.

Vázquez (2009) señala como en general es más probable que la gente se sienta satisfecha con sus vidas en países desarrollados, donde hay respeto a la ley, libertad, pluralidad cultural y modernidad. Donde hay políticas sanitarias y sociales. Y con el grado de aceptación de las minorías es alto por tanto con niveles bajos de prejuicio y discriminación, Lipovetsky y Serroy (2010) añaden valores comunes de derechos humanos, honradez, respeto por los niños, rechazo a la violencia, etc. La comparación social ventajosa, en el sentido de estar mejor que los que quedaron en origen, por las barreras económicas que dejaron atrás y

que explicaban las desigualdades a todos los niveles. En este sentido en los datos de la Encuesta de la Población Inmigrante Extranjera (EPIE) ha aumentado considerablemente el número de personas que entre sus intenciones está quedarse definitivamente (75.9%) se reducen las personas que tenían idea de volver y aumentando las que no lo harán, la mayor parte de las mujeres (75%) independientemente del origen tienen la intención de quedarse en la CAPV (Fouassier & Aierdi, 2012).

7. El SIGNIFICADO Y EL APORTE DEL APOYO SOCIAL

Las redes personales no sólo inciden en las creencias y decisiones de los individuos, sino que tienen un papel protector ante las diversas vicisitudes de su vida. Las personas con pareja, amigos y parientes dispuestos a ayudar tienden a estar física y psicológicamente mejor que las que carecen de estos vínculos. Por esto, cuando se producen determinadas crisis, los individuos mejor relacionados tienen menos problemas que aquellos que no disponen de esas relaciones. Una red personal estable, sensible, activa y confiable salvaguarda la integridad mental y física de los miembros de una comunidad, por el contrario si fracasan estas redes como consecuencia de la lejanía o disgregación por el hecho de migrar, aparecen sentimientos de vulnerabilidad e impotencia (Basabe, 2003; Gracia, Herrero & Musitu, 1995).

Es sabido que el soporte social es el mediador más importante en la amortiguación de los efectos del estrés y tiene un efecto protector en el curso de las patologías mentales (Gracia et al., 1995). Podemos imaginar cómo el sentimiento de identidad y de pertenencia a un grupo, de participación en el mismo y de autovaloración, imprescindible para el ajuste psicológico, pueden estar muy distorsionados en el caso de los inmigrantes por las dificultades de integración en las redes locales y la desvinculación de sus redes de origen. Mantener las costumbres, las relaciones familiares y de amistad con los que permanecen en origen, pueden ser factores protectores, estos vínculos afectivos dan seguridad y ayudan a la adaptación. Así el estrés de aculturación estaría en relación con la pérdida de redes sociales y con la necesidad de reconstruir nuevos apoyos que mitigarían el impacto de la ruptura de vínculos (Basabe et al., 2009).En las mujeres inmigrantes, las condiciones de vida, las tensiones crónicas y diarias y el alejamiento de su familia y sus hijos, van a incidir en sus niveles de salud (peor salud emocional y física). Por el contrario, cuando a pesar de las dificultades poseen fuertes redes de apoyo social y emocional y vínculos importantes de familiares y amigos en el país de acogida, éstos suponen una fuente de protección ante la salud, no manifestándose niveles altos de ansiedad y de estrés. Este efecto protector de los vínculos que amortiguan el estrés ha sido descrito en familias latinas en USA (Chun et al., 2003).

7.1. Los compatriotas y los nativos

Las redes de compatriotas pueden tener un peso destacado en la decisión de migrar o, posteriormente, en destino, sobre la ayuda y el apoyo recibido de las redes de personas que han migrado antes, sobre todo, en los inicios del proyecto cuando el desconcierto y la angustia de la desorientación son mayores. (Ward et al., 2001). Se hace referencia a las cadenas de compatriotas en el país de destino, donde unos ayudan a otros y proporcionan apoyo mutuo, son redes de parientes, amigos, vecinos que ayudan y trasmiten información en cuestiones prioritarias, como buscar vivienda, trabajo o consejo sobre trámites administrativos o burocráticos. Este apoyo recibido en destino de redes de migrantes ayuda, en definitiva, a cómo establecerse, aportando instrucciones de cómo llegar e instalarse. Son redes transnacionales que

ayudan en la exploración de posibilidades laborales sociales y de adaptación (Aierdi et al., 2013; Hochschild, 2008). En el inicio, sobre todo, son importantes en la búsqueda y obtención de apoyo instrumental e informativo y para mitigar la incertidumbre y el sentimiento de desamparo de esta primera etapa.

En esta línea, se puede considerar también que hay factores específicos que actúan paradójicamente como estímulos para vencer obstáculos. El cambio de situación social de un grupo determinado, la alteración de las relaciones sociales normales debidas al proceso de migración y la imposibilidad por parte del país receptor de dar acomodo y acogida a este grupo social, constituyen posibles estímulos para la aparición de ayuda mutua. La inseguridad, la ansiedad que provocan las diferencias en la posición social y el descuido cultural o la indiferencia de los autóctonos, provocan una necesidad de reajuste que, en muchos casos, vienen a satisfacer las necesidades de apoyo. En un medio hostil la existencia del grupo es esencial, las dificultades pueden ser, en estas circunstancias, un vínculo poderoso porque tienden a crear una comunidad de destino a través del recuerdo, de las anécdotas, de las penas y de las emociones compartidas. La experiencia compartida refuerza el sentimiento de haber superado la prueba.

El apoyo social favorece el bienestar subjetivo: las relaciones interpersonales, la importancia y satisfacción con la familia, compartir y pasar tiempo (distracción y ocio) junto a familiares y amigos. Ello es debido a que estos factores responden a necesidades básicas de afiliación social, siendo probable que los niveles altos de satisfacción mostrados, por ejemplo en poblaciones latinas, puedan relacionarse con el denominado familismo latino (Basabe et al., 2009; de Luca, 2015). Así puede pensarse que en modos de relación colectivista característicos de contextos menos urbanos y más arraigados a culturas de origen, estarían más necesitados de establecer vínculos con compatriotas por considerarlos más solidarias o de obligaciones mutuas que consolidan y fortalecen los lazos sociales, puede ser un funcionamiento social más acorde con el imaginario de su pasado.

Si se analizan las redes sociales desde el punto de vista de una experiencia estresante, puede que en estas circunstancias se repriman los recuerdos traumáticos en ausencia de un trabajo cognitivo de asimilación, pero los hechos traumáticos son difícilmente asimilables y a su vez son difíciles de recordar porque son dolorosos y las personas buscan olvidarlos. El apoyo social que reconoce la experiencia traumática, en este caso con sus compatriotas por la facilidad de sintonizar, ayuda a entender y a dar un significado, y es importante para asimilar estos hechos, puede que sólo se sientan bien con aquéllos que comparten su experiencia (Páez, Valencia, Pennebaker, Rimé & Jodelet, 1998). Por esto puede ser común que se centren en la propia comunidad, la vinculación social con los miembros del propio grupo o las relaciones con personas del mismo origen ayuda a recrear el ambiente y las tradiciones y es adaptativo. Para Pereda et al. (2010) este repliegue es más fácil viviendo en zonas de gran concentración de inmigrantes o en enclaves laborales con importante presencia étnica, otras veces el repliegue se reduce al parentesco tratando de adaptarse fuera a las costumbres autóctonas[68].

Las redes de compatriotas positivas estarían en relación con la protección que ofrece un entorno cultural ritualizado que de la sensación de un entorno cultural propio y protector, en este sentido la red social es una fuente de apoyo y orientación y permite realizar rituales propios de sus comunidades de origen (comidas, fiestas, contar historias o usar la propia jerga) estas redes de compatriotas interesan para poder enfrentar las pérdidas personales y culturales, de alguna forma en ellas se recrea el origen y estarían en relación con el bienestar emocional al valorar la identidad y amortiguar la depresión tanto por las

[68] La exclusión supone un individuo que ya no está integrado en ninguna red de solidaridad. Hay una línea divisoria entre exclusión y precariedad. Existen barrios, suburbios en situación económica precaria pero en los que se producen sistemas y redes de solidaridad económica basada en economías marginales o poco legales. Debido a la existencia de estas redes no puede hablarse de exclusión. (Declerck, 2006).

pérdidas como por las experiencias discriminatorias (Falicov, 2001, 2008)[69]. Entre compatriotas pueden exhibir el orgullo de su propia cultura y el conocimiento que tienen de ella, pueden expresar ideas y opiniones al respecto, nadie sabe mejor que ellos lo que significa tanto su cultura como su proceso migratorio, entre ellos es fácil empatizar compenetrarse y comunicarse de manera espontánea e inconsciente (Geertz, 1999), de alguna forma, presentan expectativas comunes compartidas no escritas.

Frente a la percepción del riesgo, de singularidad ante las actitudes sociales dominantes, surgen como refugio estas relaciones, como forma de mantener los lazos y una red de compromiso, y también para minimizar el rechazo de la sociedad de destino proporcionando fuerza emocional, pudiendo ser una buena fuente de satisfacción y de motivación para seguir adelante. Asimismo los rituales son un soporte en los momentos de crisis, son un mecanismo catártico y de reajuste ante las demandas, el canto, la danza tradicional, la música, por ejemplo, ayudan a reconstituirse y tienen un poder regenerador y mantienen la cohesión social (Declerck, 2006; Páez et al., 2015). Recordar, refuerza la integración social y las celebraciones aportan sentimientos de pertenencia e identificación a un tiempo y a un lugar lo que tiene efectos positivos, la relación con los compatriotas ayuda a calmar la ansiedad por la pérdida de la propia cultura en "riesgo".

Entre compatriotas puede existir un interés mutuo y esto definirá el modo en que se comportan estas redes, pero esto también obedece a una escala de valores e intereses individuales. El grupo proporciona confianza pero también el grupo implica expectativas y sanciones sociales, implica, de alguna forma, control social. En cualquier caso se insiste en la idea de que algunas de estas redes funcionan como grupos de autoayuda porque actúan sobre problemas comunes como la discriminación, la situación irregular, la separación de los hijos, la precariedad laboral, y la soledad. Escuchar a otros que han pasado por situaciones similares refuerza la autoestima, proporciona la sensación de no estar solo, en definitiva, otorga recursos emocionales y en este sentido posee un potencial terapéutico. Múltiples estudios demuestran que la presencia empática de personas en las mismas circunstancias reducen el impacto del estrés.

Respecto a los lugares de encuentro con compatriotas, las actividades de encuentro formales e informales surgen, en este caso, en parte de la esperanza por no estar solos, siempre que sus miembros sean lo bastante abiertos, los grupos que se reúnen de forma incidental puedan acabar creando relaciones significativas, incluso cuando el individuo haya perdido su sentido de pertenencia existencial al mundo de sus orígenes y su familia nuclear (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Sin embargo también puede ocurrir que ni estos grupos de compatriotas puedan sacar al individuo de su estancamiento relacional. El ajuste psicológico se puede asociar positivamente, por ejemplo, al nivel socioeconómico, y a las redes sociales y de apoyo familiar, pero, en relación a las redes de apoyo social, y la participación en asociaciones étnico-culturales, se sabe que éstas amortiguan por una parte el estrés, pero al mismo tiempo pueden producir fatiga cultural (Basabe et al., 2009). El grupo de origen puede ejercer un papel ambivalente, por un lado, proporciona apoyo afectivo, por otro, puede producir un efecto de contagio negativo como "sentimientos nostalgia", "añoranza de la cotidianidad perdida", que pueden suponer un obstáculo a la adaptación. La fuerza del origen cultural, es decir, una vida cultural fuerte se ha asociado a un mejor ajuste en algunos grupos étnicos pero no en todos (Ward et al., 2001).

En referencia a la red de apoyo familiar, la migración conmociona y transfigura esta red. Los miembros de la familia nuclear, por ejemplo, se reubican y nuevos vínculos se van incorporando según las

[69] Son espacios donde compartir y no sentirse rechazo, los sentimientos de alejamiento o aislamiento suelen ser una constante y estas redes refuerzan el apego a la cultura propia y permiten recordar la tierra nativa. A los inmigrantes les gusta hablar de sus países, contar detalles de su migración, hablar su propia lengua, repetir las anécdotas y costumbres, idealizar, denigrar o quejarse acerca de un país u otro como examinado los nuevos y viejos valores y reglas (Falicov, 2001).

circunstancias sociales en que la familia migrante se encuentre. Para Sluzki (1996) la nueva red será menor, será más irregular, tendrá menos densidad y un repertorio más estrecho de funciones, será, en definitiva, menos multidimensional, reciproca e intensa. Tenderá a ser una red insuficiente por estar más sobrecargada (más expectativas centradas en menos relaciones), en las crisis, por ejemplo, los conflictos se derivaran de la sobrecarga emocional e interpersonal. En estas circunstancias cada miembro de la familia tiene más necesidad de los otros, y al mismo tiempo y por el mismo motivo, es menos accesible a los otros.

En definitiva la familia extensa y las redes sociales ofrecen ayuda práctica (alojamiento, trabajo, contactos) y una vital conexión comunitaria, brindan información, apoyo y distracción, también promueven un sentimiento de seguridad y solidaridad (Gracia et al., 1995; Walsh, 2004). En los estudios sobre reagrupación familiar, por ejemplo, se destaca el afianzamiento de las relaciones familiares en destino, en el sentido de relaciones más estrechas de apoyo tras la reagrupación. Los esfuerzos de adaptación conllevan asimismo, como forma de distanciarse de estereotipos negativos y del prejuicio, buscar apoyo en el endogrupo, esta forma de adaptación como mecanismo de defensa de la identidad grupal y el cambio social incluye la movilización social por la igualdad de derechos, en este sentido se resalta la capacidad de los migrantes de organizarse en función de sus intereses económicos y sociales (negocios étnicos, asociaciones) en el lugar donde se instalen (Basabe & Bobowik, 2011). Por otra parte, Beck y Beck-Gernsheim (2012, p. 223) argumentando que el origen del distanciamiento del grupo de origen lo relacionan con el significado de "*outsider*", de extranjero, es decir, preguntar o preguntarse por el origen y verse así confrontado una y otra vez, con la historia de la propia familia, a menudo marcada por la pobreza y la huida. Así, el espectro de opiniones va desde el orgullo por el origen, aun siendo un origen de desigualdades sociales, a eludir los orígenes con la negación pura y simple.

Son también habituales las comparaciones sobre la suerte de unos y otros. Saber entre los compatriotas quién asciende y desciende en estatus, hace sentir orgullo o vergüenza. Hablar de envidia, por ejemplo, tiene que ver con patrones culturales y costumbres sociales sobre qué es lo envidiado, qué tipo de desigualdad, la provoca. La envidia que divide entre ganadores y perdedores, o entre los que se consideran perdedores, o sienten que les consideran perdedores, en estas circunstancias la envidia puede ser mayor. El individualismo y la ética de la igualdad de oportunidades crea una susceptibilidad general a la envidia (Hochschild, 2008)[70]. Otro de los fenómenos que pueden influir en el rechazo hacia los compatriotas es que los inmigrantes cualificados y mejor situados laboral y socialmente, pueden presentar un discurso elitista respecto de sus compatriotas, pueden buscar diferenciarse del estigma de la inmigración (Bobowik et al., 2014), tratando así de desvincularse de ellos, rechazando a los poco cualificados y, participando así, en la ideología de la población dominante de que lo peligrosamente diferente de la condición de inmigrante radica en su masividad (Pereda et al., 2010).

La adaptación puede ser mejor dependiendo de la aceptación de los nativos, en cómo se generan relaciones de aceptación y apoyo, del significado de "hacer amigos nativos" y la percepción acerca de estas relaciones. Las oportunidades de interacción con los nativos por medio de relaciones positivas que permiten percibir un nivel satisfactorio de integración social. Puede que ese tipo lazos no tengan la fuerza de los lazos familiares, puede que tengan menos efectos en cuanto al compromiso o no sean tan determinantes, pero si pueden implicar sentimientos de valor y reconocimiento en las situaciones de estrés de aculturación que se describen. Aun así, los inmigrantes con más facilidad para establecer contactos con

[70] En referencia al concepto de envidia de Comte-Sponville (2003, p. 186): "*es el deseo de lo que no se tiene y el otro posee, unido al deseo de ser ese otro o de ocupar su lugar. Hay odio en la envidia, casi siempre. Y envidia en el odio con bastante frecuencia. ¡Siempre se nos perdonan más nuestros fracasos que nuestros triunfos! Esto es válido particularmente en la vida intelectual. El odio crece en proporción directa al éxito*".

nativos, serían aquellos con redes con un débil componente etnocultural donde tener relación con personas nativas, o de otros países indistintamente, implica valoración de la diversidad cultural y de la ayuda mutua (Pereda et al., 2010)[71].

7.2. La soledad

Por último, se hace referencia a los inmigrantes sin red social propia o, con escasas relaciones sociales, interpersonales e intergrupales (no se conoce a nadie frente a número de migrantes y familias en situación semejante). Para Achotegui (2002), si la red social intervine en el diagnóstico de los trastornos mentales, la consecuencia de las pérdidas de este apoyo derivadas de la migración es que los individuos puedan enfermar física y mentalmente, la percepción de soledad y la angustia derivan de experimentar dificultades para entablar una relación significativa con alguien. Sin relaciones de preocupación mutua que ayuden en las separaciones y reencuentros la experiencia de la migración es más estresante. Podemos encontrar familias llenas de desapego, sin amigos previos o familia extensa, se ven privados por esta falta de participación de fuentes de apoyo, de la necesidad común de contar con otros para sobrevivir.

Hay un abanico de situaciones que van desde el aislamiento al exceso de involucración y está en relación con el tipo de cultura al que se migra, con el tipo de ambiente social, laboral, vecinal en el que se insertan que puede ser, facilitador o no, de integración en redes en la comunidad. Poder contar con una red de otros migrantes, contextualizar sus culturas de origen, poder tomar partido por sus orígenes si así lo quieren, mantener la lealtad hacia su pasado o, elegir superar orígenes pasados, como una forma de resiliencia o de sanar heridas. Puede haber personas con pocos o ningún contacto con sus países de origen, pero siempre permanece algún tipo de conexión, de pertenencia, a través de la memoria, la nostalgia, la imaginación, adoptan algún modo de pertenencia, o algún tipo de comunidad aunque tengan, como se ha dicho, débiles lazos sociales Levitt (2010).

La soledad que las mujeres migrantes experimentan, sobre todo en los primeros meses después de la llegada, puede alargarse durante años y entonces el sentimiento de desarraigo puede ser alto. Un sentimiento de no ser de ninguna parte, responde también a una historia personal de fracaso y a sentimientos de depresión (Pereda et al., 2010). Oso Casas (2010), en concreto, destaca la situación de las empleadas domésticas internas, cuyas relaciones se vuelven más cerradas si no disponen de cualificación que les permita cambiar de empleo. La irregularidad administrativa condiciona a las mujeres recién llegadas y debilita las ya precarias relaciones sociales en un contexto que no es el suyo (García Borrego, 2010)

Cuando una familia migra, más en aquellas migraciones que traspasan límites culturales, cada miembro abandona numerosos aspectos de su red social personal. La red dejada atrás puede ser mantenida a través de la comunicación virtual o del recuerdo, pero hay lazos que inevitablemente se pierden para siempre, al perder la cotidianeidad del contacto diario que va desgastando el vínculo. Siempre se encontrarán situaciones en las que se han roto los vínculos por completo, en ambos contextos, y que expresarán el sentimiento de "nada aquí y nada allí", corresponderían con las situaciones de más riesgo entendiendo éstas como de más inseguridad y desamparo.

[71] En estudio de Levitt (2010, p.28) se señala como, por ejemplo, los nuevos inmigrantes irlandeses (en Estados Unidos) percibían que tenían mucho más en común con los inmigrantes vietnamitas que vivían junto a ellos que con los propios irlandeses, que también como ellos trabajaban duro, intentando ahorrar dinero y sin vivir en un pasado inexistente: "*si tengo que escuchar una historia más sobre el viejo país, me muero me dijo Liam, de 28 años*".

8. AFRONTANDO EL DESAFÍO: DEL DESAJUSTE A LA ADAPTACIÓN

8.1. El desajuste: afrontamiento no adaptativo

Entre las respuestas emocionales y conductuales a los sucesos vitales, unas resultan adaptativas y ayudan a continuar mientras otras generan malestar y dificultades. En los recursos de afrontamiento, se han de tener en cuenta aquellas variables, que tienen que ver con procesos de atribución causal y que están en relación con creencias, normas y valores que vienen dadas desde la cultura y trasmitidos a través del proceso de socialización. La migración, siempre se ha considerado un hecho traumático, porque las circunstancias que a menudo la rodean pueden ser especialmente difíciles, así la soledad y el miedo caracterizan muchas migraciones, siendo un proceso que conlleva niveles de estrés intensos, pudiendo superar la capacidad de adaptación y afrontamiento de las personas. El desajuste emocional, o el hecho de presentar síntomas, pueden estar relacionados con el racismo, la percepción de discriminación, las dificultades económicas, la falta de recursos sociales y otras causas sociales que provocan preocupaciones y estrés persistente. Además de multiplicidad de cambios y demandas de ajuste ponen a prueba el sentido de seguridad e identidad personal (Achotegui, 2010). No obstante, el afrontamiento también depende de los rasgos específicos de personalidad, creencias o formas de ver el mundo que facilitan la adaptación a los acontecimientos con más o menos efectividad (Kleinke, 2001).

El hecho migratorio no afecta por igual a todas las personas y sus percepciones son variables. Los sucesos y cambios vitales pueden o no provocar crisis, dependiendo de su duración, su impacto, su gravedad y el grado de controlabilidad y deseabilidad de los cambios (Basabe, 2003). Las personas sometidas al estrés de aculturación que tengan un sentido alto de control personal, un sentido de implicación en el suceso y un sentido de compromiso y desafío, es decir, consideran este cambio como un incentivo, o una oportunidad para mejorar, más que como una amenaza, sufrirán menos impacto y permanecerán más sanas que otras con personalidad menos firme (Basabe, 2003; Buendía & Mira, 1993). Se pueden diferenciar dos respuestas básicas ante el estrés, las estrategias centradas en el problema frente a las focalizadas en la emoción, y a su vez las respuestas de aproximación frente a las de evitación (Ruiz de Alegría, Basabe & Saracho, 2013), parece que el afrontamiento centrado en la emoción es más utilizado en situaciones donde el cambio no es posible, este tipo de afrontamiento puede confundirse con la descarga emocional o con síntomas de malestar emocional como la preocupación o el nerviosismo (Gilbar, Or-Han & Plivazky, 2005).

Por su parte, el manejo de las emociones difiere en relación al género y la cultura, por ejemplo el manejo y elaboración de emociones inadecuadas o peligrosas, la forma de tramitar los sentimientos negativos de rabia angustia y la fuerza para manejar el propio estrés emocional. Hochschild (2008, p. 293) destaca que una cultura emocional es un conjunto de rituales, de creencias, de reglas, que inducen a focalizar y tramitar las emociones, refiere como en la expresión de emociones y sentimientos se mezclan

factores como la clase social, el género, la raza y la personalidad que influyen y guían la manera de interpretarlos. Estos factores hacen que las emociones sean apropiadas o inapropiadas en función del contexto y la cultura, sin olvidar que hay sentimientos que reflejan modelos de pertenencia social que pueden llegar a ser casi universales[72]. Algunos sentimientos, como la vergüenza o el miedo, son más claros y distinguibles que otros como la soledad, la culpa o la tristeza, más subjetivos e imprecisos y sometidos a diferencias de género.

Entre los sentimientos negativos más comunes se destaca la baja autoestima o autodevaluación es sentir que "no se da la talla", es la incapacidad de responder a las exigencias que se perciben sobre sí, es una modalidad de descalificación de relevancia clínica. Las personas depresivas, por ejemplo, crecen en una atmósfera relacional marcada por el menosprecio de uno mismo y consideran inútiles los esfuerzos para estar a la altura de lo que se espera de ellas (Linares, 2012). En estas circunstancias se vive con sentimientos de inseguridad, vulnerabilidad, incertidumbre, y miedo a las consecuencias de sus actos y decisiones. La baja autoestima puede derivar, en el caso de las mujeres, de su estatus o de su posición de discriminación que conlleva la infravaloración de sus habilidades y la atribución interna de sus fracasos. Así, las mujeres sustentan más la creencia de que los sucesos negativos están causados por factores internos, en este sentido el temor al fracaso, por ejemplo, está relacionado con la baja autoestima (Vergara & Páez, 1989).

Respecto a estas diferencias en los roles de género, las mujeres experimentan, en general, emociones más intensas, más síntomas ansioso-depresivos y, además, externalizan más dichas emociones en comparación con los hombres. Asimismo, recuerdan más sucesos emocionales, tanto positivos como negativos, lo que está en relación con el hecho de que las mujeres son más introspectivas y precisas en el reconocimiento de su mundo interno. Las mujeres tienen relaciones interpersonales más intensas, reflexionan sobre estas relaciones y aciertan más en estas relaciones. La intensidad afectiva de las mujeres se explica por esta mayor sensibilidad emocional o empatía, motivo por el cual presentan mayor memoria afectiva, por tanto recuerdan más emociones. La mayor expresividad emocional se explica también por el hecho de que las mujeres utilizan más la expresión emocional en las relaciones interpersonales, además tienden a controlar más las emociones negativas (ira, agresividad) y a mostrar más emociones positivas. La mayor capacidad de empatizar también hace a las mujeres más vulnerables a presentar trastornos del ánimo (depresión y ansiedad) en relación con las demandas familiares o ambientales, lo que también interfiere en la percepción subjetiva de bienestar psicológico. Las emociones están basadas en las normas sociales, los roles femeninos tienen un carácter más expresivo centrados en la armonía grupal y en compensar necesidades afectivas (Echebarría & Páez, 1988; Vergara & Páez, 1989).

Los sentimientos negativos también estarían en relación con la percepción de sentimientos de injusticia e infravaloración, el hecho, por ejemplo, de sentirse víctimas de la situación que están viviendo, sentirse "esclavizadas" en vez de liberadas. El miedo, la vergüenza y la desconfianza están presentes si se sienten rechazadas o se perciben como no formando "parte de". En las mujeres migrantes el hecho de dar más importancia a los deseos y necesidades de los otros que a los propios, por sentimientos de endeudamiento excesivo y de culpa hacia los hijos u otras personas significativas, genera malestar y resentimiento. Sin olvidar que las dificultades de afrontamiento también se relacionan con la desprotección familiar y social, con relaciones de pareja conflictivas o insatisfactorias, con un estatus socioeconómico bajo, con

[72] Hochschild (2008, p. 182) denomina como "*diccionario emocional colectivo*" o "*diccionario emocional cultural*" lo que define o delimita los sentimientos que reflejan los usos emocionales locales y expresan la idea de un lenguaje grupal que contiene determinadas experiencias emocionales, cada una con su propia ontología

acontecimientos negativos recientes y con la sobrecarga y falta de ayuda en las tareas domésticas y familiares.

Utilizan diferentes mecanismos para tratar de olvidar, la evitación hace referencia al aislamiento social deliberado, desvincularse o romper con lo establecido y conocido puede ser un estado de inhibición, de distanciamiento del problema o seguir como si nada hubiera ocurrido. El intento de evitar el problema no pensando en él o, en las emociones que genera, tiene relación con la desconexión mental, con la evitación cognitiva y conductual (conductas de abuso de alcohol u otras sustancias entrarían en esta descripción). La evitación puede, por tanto, estar asociada al estado de ánimo depresivo, caracterizado por falta de comunicación y poca expresividad, y a la insatisfacción con la vida. La resignación o mantener la insatisfacción en secreto, conllevaría la ausencia de apoyo social y la percepción de soledad. El aislamiento social implicaría "protegerse" y evitar demostrar el malestar o los sentimientos negativos, que es una de las reacciones características de estos estados depresivos, y puede interpretarse como una forma buscar aprobación y evitar conflictos. Pero también, la evitación puede tener efectos positivos a corto plazo, como un mecanismo de adaptación paulatina a una situación estresante, mientras que a largo plazo son más positivas las formas activas de afrontar los sucesos (Suls & Fletcher, 1985), aunque la utilización de ciertas formas evitativas frente a la utilización del afrontamiento activo ante situaciones difíciles de cambiar parece ser más efectiva (Basabe, Valdoseda & Páez, 1993). Aceptar las responsabilidades pensando críticamente sobre uno mismo es lo contrario a actitudes de escape y evasión.

Asimismo, y según Falicov (2008), se pueden utilizar el mecanismo de no pensar, de no expresar, de no hablar, creyendo así poder controlar la angustia de la separación, como una forma de bloquear los afectos. Controlarse o resignarse pueden ser reacciones universales ante experiencias traumáticas pero también están condicionados por la religión, la cultura, el género o la clase social. Se destaca también como estrategia desadaptativa la rumiación, hace referencia a focalizar la atención sobre sí mismas (pensamientos y sentimientos internos), lo que refuerza las cogniciones negativas y se asocia a estados de ansiedad (Ruiz de Alegría et al., 2013). Se caracteriza por pensamientos repetitivos u obsesivos lamentando las pérdidas, por ejemplo, en el caso de las separaciones, sin distraerse y ocuparse en algo que ayude a superar la tentación de caer en el constante lamento. Es una estrategia negativa y poco adaptativa aunque en determinadas situaciones puede intervenir en procesos de crecimiento personal a través de la búsqueda de significado de los problemas (Vázquez, 2009).

La expresividad emocional estaría relacionada con el manejo del malestar psicológico, pudiendo ser tanto una forma adecuada de control emocional como una descarga inadecuada cuando es intensa y descontrolada, teniendo un efecto negativo en las relaciones interpersonales, porque desestabiliza y provoca desequilibrios relacionales. Se utiliza la expresión descontrolada de emociones negativas, como reacción ante situaciones de sobrecarga y estrés psicosocial, la ira o la rabia pueden ser formas de tramitar los sentimientos y expresiones de agresividad u hostilidad como forma de calmar la tensión. En los estados depresivos o de baja tolerancia a la frustración también puede haber descarga emocional y una expresión no controlada de las emociones. Es destacable la estrategia de confrontación como una actitud reivindicativa que tiene que ver con defenderse y luchar por conseguir lo que se quiere, hacerse valer y ser capaz de indignarse, estaría en relación con una valoración positiva en la medida de cambiar y crecer como persona y tener la conciencia tranquila.

8.2. Afrontamiento adaptativo

Entendiendo la separación por la migración como una carencia, cuando se hace referencia al afrontamiento, en este apartado se destacan los obstáculos que se han de superar para tolerar el proceso de adaptación (frustración, manejar el estrés, ajustarse a las situaciones nuevas, etc.), y los logros para poder conseguir el equilibrio emocional durante el proceso y ajustarse a las rupturas con lo familiar. Se describe el estilo personal para enfrentar situaciones sin culpabilidad, así como la fortaleza para explorar pautas, para modificar y utilizar recursos internos y externos en beneficio propio y en el de los suyos. Se describen los puntos fuertes en los que se apoyan las mujeres migrantes para adaptarse, aun reconociendo el impacto puede darse una mezcla ambivalente de sentimientos positivos y negativos respecto a esta experiencia. Como se ha venido señalando las características biológicas y psicológicas, junto con otras características como edad, apariencia física, y los recursos intelectuales que junto con la motivación y la firmeza facilitarán el ajuste psicosocial y el afrontamiento (Inclán, 2009).

Cuando las personas se encuentran frente a experiencias negativas o traumáticas buscan maneras de enfrentar estos hechos y, las funciones de este afrontamiento, están en relación con regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las intenciones sociales, de este modo, las mujeres que presentan mayor autoestima y apoyo son las que utilizan estrategias más eficaces, así la resolución de problemas junto con la búsqueda de apoyo conduce a la adaptación. Compartir los problemas con otros es una estrategia más utilizada por las mujeres que por los hombres, esta búsqueda se dirige a buscar comprensión, cercanía y ayuda concreta. Contar con una red de apoyo tanto en destino como en origen es protector, en origen para que no tengan que ocultar los problemas ni las emociones y en acogida en el mismo sentido, hablar con otras personas mejora las creencias positivas sobre uno mismo y la percepción de control (Martín Beristain, 2005; Vázquez, 2009).

En general las mujeres buscan más apoyo emocional y piden ayuda profesional o psicoterapéutica para afrontar los momentos de desánimo, las mujeres reconocen más su angustia y asumen sus responsabilidades cuando surgen problemas familiares. Los hombres no son tan activos a lo hora de buscar ayuda, muchos consideran la vulnerabilidad y la terapia como signos de debilidad e inadecuación (Whals, 2004). En los estudios epidemiológicos occidentales se constata que el porcentaje de mujeres que consultan en los servicios de salud mental es más alto que el de los hombres. Las mujeres presentan más problemas psicológicos que los hombres, pero también ellas tienden a tomar conciencia de estos problemas como psicológicos. Por otra parte, hay una mayor tolerancia social a la sintomatología femenina, se acepta más fácilmente que la mujer sea usuaria de tratamientos y servicios sociales. Las diferencias de roles de género también muestran como las mujeres presentan estrategias de afrontamiento más efectivas, sobre todo en las situaciones de estrés interpersonal, que los hombres y, también, que buscan y reciben más soporte social de otras mujeres en mayor medida que los hombres de otros hombres (López Araquistaín et al., 2006; Whals, 2004). Se destaca la búsqueda de apoyo emocional porque ayuda al reconocimiento de los sentimientos que se han sentido y a aceptar la situación presente. En el caso de las mujeres migrantes no quedarse atascadas en el pasado y en la melancolía es vital. La capacidad para establecer relaciones gratificantes y hacer una comparación optimista está más presente en las personas que presentan un estilo de apego seguro, disfrutan de la amistad y la confianza, tienen la autoestima alta y sienten que otros les aprecian, les apoyan y les cuidan, frente a otros estilos de apego ansioso o ambivalente donde se sienten preocupados por el rechazo (Kleinke, 2001).

Si se destaca la resiliencia como la capacidad para enfrentarse y recuperarse de las circunstancias adversas además de salir fortalecido y con más recursos (Whals, 2004) Así se considera afrontamiento

adaptativo aquel que está en relación con la ausencia de culpa, la tolerancia a la incertidumbre, el autocontrol, el esfuerzo para encontrar un significado positivo a la situación, la autopercepción sobre las capacidades para salir adelante, además de ser flexible adaptarse a los cambios y conseguir vivir y desarrollarse positivamente y de manera socialmente aceptable a pesar del estrés que comporta el proceso (Achotegui, 2011).

Por otra parte, se incluye la religiosidad como una estrategia de afrontamiento emocional (individual o grupal) utilizada frecuentemente por los migrantes. La religión aporta fortaleza y consuelo, y pone en contacto con otras personas que piensan de un modo parecido. Creer que Dios ayuda proporciona tranquilidad y confianza ante acontecimientos negativos. Las actividades religiosas, son un sostén importante para superar de las separaciones, ayudan a encontrar un sentido a esta experiencia y a no encontrase solo ante ella en las personas religiosas. Se destacan las actividades comunitarias y la afiliación religiosa porque fomentan el bienestar, la pertenencia a un grupo y la participación en actividades sociales regulares son factores protectores en la vida (Walsh, 2004) en estos procesos de superación y adaptación que se analizan, los rituales sociales y religiosos proporcionan un sentimiento de cohesión, y solidaridad grupal por la adhesión a un sistema de creencias y valores sociales comunes. Se quiere destacar también que practicar de forma consciente y deliberada el altruismo proporciona bienestar positivo, así como participar en grupos para poder expresarse sin prejuicios y sentirse comprendido.

En general, la regulación emocional haría referencia al manejo de las emociones negativas y del estrés. Se trata de manejar emociones como enojo, rabia y cómo controlar las respuestas a estas emociones en función de las circunstancias. La expresión emocional regulada está en relación con las características de la personalidad, como la capacidad intelectual o los niveles de neuroticismo u, otras características, que influyen en estas reacciones. Pero hay condiciones en las que es difícil manejar las emociones, esta habilidad tiene que ver con los sentimientos, con las relaciones interpersonales y con el interés propio, maneja las emociones quien es capaz de controlarlas y utilizarlas en diferentes escenarios como familia, o el trabajo. La reestructuración cognitiva o los intentos de encontrar formas de pensar positivos (mirar el lado bueno de las cosas), y realistas, se asocia al bienestar subjetivo, mejora el control de la situación y ayuda a resolver problemas. La regulación emocional en el caso de las mujeres migrantes puede ser una estrategia utilizada para regular las emociones negativas respecto al prejuicio que sufren por pertenecer a grupos estigmatizados, pueden recurrir a recursos cognitivos para cambiar sus sentimientos de inferioridad o para lograr el bienestar subjetivo y reinterpretar la realidad que les causa malestar (Basabe, 2003).

El afrontamiento adaptativo, desde la perspectiva de las formas conductuales de distracción como estrategias para sentirse bien, solo o con otras personas, hace referencia a aquellas actividades relacionadas con el ocio, la diversión o el aprendizaje, como actividades intrínsecamente agradables, placenteras y significativas que sirven para desconectar (olvidar los problemas), relajarse y disfrutar: Practicar estas actividades proporciona serenidad, ayuda para centrarte en lo positivo y proporciona bienestar subjetivo Participar en este tipo de actividades se asocia con un menor malestar emocional y una mayor satisfacción con la vida y con el manejo de emociones negativas (Delle Fave & Basi, 2009). Se puede postular que las inmigrantes a través de la distracción intentarán evadirse de su condición y situación social evitando las situaciones que las exponen a la discriminación. Lyubomirsky (2011, p. 263) hacen referencia a las experiencias óptimas de flujo, a *"las ventajas de fluir*" en el sentido de estar absorto haciendo algo (pintar, escribir, conversar, bailar, etc.), perder la noción del tiempo, se refiere a un estado de ensimismamiento y concentración en el momento presente. En este estado las personas refieren que se sienten fuertes y eficaces, alertas, con control, realizan una actividad porque sí. La clave para crear "flujo" es establecer un equilibrio entre habilidades y desafíos en casi todas las actividades de la vida, si las

dificultades de la situación aplastan el nivel de habilidad o de experiencia, la ansiedad o la frustración aparecen. Para esta autora fluir es la forma de describir una experiencia que cae en el lugar justo "*entre el aburrimiento y la ansiedad*".

8.3. Afrontando la experiencia de minoría étnica

La exposición al prejuicio, al racismo y a la discriminación es parte de la vida cotidiana de muchos migrantes, y puede tener efectos dañinos porque son experiencias que afectan a las relaciones dentro y fuera de la familia. Cómo se enfrentan a la discriminación, cómo asimilan o separan o adaptan sus estrategias para sobrevivir en un contexto diferente es lo que se señala en este apartado, en referencia a la adaptación psicológica desde el ajuste sociocultural y la disposición de estas mujeres para enfrentarse a la aculturación y, en qué medida, desean mantener la cultura original o distanciarse de ella. En definitiva se plantean las estrategias de afrontamiento que los grupos minoritarios utilizan cuando tienen que hacer frente al estigma y a la discriminación percibida (Bobowik et al., 2014).

En relación a las pérdidas etnoculturales y a las dificultades de identificación (o a las ventajas de la identificación) con el país destino, se pueden dar diferentes estrategias, simplificando el modelo de Berry (2005), por una parte, la desvinculación cultural y psicológica junto con el desarraigo y ruptura con la cultura de origen, renunciando a lo propio para intentar integrarse; por otra, el rechazo y la separación con todo lo relacionado con el país de origen y al mismo tiempo la cultura del país de acogida (marginalización), dicho en otras palabras la pérdida de contacto cultural y psicológico con ambas culturas. Por último, la asimilación, conservar la identidad y las características de la cultura de origen y la integración en la cultura de acogida. La distancia tanto de la cultura de origen como de la cultura de adopción provoca sentirse "de ningún sitio" Así, las estrategias cambian y van desde abandonar a adaptarse, estrategias que irían, en cualquier caso, a evitar conflictos a preservar elementos de origen y simultáneamente incorporar elementos nuevos (Lega et al., 2009)[73].

El patrón de aculturación de las mujeres latinas en la CAPV va desde la asimilación, conservando aspectos de la tradición y la cultura del país de origen, a la total asimilación del país de adopción renunciando a las influencias etnoculturales previas, hasta el extremo opuesto, una marginalización sin perder la tradición y la cultural del país de origen (Basabe et al., 2004). Los individuos pueden recurrir cada vez menos a un acervo de tradiciones, orígenes y pasado evidentes, pueden participar de las emociones sentimientos de la sociedad de la que forma parte, hasta renunciar o desear renunciar a los vínculos que lo unen a su grupo de origen hasta, incluso, abandonarlo. Las personas adoptan estrategias de "desenganche" psicológico, cuando desean no sentirse identificadas ni con el grupo de origen ni con el grupo de acogida (Blanz, Mummendey, Mielke & Klink ,1998), esto puede significar una evitación de la identidad a nivel social a nivel cognitivo pero sin evitar el contacto con el endogrupo.

Grimberg y Grimberg (1984) sostienen que el emigrante con el fin de protegerse de los efectos dolorosos de las emociones de la separación de su grupo de origen, utiliza la disociación para no tener que evocar, en forma desesperada, las pérdidas sufridas: los familiares queridos, los amigos de toda la vida, las calles de su comunidad, los múltiples objetos cotidianos a los que ha estado ligado afectivamente.

[73] Pereda et al. (2010, p. 26) en su estudio presentan una gama de modalidades de instalación en España. Parten de diferentes concepciones como la posición de repliegue defensivo frente a la mayoría como fenómeno anómalo e ilegitimo que postula una situación de exclusión(sociedad intracultural); una posición de inserción subalterna para una minoría dependiente y subordinada de asimilación a la cultura mayoritaria (sociedad monocultural); una posición de integración igualitaria respeto de la diversidad cultural e igualdad de oportunidades (sociedad pluricultural) y, por último, una posición de crítica instituyente como efecto a las desigualdades inherentes a la historia colonial y a la actual jerarquización entre los estados (sociedad transcultural).

Mediante la desvalorización de tales pérdidas y la denigración de lo familiar y conocido, reforzadas por la exagerada revalorización de lo nuevo y desconocido, se tiende a negar la angustia y la culpa, sentimientos casi inevitables en toda experiencia migratoria. Otras veces, las emociones son inversas, invirtiéndose el contenido de esta disociación, la tierra abandonada se evoca con toda clase de virtudes magnificas y añoradas, mientras que el país de destino se carga de defectos y connotaciones negativa.

La fortaleza y resistencia ante las demandas del entorno y la cultura dominante tienen que ver con la capacidad para sortear obstáculos y prejuicios derivados del género y de las características étnicas. Esta comparación social puede ir desde la percepción de desventaja "*estoy peor que*" a la no percepción de discriminación, apreciando un trato positivo, y una buena acogida y mostrando una actitud de agradecimiento. También pueden optar por actitudes de distanciamiento, con estrategias de ocultar el origen (no mezclarse o pasar desapercibido), desvinculándose, o rebelándose contra su cultura de origen. Pero esta última estrategia de afrontamiento de la experiencia de minoría étnica pasa muchas veces por la adaptación a las normas, creencias, valores y formas de conducta dominantes, creyendo que existen estereotipos negativos hacia su endogrupo pueden internalizar un grado de culpa y vergüenza por pertenecer a un grupo estigmatizado y reproducir estos estereotipos y creencias negativas.

Hochschild (2008, pp. 202-203) describe una de las preparaciones emocionales que emplean las minorías para integrarse en el grupo mayoritario es *"desarrollar un sexto sentido protector, una sensibilidad especial frente a los demás (…) esta paranoia social nos permite defendernos del dolor, o de la humillación y reencuadrar los insultos personales calificándolos de "el prejuicio de X": es la equivalencia psicológica del escudo protector que proporciona el estatus".* Señala además, que cuanto más alto es el estatus más protegidos se está de la hostilidad y menos armas emocionales se necesitan. Así, respecto al género y la etnia (o la procedencia), nuestra estabilidad social depende de nuestro contexto. En el caso de los inmigrantes los estereotipos ejercen su influencia en los contactos interculturales porque marcan la intensidad de las relaciones entre personas de distintos orígenes en función de creencias compartidas que no se cuestionan (de Luca, 2015).

Los estudios sobre los estereotipos de los grupos sociales y étnicos encuentran dos dimensiones básicas: la competencia y la sociabilidad, dimensiones que varían en función del estatus del grupo, de manera que los grupos de alto estatus se les considera más competentes y lo de bajo estatus más sociables, lo que sirve para justificar las diferencias sociales de poder (Betancor, Rodríguez - Pérez, Rodríguez - Torres, Leyens & Quiles, 2005; Techio, 2011). Estas dimensiones sirven para afrontar las situaciones de desigualdad de los grupos de menor estatus, en parte por la comparación social ventajosa respecto a la sociabilidad (Bobowick, et al., 2014; de Luca, 2015).

Las estrategias que los inmigrantes utilizan para distanciarse del estigma y de los estereotipos negativos, y orientarse hacia una movilización social ascendente y poder cambiar de estatus, también se basan en cambios cognitivos centrados en rescatar atributos de comparación favorables, considerándose, por ejemplo, como más capaces que el grupo dominante, así como estrategias que buscan reforzar la identidad endogrupal a través de la definición y la atribución del prejuicio al grupo mayoritario y, por último, con comportamientos colectivos como las estrategias de defensa de la identidad grupal defendiendo la igualdad de derechos sociales (Bobowik et al., 2014; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003)[74].

La convivencia intercultural entre inmigrantes y nativos frente al racismo, al sexismo y al clasismo, implica reconocimiento activo de la diferencia (y de las semejanzas) y la participación e intercambio entre grupos sociales, suele destacarse el rechazo, tanto colectivo como individual, asociando inmigración a los conflictos, la delincuencia o la amenaza cultural (Igartua, Muñiz, Otero, Cheng & Gómez-Isla , 2008; Parella & Cavalcanti, 2008, p. 221) denominan como "etnicidad reactiva" al mecanismo adaptativo de autodefensa y reafirmación frente a la discriminación, este mecanismo favorece la creación de espacios sociales transnacionales que facilitan estrategias para la superación de barreras físicas y simbólicas a las que se enfrentan los migrantes. Describen este mecanismo como una reacción de grupos subordinados ante la pérdida de estatus como grupo social lo que "*moviliza la etnicidad ideológica de solidaridad grupal que adquiere un dimensión transnacional*", se trataría de mantener los vínculos tanto comunitarios como de parentesco.

Diversos estudios (Basabe & Bobowik, 2011; Bobowik et al., 2014)[75] sobre las formas de afrontamiento en la población inmigrante, mostraron que las estrategias de lucha por los derechos colectivos son relativamente compatibles con la estrategia individual de movilidad social. La competición social y las comparaciones dentro del grupo se asociaban tanto al bienestar psicológico como al social, en las comparaciones intragrupo hacían una valoración positiva del proyecto migratorio lo que permite una valoración positiva es la sensación de control del medio, y sostiene reclamar la igualdad para los inmigrantes, ambas estrategias, y según esta investigación, se dan cuando el bienestar social es alto, porque hay una sensación de integración y de contribuir a la sociedad de acogida. Por otra parte, la movilidad individual, el desenganche (no sentirse identificadas ni con el grupo de origen ni con el grupo de acogida) y la comparación intergrupal se asocian negativamente al bienestar subjetivo. Todo ello supone, que la movilidad individual tiene un coste personal para regular emociones negativas derivadas de la situación de desventaja social y, que el afrontamiento colectivo se da, cuando hay una percepción de que la situación de minoría es desventajosa, y es difícil el desarrollo personal y la integración social.

Pereda et al. (2010) en su investigación con veintidós grupos de discusión de diferentes orígenes, encontraron que el colectivo de origen hispano-hablante es el que se encuentra en una posición mejor respecto de actitudes de rechazo o aceptación, las mujeres inmigrantes de países de habla hispana se sienten más iguales, hay más voluntad de entendimiento y comparten las mismas preocupaciones que los

[74] Se destaca la idea de (Levitt, 2010, p. 21) al respecto: *"así, la lente transnacional cambia drásticamente el significado de incorporación. La experiencia migrante no es un viaje lineal e irreversible desde un membresía hacia otra. Más bien, los inmigrantes pivotan de aquí para allí, entre los países emisores y receptores, y otros desplazamientos importantes, donde se encuentran otros con-nacionales o religiosos, en diferente etapas de sus vidas. Más que asumir a priori que la etnia o la raza son las identidades matriz que organizan todas las demás, los investigadores deben analizar empíricamente cómo y en base a qué las personas construyen sus identidades, en qué organizaciones participan y cómo esas elecciones dan forma a su activismo social y político"*.

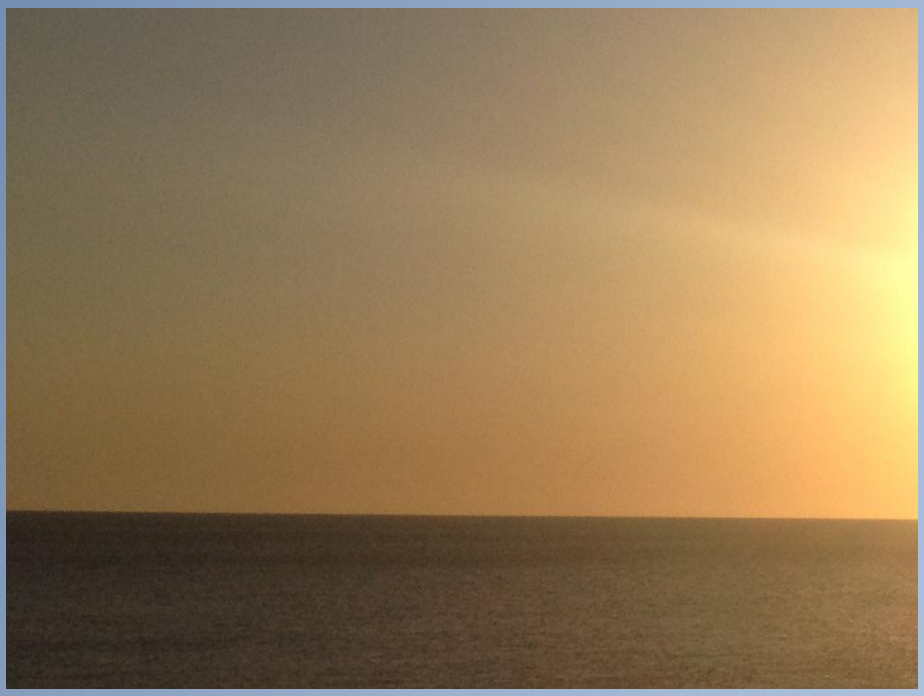
[75] Encuesta cuasi-aleatoria de inmigrantes en el País Vasco, estratificada por sexo y edad, sobre una población de 1250 inmigrantes procedentes de Bolivia, Colombia, Marruecos, Rumania y países de África subsahariana

nativos[76]. Estos autores constataron que presentaban un discurso exculpatorio de la sociedad autóctona, desplazando hacia ellas mismas y sus orígenes sus problemas, de esta forma interpretan la sociedad autóctona como abierta y culturalmente diversa y que los conflictos son derivados de la mera convivencia. Por tanto, continúan estos autores, aspiran a reunir condiciones de igualdad y conseguir las mismas posibilidades de integración igualitaria, hacer valer sus intereses y derechos y no sentirse víctimas de discursos de discriminación. No obstante, prosiguen, el repliegue en la comunidad de origen es más fuerte si se lleva poco tiempo, donde hay todavía dificultad para relacionarse con los autóctonos, donde el estrés económico es grave y hay sensación de rechazo y de invisibilidad social real o, producto de la propia percepción personal derivada del estrés de aculturación. En el inicio el repliegue en la propia comunidad etno-cultural es una forma de eludir la nostalgia y la tristeza que supone estar lejos de la tierra y de los tuyos. Este repliegue en lo propio entre compatriotas o familiares es defensivo ante actitudes y prácticas de rechazo, es característico de los primeros años de estancia, y responden a las prácticas de discriminación o racismo, con prácticas de ocultación o simulación buscando reconocimiento[77].

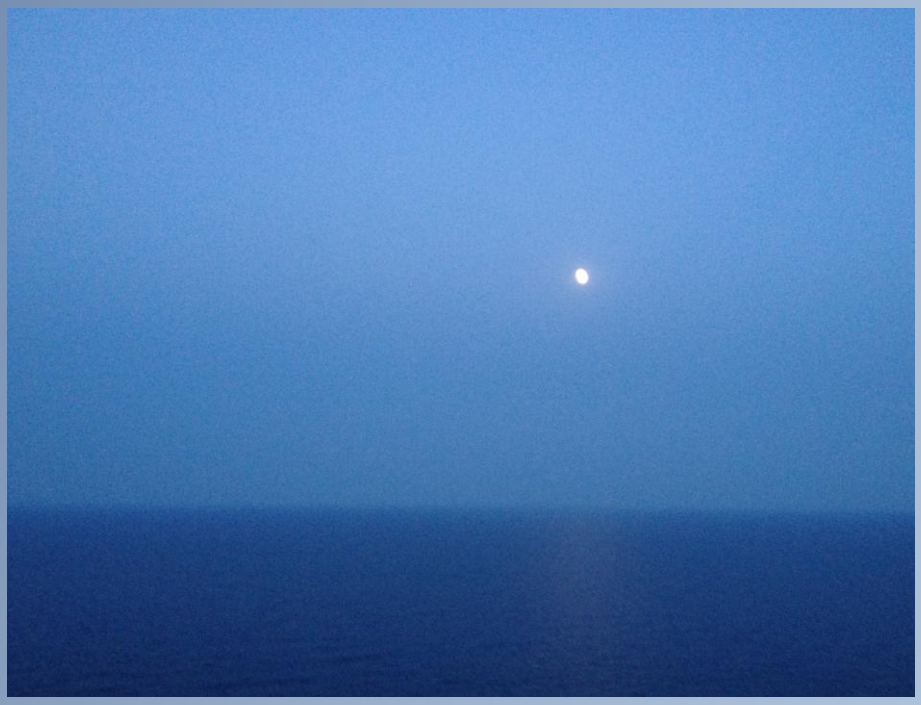
Se quiere enlazar con esta noción de afrontamiento con esta tendencia a la acción la idea de Le Breton (1999, pp. 269-270) de que el dolor emocional es inherente a la vida, vivir tiene un valor virtualmente precario, amenazado "*En todo dolor hay en potencia una dimensión iniciática, un reclamo para vivir con mayor intensidad la conciencia de existir (…). Es una herramienta de conocimiento, una manera de pensar los límites de uno mismo, y de ampliar el conocimiento de los demás*". En este sentido, continua el autor, el dolor fuerza al individuo a la prueba de la trascendencia, lo proyecta fuera de sí mismo, le revela recursos en su interior cuya propia existencia ignoraba, sale de la prueba siendo otro. Por último, se hace referencia a la cita de Hochschild (2008, p. 127): "*los habitantes de la cima suelen percibir el mundo como más benigno. Ello resultará más probablemente cierto cuantas más posiciones jerárquicas (clase, raza –origen étnico-, género) se ocupen. Una de las razones por las cuales resulta deseable obtener poder, honor, y gloria es, precisamente, la posibilidad de lograr protección frente a la hostilidad y exponerse a la admiración y al agrado. Por consiguiente, puede afirmarse que las personas poderosas y las que carecen de poder viven en mundos emocionales, sociales y físicos diferentes*".

[76] *"El proceso de adaptación depende también de la distancia social y cultural del país de origen y resulta más fácil para aquellos colectivos que comparten la lengua, la historia y otras características de la sociedad española. (…) en el caso de los latinoamericanos en general destacan sus lazos histórico e idiomáticos"* (Pereda et al., 2010, p. 52).

[77] "*Para un sector de la inmigración venir a España implica una "carga" que es preciso asumir con responsabilidad; adaptarse a las normas y costumbres españolas (…) no vale aislarse o replegarse en "guetos" para mantener las costumbres de origen; más bien la inserción requiere "abrirse a los demás" y "asumir la cultura" del país de acogida. (…) ello exige recorrer un proceso de aprendizaje o asimilación*" (Pereda et al., 2010, p. 49).



Estudios



Estudio 1.

Revisión bibliográfica

ESTUDIO 1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN.

Se pretende llevar a cabo una Revisión Sistemática sobre salud mental de la población inmigrante, haciendo hincapié en lo que sucede entre los emigrantes latinoamericanos, en especial en las mujeres inmigrantes latinoamericanas en nuestro entorno. El objetivo es ofrecer una panorámica amplia respecto a las diferencias en salud mental entre inmigrantes comparados con sus pares nativos, así como recoger los estudios que analizan los factores psicosociales asociados a la emigración y el estrés de aculturación.

1.1. Tipo de estudio

Las características del estudio son las siguientes:

1.a. Una revisión lo más exhaustiva posible de lo publicado en revistas científicas e indexado en las principales bases de datos del ámbito de Ciencias de la Salud.

1.b. Una revisión descriptiva, que proporcione una puesta al día sobre conceptos útiles en un ámbito, como el de la salud mental de los emigrantes, que se encuentra en constante evolución.

1. c Una revisión sistemática que busque los estudios relevantes de forma ordenada y que sintetice de manera rigurosa la información.

1. d. Sin llegar ser un meta-análisis, se pretende que proporcione una aproximación estadística sobre los artículos y revisiones publicados.

1. e. Una revisión de estudios y revisiones bibliográficas, que analizan con métodos cuantitativos el objeto del estudio.

1. f. Se han incluido también artículos cualitativos, ensayos o artículos de opinión, aun entendiendo que el contenido que tales estudios está también contemplado en la marco teórico de la presente tesis.

1.2. Preguntas de la investigación

Las preguntas de investigación son las siguientes:

Cuál es el nivel de salud física y mental de los colectivos migrantes, su calidad de vida relacionada con la salud y su prevalencia de trastornos mentales.

Cómo utilizan y acceden a los servicios sanitarios, tanto de atención primaria como de especializada en salud mental, comparándolas con las de los grupos de nativos.

Cuál es la situación de estos colectivos en especial en el País Vasco, en el conjunto del Estado y fundamentalmente entre las mujeres emigrantes de origen latinoamericano.

1.3. Protocolo de la revisión

El proceso de selección de los estudios se realizó en 6 fases:

3.a) Búsqueda,

3.b) Revisión

3.c) Selección de artículos

3.d) Clasificación de la información.

3.e) Elaboración de resúmenes de los resultados obtenidos

3.f) Conclusiones

1.3.1- Búsqueda bibliográfica

Para la búsqueda de los datos se ha elaborado una sistemática de recogida de información de estudios y posterior digitalización de sus resúmenes, accediendo a los artículos en su totalidad cuando en los resúmenes no aparece el contenido que motiva el presente estudio.

Para la búsqueda sistemática y exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes se ha optado por los estudios redactados en castellano y en inglés. Por razones de factibilidad, ha parecido razonable incluir los estudios publicados en revistas sanitarias, pues éstas, al haber superado un proceso de revisión por pares y estar indexadas, pueden ser considerados fiables.

Debido a su mayor accesibilidad en el área sanitaria a nivel internacional, las fuentes de obtención de los estudios primarios se consultaron fundamental las bases de datos Medline, a través de Ovid, Pubmed y Psychinfo. Siendo MEDLINE una base de datos desarrollada por la National Library of Medicine dentro del ámbito de las Ciencias de la Salud (medicina, salud pública, psicología clínica, etc.) se adapta a las características del presente Estudio. Esta base de datos cuenta con un tesauro, un diccionario de palabras clave o descriptores, MeSH (Medical Subject Heading), que se asignan a cada artículo para conocer los temas de los que trata.

En toda la búsqueda se han empleado los siguientes filtros temáticos:

a) Mental, enfermedad mental, salud mental

b) Emigrantes, inmigrantes, emigración, migración.

c) Género

d) Mujer

e) Prevalencia

Los límites que se han establecido establecer son:

- Por fecha de publicación (artículos posteriores al año 2000, haciendo especial hincapié en los últimos años (2010-2015).
- Tipo de artículo (ensayo clínico, editorial, carta).
- Trabajos sobre humanos, excluyéndose otro tipo de ensayos y publicaciones.

Trabajando como base en la aplicación Ovid 2015, PubMed y PsychInfo se ha accedido el acceso a MEDLINE, con lo que con estas aplicaciones se ha complementado la búsqueda de artículos internacionales y para la búsqueda de artículos publicados en España se ha utilizado la principal base de datos en Ciencias de la Salud en español, el ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL (IME), que contiene referencias de la biomedicina (incluyendo psiquiatría, salud pública….). En este programa se ha llevado a cabo una búsqueda en la modalidad que permite la búsqueda por descriptores.

Se ha accedido también a la base de datos de medicina basada en la evidencia, a la COCHARME LIBRARY habiendo aparecido 62 artículos directamente relacionado con Mental Health, pero ninguno aplicable directamente con el objeto del presente estudio. Se utilizaron también las Revisiones Cochrane, de la Biblioteca Cochrane en español accesible a través de la página web del Ministerio de Sanidad. No han aparecido artículos relacionados directamente con las preguntas del estudio, más allá de guías preventivas de salud general, de tabaquismo, prevención del VIH y otras enfermedades.

Con los mismos criterios de búsqueda, en UP TO DATE nos ha aparecido un único artículo. (Walker, Barnett, & Stauffer, 2015). Este artículo nos ha llevado a una de las pocas Guías Clínicas basadas en la Evidencia para la atención a los emigrantes y refugiados, desarrollada en Canadá (Pottie et al., 2011).

1.3.2. Identificación de artículos potenciales

Los criterios empleados para la selección de los artículos a revisar se encuentran determinados por los objetivos de la revisión, es decir, las preguntas que se trata de responder en el Estudio, explicitadas en el apartado 2.

Se ha llevado a cabo una revisión de los artículos aparecidos en los años 2000- 2015, haciendo hincapié en la información aparecida en los artículos de los 5 últimos años, desde 2011 hasta julio de 2015. Centrar la búsqueda en dicho periodo nos proporciona una perspectiva en el tiempo, en consonancia con los cambios de la movilidad de personas migrantes y los porcentajes cambiantes de población migrante en nuestro entorno, desde la llegada de migrantes a finales de los noventa y la vuelta de emigrantes a sus países de origen en los últimos años, como consecuencia de la crisis económica. De esta manera se pretende abarcar desde el inicio de la progresiva llegada de población inmigrante, hasta la situación actual, tras años de crisis económica.

Entendiendo que son pocos los artículos de revisión bibliográfica de este tema en España, tal y como han constatado algunos autores, en la búsqueda se utilizó la bibliografía que aparece reflejada en las revisiones de los cuatro principales artículos que entendemos han llevado a cabo una revisión exhaustiva sobre este aspecto en nuestro entorno. En concreto son los artículos de: Achotegui et al. (2009); Collazos, Ghali, Ramos y Qureshi (2014); Malmusi y Ortiz-Barreda (2014) y Salinero (2013).

La existencia de estas revisiones han animado a hacer una revisión más extensa, que abarque también la situación de otros grupos de emigrantes o estos mismos, en especial los latinoamericanos, en otros países, tanto de Europa, por su proximidad geográfica, como de Norteamérica, donde los estudios sobre población emigrante y en especial de Latinoamérica, son abundantes. La actual situación de crisis migratoria en el Mediterráneo, ha propiciado contemplar también aquellos artículos que hacen referencia expresa a la situación de emigrantes por motivos políticos (refugiados).

La revisión en los siguientes buscadores ha seguido la siguiente sistemática: Para llevar a cabo una primera selección o cribado de los artículos se ha diseñado en MEDLINE la siguiente guía de selección de estudios

1.-Salud mental y Emigrantes. *Se emplearon dos palabras clave*

1.a) "Emigrants and immigrants" incluyendo todos los sub-encabezamientos; All subheadngs como: Classification. Education. History. Legislation & Jurisprudence. Psychology. Statistics & Numerical Data"… Como resultado de la búsqueda aparecen un total de 6.665 artículos.

1.b) "Mental" incluyendo todos los sub-encabezamientos (All subheadngs,) como: Community Mental Health Centers, Community Mental Health Services, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Mental Competency , Mental Disorders, Mental Fatigue, Mental Healing, Mental Health, Mental Health Associations, Mental Health Services, Mental Processes, Mental Recall, Mental Retardation X- Linked, Mental Status Schedule. National Institute of Mental Health (USA), United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration", mostrándose un total de 236.446 resultados.

1.c) Utilizando el operador boleano "AND" con el fin de para recuperar la máxima literatura posible existente que incluyera ambos palabras claves en las bases de datos consultados, "Mental" y "Emigrants / Immigrants", el total de resultados fue 741 artículos.

2. Prevalencia de trastornos mentales en emigrantes

2.a) Se utilizaron los 741 artículos de la búsqueda anterior (1.c)

2.b) Utilizando la palabra clave "Prevalence" aparecen un total de 205.514 resultados.

2.c) Utilizaron el operador "AND" para que se incluyeran las tres palabras clave "Mental", "Emigrants/Immigrants" y " Prevalence", el total de publicaciones fue 64.

3. Cuestionarios y salud mental de emigrantes.

3-a) Utilizando la palabra clave Questionnaire con los sub-encabezamientos: "Psychometrics" or "Middle Aged" or "Anxiety", or "Aged"•, or "Questionnaire" or "Health Status" or "Adult", or Stress", or "Psychological", or "Mental Disorder" or "Depression", resultan 6.028.531 artículos.

3-b) Utilizando la palabra clave Quality of Life con los sub-encabezamientos. "Quality of Life" "Middle Aged","Aged", "Adult" or "Questionnaires", aparecen un total de 5.871.782 resultados.

3.c) Relacionando ambas búsquedas (3.a y 3.b) con el operador And aparecen 5.838.615 resultados.

3-d) Cruzando estos últimos resultados con los 741 artículos de la primera búsqueda (1-c), se señalan 542 artículos.

4. Género y salud mental de emigrantes.

4-a) Utilizando la palabra clave Gender con los sub-encabezamientos: "Gender" or "Gender Identity" aparecen 192.844 resultados.

3-b) Cruzando estos últimos resultados con los 741 artículos de la primera búsqueda (1-c) se cuenta con 106 artículos.

5. Meta-análisis y revisiones sistemáticas de salud mental de emigrantes.

5-a) Utilizando la palabra clave Meta analysis, con los sub-encabezamientos: "meta analysis.mp" or "Meta-Analysis" se muestran un total de 81.987 resultados.

5-b) Utilizando la palabra clave "Systematic review" los resultados son 8.

5.c) Cruzando ambas búsquedas (5.a y 5.b) con los 741 artículos de la primera búsqueda (1-c), aparecen un total de tan sólo 3 resultados.

De la literatura en castellano se ha llevado a cabo una búsqueda Índice Médico Español (IME)**, q**ue selecciona las Bases de datos: ICYT - Ciencia y Tecnología, ISOC - Ciencias Sociales y Humanidades y IME – Biomedicina y los Directorios de revistas españolas (descripción completa de las revistas incluidas en las bases de datos): Revistas de Ciencia y Tecnología, Revistas de Ciencias Sociales y Humanidades y Revistas de Biomedicina. Todas ellas son producidas por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS) y el CSIC.

Se han utilizado las palabras clave: "migración", "inmigrantes", "mental", "prevalencia", "mujer" y "género"

En la opción de "búsqueda simple", las palabras clave "emigración" y "emigrantes" nos refieren a 2.203 y a 157 artículos respectivamente.

Utilizando la opción de "búsqueda por campos" y el operador "y", con las combinaciones "migración" y "mental" y "emigrantes" y "mental", la aplicación informática nos presenta respectivamente 15 y 1 artículo.

Utilizando las palabras claves "emigración" con el operador "y", con los "campos" "mujer" y "género", aparecen respectivamente a 57 y 128 artículos.

La combinación de "migración" y "prevalencia" solo se relaciona con 1 artículo.

Utilizando aquellos artículos, preferentemente de los últimos años relacionados directamente con las preguntas claves del estudio se seleccionan 16 artículos, la mayoría de los últimos 5 años, que se incluyen en la bibliografía y se clasifican en las diferentes tipologías de estudios (revisiones, encuestas, etc.)

1.3.3. Selección de artículos

Aunque cada base de datos tiene su estructura particular y utiliza unos criterios de indexación y palabras clave más o menos específicas, se han identificado títulos y resúmenes aplicando criterios de inclusión y exclusión.

Para la selección de los trabajos se establecieron como criterios de inclusión artículos originales sobre salud mental de la población inmigrante procedente fundamentalmente de Latinoamérica, África, Asia y Europa del Este. También se revisaron los estudios que aunque no especificaran la nacionalidad de los inmigrantes incluyeran categorías de inmigrantes, extranjeros, o similares. Se seleccionaron aquellos trabajos llevados en diferentes partes del mundo (España, Europa, América….) que evaluaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población de inmigrantes, la incidencia y prevalencia tratada en centros sanitarios, tanto de problemas de salud mental en la atención primaria como en centros especializados de asistencia psiquiátrica, bien ambulatoria u hospitalaria, factores de riesgo y protectores asociados a la presencia de trastornos psiquiátricos y aquellos que determinaran factores que inciden en el acceso a atención de salud y de salud mental.

1.3.4. Clasificación de la información

La información a extraer de los estudios primarios consensuada durante la fase de diseño del estudio, ha permitido aceptar o rechazar los estudios en base a su referencia, o no, a las preguntas de la investigación.

Para que la información quede bien organizada y sus partes integrantes encajen correctamente siguiendo un orden lógico, las variables se recogieron clasificadas según un guion previo, en los siguientes apartados:

a) Autores: autor principal y otros autores.
b) Año de publicación del artículo.
c) País y continente en el que se pública o se realiza el estudio.
d) Características del artículo: encuestas de salud, estudios trasversales o longitudinales de muestras de grupos que se comparan, en general, con población autóctona; estudios de incidencia y prevalencia tratada y de acceso a los servicio sanitarios y de salud mental; revisiones biográficas y meta-análisis Se ha recogido también la utilización de cuestionarios (general de salud mental, de ansiedad, depresión, calidad de vida, etc.)
e) Palabra clave directamente relacionada con la sintomatología psiquiátrica, la prevalencia de trastorno de salud mental, el acceso o utilización de los servicios y la calidad de vida relacionada con la salud.
f) Otras variables, en especial sociodemográficas; edad, género, permanencia en el país de acogida, primeras o segundas generaciones, refugiados, etc.
g) Objetivos del artículo y de la investigación.
h) Métodos empleados, muestreo, tamaños de la muestra y de los grupos, tipos de grupos, procedencia de los emigrantes, periodo de desarrollo de la investigación, cantidad y tipo de estudios revisados, etc.
i) Resultados más relevantes y conclusiones del estudio, tanto clínicos como de variables sociodemográficas. Se han obviado la mayoría de las recomendaciones de los autores.
j) Bibliografía: autores, título del artículo y revista y fecha en la que fue publicado. La bibliografía se ordena según los criterios bibliográficos de la APA que se incorpora a la bibliográfica general.

1.4. Análisis y Interpretación presentación de los resultados

Con el fin de llevar a cabo una presentación resumida de los resultados de los estudios primarios, obtenidos mediante la metodología sistemática señalada, se han clasificado los estudios y revisiones, según sus características en los siguientes apartados:

1.4.1.-Revisiones Bibliográficas y Meta-análisis

Se han agrupado ambos tipos de estudios, las revisiones de la literatura, incluyendo aquellas publicaciones en los que los autores llevaban a cabo un meta-análisis sobre la bibliografía estudiada.

1.4.2.- Encuestas de Salud

Bien continentales, nacionales, regionales, así como tipo de encuestas y en su caso, instrumentos utilizados: Cuestionarios, variables socio-económicas o socio-demográficas, etc.

1.4.3. Estudios con colectivos específicos

Transversales o longitudinales que incluyen generalmente la comparación de grupos de emigrantes contrastando su origen geográfico o étnico con población nativa o emigrantes de primera o segundas generación o del tiempo de estancia en el país de acogida. Se recogen también los cuestionarios aplicados o el tipo de entrevista utilizados. También se han incorporado otros estudios sin datos constatados, artículos de opinión, recomendaciones, etc.

1.4.4. Estudios de incidencia y prevalencia tratada y de acceso a los servicios sanitarios

Generales de Atención Primaria (AP) y de Servicios de salud mental (tanto ambulatorios, como hospitalarios y/o de urgencia).

1.5. Número y características de los artículos seleccionados

1.5.1. Número de artículos revisados

El número de artículos seleccionados ha sido de 254 y su fecha de edición aparece en la tabla 1. Tal y como se aprecia, el 57% de los estudios corresponden a artículos publicados en los últimos cinco años, casi dos tercios del total de "estudios" presentados. Tan sólo tres artículos son anteriores al año 2000 y han sido seleccionados porque estaban incluidos en alguno de los estudios de revisión seleccionados publicados a partir del año 2000, ya que se trataba de estudios de especial interés (así el meta-análisis de Rogler, Cortes, & Malgady de 1991; el estudio de revisión de población tratada Stuart, Klimidis, y Minas de 1998; y el estudio de Wood, Rhodes, y Whelan de 1989 sobre diferencias de género).

Tabla 1. Distribución de artículos por años de publicación y tipo de estudio

ARTICULOS	Revisiones Sistemáticas		Encuestas		Estudios		Frecuentación		Total	
Año / Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	**Nº**	%
Hasta 2000	1	3	1	2	1	1			**3**	1
2001-2005	10	28	1	2	11	10	11	17	**33**	13
2006-2010	8	22	14	34	29	26	21	32	**72**	28
2011-2015	17	47	25	61	70	63	34	52	**146**	57
Total	36	100	41	100	111	100	66	100	**254**	100
Porcentaje	**14**		**16**		**44**		**26**		**100**	

1.5.2.- Los países de estudio y edición de los artículos

Tabla 2. Distribución de artículos por país de publicación y tipo de estudio

ARTICULOS	Revisiones Sistemáticas		Encuestas		Estudios		Frecuen-tación		Total	
Año / Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
España	6	17	14	34	36	32	33	50	89	35
Europa	16	44	16	39	27	24	23	35	82	32
Norteamérica	9	25	6	15	31	28	3	5	49	19
Australia -N. Z.	3	8	1	2	5	5	3	5	12	5
Sudamérica	1	3	3	7	4	4	3	5	11	4
Asia					6	5			6	2
Israel	1	3	1	2	1	1	2	3	5	2
África					1	1			1	0
Total	36	100	41	100	84	100	66	100	254	100
Porcentaje	**14**		**16**		**44**		**26**		**100**	

Tal y como se puede apreciar en la tabla 2, más de un tercio de los estudios, el 35%, se han llevado a cabo en España, casi otro tercio en países europeos y un 19% en Norteamérica, en especial EEUU (donde la emigración latina y asiática ha sido estudiada), Canadá y en menor medida en México.

1.5.3. Sintomatología estudiada

Con respecto a los principales síntomas estudiados el resultado aparece en la tabla siguiente.

Tabla 3. Distribución de artículos por sintomatología y tipo de estudio

SINTOMAS DE SALUD MENTAL	REV.	ENC.	EST.	FREC	TOT	%
Depresión	8	14	11	21	**54**	20.5
Trastorno por estrés post-traumático (TEPT)	5	1	22	3	**31**	11.7
Prevalencia. Trastorno Mental	7	9	11		**27**	10.2
Psicosis	7	3	1	14	**25**	9.5
Depresión / ansiedad / Trastorno mental común (TMC)		4	10	7	**21**	8.0
Ansiedad		12	4	2	**18**	6.8
Drogas y alcohol	1	3	10	3	**17**	6.4
Somatización		1	5	8	**14**	5.3
Suicidio	1	3	1	6	**11**	4.2
Otros	1	1	6	1	**9**	3.4
Primeros episodios psicóticos			0	8	**8**	3.0
T. de la personalidad (TP). Actos antisociales		1	2	2	**5**	1.9
Violencia		2	3		**5**	1.9
Síntomas en la infancia			4		**4**	1.5
Gravedad cronicidad			2	2	**4**	1.5
Dolor			1	2	**3**	1.1
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)			3		**3**	1.1
Actitudes y repercusiones en la salud			2		**2**	0.8
Síndrome Ulises			0	1	**1**	0.4
Síntomas específicos en la mujer			2		**2**	0.8
Total síntomas	**30**	**54**	**100**	**80**	**264**	100

Lo que viene denominándose como trastorno mental común (TMC); ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático y somatizaciones, representa el 62.5% del total de la sintomatología estudiada, las psicosis, incluidos los primeros episodios el 12.5%, y las adicciones a sustancias y el alcoholismo tan solo el 6.4%. Aparece un mayor número de síntomas que artículos, cuestión que obedece a que en alguna de las publicaciones se estudia más de un síntoma, aunque en otros no se concreta la sintomatología.

1.5.4.- Calidad de vida y percepción de la salud

Siendo un objetivo de la presente revisión, se han analizado también aspectos concernientes a la utilización de los servicios asistenciales (recogido en 43 artículos), la percepción de la salud general y física (26 publicaciones), aspectos concretos relativos al tratamiento y prevención de las patologías mentales (23 artículos) y la calidad de vida (recogida en 18 publicaciones) de los diferentes colectivos de emigrantes.

Tabla 4. Distribución de artículos por ámbitos de estudio y tipo de estudio

	REV.	ENC.	EST.	FREC.	TOT	%
Utilización. Frecuentación. Acceso. Barreras	9	5	10	19	**43**	**39**
Salud física, cronicidad, discapacidad	2	4	14	6	**26**	**24**
Tratamiento, prevención	3	1	18	1	**23**	**21**
Calidad de vida		3	14	1	**18**	**16**
TOTAL	**14**	**13**	**56**	**27**	**110**	**100**

1.5.5. Otros aspectos estudiados

Se han recogido hasta un total de 361 aspectos de estudiado, o tópicos, como las variables sociodemográficas, el estrés por aculturación, el género, las generaciones, la permanencia en el país de acogida, etc.

Tabla 5. Distribución de artículos por tópicos y tipo de estudio

	REV.	ENC.	EST.	FREC	TOT	%
Estrés de aculturación. Razón de emigración	7	10	25	6	48	13
Mujer, género	4	7	24	13	48	13
Variables socioeconómicas/demográficas	7	7	14	7	35	10
Tratamientos: Psicoterapia, relación médico paciente, etc	2		9	23	34	9
Bajo apoyo social, soledad	5	2	12	4	23	6
Niños y adolescentes	4	1	13	4	22	6
Bajo status social, discriminación, ilegales, marginales	5	2	4	10	21	6
Barreras de acceso, desconocimiento del sistema, idioma	3		7	6	16	4
Edad, edad de emigración		5	1	9	15	4
Generaciones	4	3	2	6	15	4
Origen geográfico: rural, países desarrollados	3		1	11	15	4
Formas de afrontamiento, autoestima, resiliencia			10	3	12	3
Violencia, peligrosidad	1	1	1	8	11	3
Refugiados		1	7	2	10	3
Factores protectores y favorecedores		2	6		8	2
Movilidad geográfica, retornos	1	1	2	2	6	2
Tiempo de permanecía en el país de acogida		3		2	5	1
Elementos culturales, religiosidad			5		5	1
Diferencias en diagnósticos, errores, enfermería	2	1	1		4	1
Nostalgia, "susto…"			1	3	4	1
Familia, madres, maridos emigrados	1		2		3	1
Epigenética	1				1	0
TOTAL	**50**	**46**	**146**	**119**	**361**	100

1.5.6. Total de variables recogidas

En total se han recogido, un mínimo de 735 variables, es decir, casi tres por artículo revisado, más de un tercio de síntomas y casi la mitad de variables socio-demográficas.

Tabla.6. Distribución de artículos según tópicos y ámbitos y tipo de estudio

SINTOMAS / CALIDAD VIDA/ UTILIZACION,…	REV.	ENC.	EST.	FREC	TOT	%
Total síntomas salud mental	30	54	100	80	**264**	35.9
Total otras variables	50	46	146	119	**361**	49.1
Utilización. Frecuentación. Acceso. Barreras	9	5	10	19	**43**	**5.9**
Salud física, cronicidad, dependencia.	2	4	14	6	**26**	**3.5**
Tratamiento, prevención	3	1	18	1	**23**	**3.1**
Calidad de vida		3	14	1	**18**	**2.4**
TOTAL	**94**	**113**	**302**	**226**	**735**	**100**

1.5.7. Método y técnicas de estudio

Con respecto a la distribución de los 254 artículos según el tipo principal de estudio (encuestas de salud, estudios transversales o longitudinales, revisiones de la literatura, etc.), se ha seleccionado sólo uno de ellos en el caso de que fueran más complejos (estudios cuantitativos y cualitativos a la vez). Según el tipo de estudio los artículos se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 7. Distribución de artículos según tipo de estudio, métodos y fuente de datos

Tipo de trabajo	REV.	ENC.	EST.	FREC	TOT	%
Encuesta Nacional		29			**29**	11.4
Estudios trasversales y longitudinales			27		**27**	10.6
Otros cuestionarios		4	20		**24**	9.4
Revisión literatura	21		1		**22**	8.7
Frecuentación en Atención Primaria				21	**21**	8.3
Frecuentación en hospitalización y urgencias				21	**21**	8.3
Frecuentación en atención especializada salud mental				20	**20**	7.9
Calidad de vida.			16		**16**	6.3
Estudio cualitativo. Entrevistas Grupos focales			14		**14**	5.5
Meta-análisis	10				**10**	3.9
Entrevistas estructuradas y semiestructuradas			9		**9**	3.5
Estudio longitudinal			9		**9**	3.5
Salud general, GHQ			8		**8**	3.1
Encuestas en CCAA		5	1		**6**	2.4
Evidencia meta-análisis	5				**5**	2.0
Intentos de suicidio y registros de suicidio				4	**4**	1.6
Encuestas del País Vasco		3			**3**	1.2
Adaptación, factores de riesgo y protección			3		**3**	1.2
Experimentos			3		**3**	1.2
TOTAL	**36**	**41**	**111**	**66**	**254**	100

1.5.8. Revisiones bibliográficas

Tabla 8. Distribución de las revisiones bibliográficas por tipos (bibliográficas, meta-análisis, etc.)

Tipo de revisiones sistemáticas.	**Nº**
Revisión literatura	21
Meta-análisis	10
Revisión evidencia	5
Total	**36**

Con respecto a las revisiones bibliográficas y meta-análisis sólo encontramos 10 meta-análisis, ninguno de los publicado está en relación con España. Sí existen revisiones bibliográficas sobre la prevalencia de trastorno mental en España en diferentes estudios como los de Achotegui et al. (2009); Collazos et al. (2014), Malmusi et al. (2014) y Salinero (2013). De todas las revisiones bibliográficas, 17 de ellas señalan el número de artículos revisados, que suman un total de 423, lo que significa que cada revisión lleva a cabo, de media, el estudio de 25 artículos, con un máximo de 109 (Bhui, Warfa, Edonya, McKenzie, & Bhugra, 2007) y un mínimo de 4 artículos.

1.5.9. Grupos de estudio y tamaño de las muestras

En relación con el tamaño de las muestras empleadas 131 de los 254 artículos, algo más de la mitad, señalan el tamaño de las muestras de emigrantes estudiados y, de ellos, 40 señalan el tamaño de las muestras control, en general población autóctona. El mayor número de muestras se encuentran en el apartado Estudios, un total de 58 grupos de emigrantes con un tamaño medio de 657 personas. Los tamaños muestrales de las encuestas de población tienen una media superior de personas emigrantes por estudio, 7179. En los estudios de frecuentación, de prevalencia tratada, en ocasiones se recogen consultas, que no usuarios, por lo que el número de personas diferentes podría ser menor. La media de personas por estudio es de 4649 personas o consultas estudiadas, bien entrevistadas, encuestadas o analizadas sus variables socio-demográficas. Los tamaños de los grupo controles son de media más elevados, 12278, que los 2289 de los grupos de emigrantes. Se ha separado una muestra de 196483 consultas porque al ser tan elevada podría distorsionar el resultado final. El total de personas/consultas recogidas en los 131 artículos se acerca a una cifra que ronda el millón de personas/consultas estudiadas.

Tabla 9. Distribución del tamaño de los grupos de emigrantes y controles

Tipo Articulo	**Población emigrante**	**Artículos**	**Emigrante / articulo**	**Control**	**Artículos**	**Control/ artículo**	**Total personas**	**Personas /artículo**
Revisiones	6943	2	3471				6943	3471
Encuestas	215382	30	7179	66633	10	6663	282015	7050
Estudios	38088	58	657	42919	15	2862	81007	1110
Frecuentación	39422	41	961	385574	15	25705	424996	7590
Total	**299835**	**131**	**2.289**	**495126**	**40**	**12378**	**794961**	**4649**
Consultas							196483	
Total							**991444**	

1.5.10. Cuestionarios empleados en los artículos

Con respecto a los cuestionarios empleado se citan un total de 110 cuestionarios diferentes, que se pueden agrupar según sus características y finalidad de estudio, tal y como se puede apreciar en la tabla siguiente:

Tabla 10. Distribución del tipo de cuestionario empleado en los artículos

TIPO DE CUESTIONARIO	Nº
Calidad de vida (SF, WHOQOL-100,…)	25
GHQ	15
Salud mental, síntomas, personalidad, afectividad, etc.	20
Escalas depresión	11
Síntomas estrés, aculturación, estrés postraumático	9
Apoyo social (Escala de Duke, capital social, etc.)	7
Cuestionario inespecíficos	5
Escala de Coherencia (SOC-29).Expectativas. Locus de control	4
Psicosis (Síntomas Positivos y Negativo, escala PANSS, etc.)	3
Sentido de comunidad, satisfacción con los servicios, cuestionario de Implicación cultural	3
Síntomas somáticos (Bradford...)	3
Ansiedad (Beck……)	2
Familiar de APGAR	2
Infancia	2
TOTAL	**110**

1.5.11. Estudios de Calidad de vida y salud (GHQ)

Uno de los instrumentos más habituales para la estimación de las tasas de salud mental y posibles casos de trastornos mentales afectivos es la escala GHQ y el componente mental de la escala de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS-SF12). En el segundo estudio de esta tesis se presentan resultados de varias muestras clínicas y poblacionales con dichos indicadores. Es por este motivo que se ha procedido a usar estos términos de búsqueda, cuestionarios GHQ y la escala de Calidad de vida SF, para revisar los estudios que han aplicado dichos instrumentos. El total de artículos aparecidos en la revisión es de 40, 25 de calidad de vida y 15 de salud GHQ. El 45% de los artículos son de los últimos cinco años, desde 2011 hasta julio de 2015.

Tabla 11. Distribución de los cuestionarios de Calidad de vida y GHQ según año de publicación

Artículos	Calidad	de vida	Salud :	GHQ	TOTAL	
Año	Nº	%	Nº	%	Nº	**%**
Total	**25**	**62.5**	**15**	**37.5**	**40**	**100**
2010 -2014	14	35	8	20	22	55
2011 -2015	11	27.5	7	17.5	18	45

El 42.5% de los artículos están publicados en España, en especial los que utilizan el GHQ, que suman más del 50% del total. Casi un tercio, el 32 %, son artículos europeos.

Tabla 12.Distribución de los cuestionarios de Calidad de vida y GHQ por lugar de publicación

ARTICULOS	Calidad	de vida	Salud :	GHQ	TOTAL	
Año	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
España	9	36	8	53	17	42.5
Europa	9	36	4	27	13	32.5
América	2	8	2	13	4	10
Otros	5	20	1	7	6	15
Total	**25**	**100**	**15**	**100**	**40**	**100**

Con respecto a los cuestionarios de calidad de vida el más utilizado es el SF-36, (6 en total) mientras que el GHQ más utilizado es el GHQ-12 (utilizado en 8 ocasiones) El número de artículos que hacen referencia explícita en sus resúmenes a las personas de origen latinoamericano es de 9; de ellos, 2 de calidad de vida y 7 de GHQ.

Con respecto a la problemática aparecida en los artículos se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 13. Distribución de los tópicos aparecidos en los cuestionarios de Calidad de Vida y GHQ.

Peor Calidad de Vida / Salud	Calidad V.	GHQ	Total	%
Peor calidad/ Mayor prevalencia en mujeres	8	5	13	19
Bajo nivel socio económico	7	5	12	18
Falta apoyo social	5		5	7
Dificultad acceso a Servicios	4	1	5	7
Mayor ansiedad/depresión	4		4	6
Edad avanzada	3	1	4	6
Mayor tiempo desplazados	2		2	3
Discriminación	2	2	4	6
Poca cohesión familiar	1		1	1
Sentido comunidad	1		1	1
Edad emigración joven	1		1	1
Soledad	1		1	1
Dificultades en el trabajo	1		4	6
Mala salud física	1		1	1
Exposición a violencia política	1		1	1
Quejas somáticas	1		1	1
Distancia	1		1	1
Estrés aculturación. TEPT	1	1	2	3
Separados		1	1	1
Enfermedad física		1	1	1
Origen de países en desarrollo		1	1	1
Rural		1	1	1
TOTAL	**45**	**22**	**67**	**100**

Parece destacable que el 19% de los artículos señala una peor calidad y mayor prevalencia en mujeres. También destacan el bajo nivel socio-económico, la falta de apoyo social, la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, la edad avanzada o el tiempo que se permanece en el nuevo país de acogida.

Hay otros artículos que llegan a conclusiones más positivas, por ejemplo, que puede darse una calidad de vida moderada pero más alta de los emigrantes comparados con sus pares turcos que permanecen en su país de origen y también una calidad de vida más elevada entre los marroquíes emigrantes que la del grupo que permanece en Marruecos. Al tiempo se destaca, por ejemplo, la no existencia de relación entre unas tasas más altas de prevalencia de trastorno mental y la densidad étnica en una zona estudiada, el descenso con el tiempo de la conducta bulímica en el nuevo país y dos artículos no encuentran diferencias de género en prevalencia de trastorno mental, o no se comprueban cuando se ajustan los datos por sexo y edad.

1.5.12. Estudios de Calidad de vida y salud (GHQ) en España

De los 40 artículos que se han encontrado y seleccionado para la revisión, 17 de ellos hacen referencia a la situación en España, 9 son de calidad de vida y 8 de GHQ. El total de artículos que hacen referencias directa en sus resúmenes a personas de origen latinoamericana es de 7, algo menos de la mitad. Otros hacen referencia a personas originarias de Marruecos o a inmigrantes de manera genérica.

Con respecto a la problemática aparecida en estos cuestionarios nos encontramos con la siguiente distribución:

Tabla 14. Distribución de los cuestionarios de Calidad de vida y GHQ publicados en España y tipo de estudio.

Tipo artículo	Calidad de vida	GQH	Total
Revisión	1		1
Encuestas	3	2	5
Estudios	4	3	7
Frecuentación en A. Primaria	1	3	4
Total	**9**	**8**	**17**
Latinoamericanos	**2**	**5**	**7**

Los aspectos más negativos con respecto a su calidad de vida o percepción de la salud, de la población inmigrante, son 47, destacando una mayor percepción de trastornos ansioso depresivos, en especial en mujeres, la presencia de otras enfermedades, la falta de apoyo social y el bajo estatus socioeconómico, junto con el tiempo de permanencia en España y la discriminación percibida. En los artículos, aunque en menor medida, también se destacan aspectos protectores, como una posible mejor calidad de vida en los emigrantes latinos, la ausencia de una alta densidad de población emigrante como factor de riesgo, la mejor calidad de vida en jóvenes y en personas que han mejorado su nivel económico. Un artículo no encuentra diferencias por género

Tabla 15. Distribución de los tópicos aparecidos en los cuestionarios de CVRS y GHQ publicados en España

Peor calidad de vida / Salud	Calidad V.	GHQ	Total	%
Mayor ansiedad / depresión	3	5	8	17
Peor calidad/ Mayor prevalencia en mujeres	3	2	5	11
Enfermedad física	1	4	5	11
Falta apoyo social	3	1	4	9
Bajo nivel socio económico	2	1	3	6
Mayor tiempo desplazados	2	1	3	6
Discriminación	0	3	3	6
Dificultades en el trabajo		3	3	6
Edad avanzada	1	1	2	4
Estrés aculturación, adaptación	1	1	2	4
Calidad de vida	2		2	4
Dificultad acceso (idioma) a Servicios		1	1	2
Baja clase social	1		1	2
País origen	1		1	2
Nostalgia		1	1	2
Sentido de comunidad	1		1	2
Separados		1	1	2
Vivienda		1	1	2
TOTAL	**21**	**26**	**47**	**100**

1.6. Resumen de los resultados de los artículos seleccionados

Los artículos, tal y como se ha señalado en el punto 4 se han agrupado en base a tópicos.

Tabla 16. Distribución de los artículos según tipo de artículo (identificados en los cuadros con sombreado).

A.- Revisiones Bibliográficas y Meta-análisis
B.- Encuestas de Salud: continentales, nacionales y regionales
C.- Estudios: transversales o longitudinales, diseño epidemiológico, estudios de opinión y otros
D.-Estudios de incidencia y prevalencia tratada y de acceso a los servicios sanitarios: D.1 de Atención Primaria D.2 de Asistencia especializada en Salud Mental D.3 Atención Hospitalaria y/o de Urgencia

Cada apartado se ha agrupado también en los siguientes tópicos:

1.-Estrés de Aculturación

2.-Adaptación: Factores protectores y de riesgo.

3.-Paradoja del emigrante

4.-Calidad de vida

5.-Estudios de salud general

6.-Variables socio-demográficas

7.-Género.

8.-Generaciones

9.-Discriminación y desigualdad social.

10.-Apoyo social y familiar

11.-Permanencia en el país acogida

12.-Origen

13.-Trabajo.

14.-Dificultades de acceso, sesgos en la atención.

15.-Trastorno mental común (TMC): Ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático.

16.-Somatización

17.-Psicosis.

18.-Alcohol y dependencia de drogas.

19.-Suicidio

20.-Violencia, refugiados.

21.-Edad.

22.-Evidencia mostrada en los meta-análisis.

1.7. Resumen de los resultados de los artículos agrupados por tópicos y por tipo de artículo.

1.7.1. Estrés Aculturación

1.a	Las revisiones bibliográficas y los meta-análisis revisados muestran que el estrés de aculturación y la experiencia de migración, incluyendo la pre-emigración y sus experiencias traumáticas (Abebe, Lien & Hjelde, 2014), la emigración y el reasentamiento, están influenciados por factores sociales, al igual que puede suceder con la prevalencia de trastornos mentales (Abebe et al., 2014; Bhugra, 2005; Rojas et al., 2008; Kirmayer et al., 2011). Entre estos factores se incluye el apoyo social, que es un importante factor para la reducción del estrés (Mirsky, 2009) y el apoyo familiar, que puede estar relacionado con el conflicto intergeneracional (Priscilla, 2015). Otras variables como la motivación, la distancia de la cultura de acogida, la capacidad para desarrollar estructuras de mediación, la situación de residencia legal , la confrontación cultural y el tratamiento, también influyen en la salud mental (Carta, Bernal, Hardoy & Haro-Abad, 2005; Kirmayer et al., 2011). Cuando las personas migran, según sus propios rasgos de personalidad y su vulnerabilidad bio-psico-social, podrán, o no, desarrollar trastornos psiquiátricos. Las cogniciones y la angustia también se verán influenciados por factores culturales, que los profesionales sanitarios deben conocer, ya que su desconocimiento, podría complicar las exploraciones psicopatológicas (Bhugra, 2005; Burguillo, Botillo & Saiz, 2003).
1.b	En una de las encuestas de salud, más estudiadas, la de emigrantes latinos y asiáticos en EEUU, se mostró que los inmigrantes asiáticos con razones de peso y una adecuada planificación migratoria, estaban menos expuestos a sufrir de problemas de salud mental, que los que no tenían metas claras (Gong, Xu, Fujishiro & Takeuchi, 2011). El estrés de aculturación incluso se ha vinculado en este tipo de encuestas al riesgo de desarrollo de psicosis (Devylder et al., 2013).
1.c	Estudios transversales demuestran que los factores sociales y de aculturación son variables útiles para la predicción de la salud mental de estos colectivos (Turjeman, Mesch & Fishman, 2008), como, por ejemplo, un estudio sobre la aculturación de los brasileños emigrantes (de Luca, Bobowik & Basabe, 2011). Variables como la distancia de la residencia, el número de hijos, estado civil, nivel de educación, la religión y la situación laboral y el funcionamiento social se correlacionaron significativamente con el nivel de aculturación y con la salud mental (Yang & Wang, 2011). Los múltiples y graves traumas previos a la migración, la motivaciones de la emigración (Bernat, 2013), así como las dificultades de vida posteriores a la migración, son a menudo los motivos de mayor preocupación de las personas entrevistadas (Schweitzer, Brough, Vromans, & Asic-Kobe, 2011), que pudieron padecer depresión y ansiedad (Bentley, Thoburn, Stewart & Boynton, 2012) o síntomas de TEPT, hasta en el 9% en población migrante (Schweitzer et al., 2011). Si las expectativas de la emigración fueron superadas por sus experiencias, la satisfacción con la vida y su estado de ánimo era superiores (Mähönen, Leinonen & Jasinskaja-Lahti, 2013). El emigrante está sometido a un mayor número de estresores, durante un periodo más largo de tiempo y de forma recurrente (Pereda et al., 2009), y Achotegui (2008) ha señalado el “estrés migratorio” y los “duelos de la emigración”. Los emigrantes hispanos en EEUU podían estar en mayor riesgo de experimentar estados emocionales negativos para la salud y un estado de salud deficiente (Cavazos-Rehg, Zayas & Spitznagel, 2007). A pesar de que los inmigrantes pueden experimentar este tipo de estrés, cinco muestras en Italia, de italianos e inmigrantes, presentaron resultados similares (Iliceto et al., 2013; Cavazos-Rehg et al., 2007). Se ha estudiado también el periplo migratorio de los inmigrados marroquíes en España iniciado, incluso, antes de cruzar la frontera

(Capote, 2014.). Otro estudio informa que el trastorno de estrés pudo ser analizado utilizando instrumentos de diagnóstico específicos y en la lengua materna de los vietnamitas (Agudelo et al., 2011) y los resultados de otro estudio ponen de manifiesto las ventajas e inconvenientes para la salud mental de esta migración (Fu & VanLandingham, 2012).

1.7.2. Adaptación: Factores protectores y de riesgo

2.a Se han llevado a cabo revisiones bibliográficas para identificar los factores que podrían implicar un mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos e influir en la búsqueda de atención psiquiátrica (Haro-Abad et al., 2005) y factores de vulnerabilidad, como el tipo de sociedad en que se originan y el tipo de sociedad en la que se asientan (Bhugra, 2005). Incluso el propio proceso migratorio podía llegar a constituir un factor de riesgo en sí mismo (Butler, Warfa, Khatib, & Bhui, 2015; Collazos et al., 2014; Hutchinson & Haasen, 2004). El aumento del riesgo de enfermedad mental está vinculado en buena medida a los eventos negativos de vida (Abebe et al., 2014) y la causa principal que explicaría la potencialidad de la migración como factor de riesgo podría estar relacionada con los factores sociales de cada etnia, existiendo otros factores que podían interactuar, como el abuso de sustancias (Hutchinson & Haasen, 2004). En EEUU el mayor riesgo en detectó en inmigrantes y en población de raza negra que vive en el país. Pero según una revisión de estudios internacionales del Reino Unido, las tasas de incidencia y prevalencia de personas provenientes de África y el Caribe serían similares (Dealberto, 2010).

2.b Las encuestas en España observaron algunos factores de riesgo compartidos entre las mujeres españolas y las ecuatorianas, como tener hijos, insatisfacción en el trabajo, bajos salarios, bajo apoyo económico o no tener amigos. Para los hombres constituían factores de riesgo un mal ambiente en el trabajo, bajo apoyo económico y social, y no tener amigos (Del Amo et al., 2011; Rodríguez & Lanborena, 2006). Es probable que otros factores sociales, como la falta de oportunidades de alcanzar mayores aspiraciones, fueran los responsables de malos resultados en salud mental (Nakash, Levav & Gal, 2013). Las redes sociales se manifiestan como un factor protector y así, en EEUU, los inmigrantes presentaron mayores niveles de identidad étnica y de cohesión familiar, que los nacidos el país (Leong, Park & Kalibatseva, 2013). Relacionar el riesgo psicosocial con factores de protección, las variables sociodemográficas y la aculturación produjo un mejor modelo de análisis de resultados en salud mental (Ai, Weiss & Fincham, 2014).

2.c Hay estudios que encontraron factores de riesgo para los inmigrantes que habían experimentado traumas, incluso torturas, altas exigencias emocionales, o la necesidad de esconder emociones, junto con bajas posibilidades de desarrollo y factores familiares de conflicto intergeneracional (Font, Moncada & Benavides, 2012; Posselt, Procter, Galletly & Crespigny, 2015). Tener previamente una mala salud mental, la preocupación por la situación política actual del país de origen, la falta de libertad y la insatisfacción con la sociedad de acogida, sueca en este caso, son otros posibles factores de riesgo (Taloyan, Al-Windi, Johansson & Saleh-Stattin, 2011). Otros factores descritos, fueron las dificultades de adaptación después de la migración, dificultades idiomáticas, de cultura, educación y empleo, la disponibilidad de sustancias, estrategias desadaptativas y dificultades de acceso a los servicios. La discriminación étnica percibida se asoció negativamente con la adaptación, que en España parecía más fuerte en los jóvenes marroquíes, que en los ecuatorianos (Posselt et al., 2015).

Como factores de protección para disfrutar de una buena salud mental se señalaban entre los

	inmigrantes kurdos en Suecia el sentido de pertenencia, la libertad y la satisfacción con uno mismo. (Taloyan et al., 2011). También la resiliencia se presentaba como un factor protector (Nederhof, 2013; Yu, Stewart, Liu & Lam, 2014) y las "grandes diferencias" entre población emigrante y nativa tenían un efecto protector, aunque las diferencias intermedias y pequeñas podían constituir un factor de riesgo (Briones, Verkuyten, Cosano & Tabernero, 2012; Nederhof, 2013). También han sido descritas dos dimensiones de la adaptación sociocultural, pareciendo que las dificultades socioculturales eran mayores al inicio del proceso de adaptación (de Luca et al., 2011) Los problemas de internalización se traducían en términos de depresión y ansiedad. Así, jóvenes musulmanes parecían bien adaptados, aunque, hubo diferencias entre grupos según el origen y el sexo (Oppedal & Røysamb, 2007). La religión, una parte positiva de la infancia, fue relegada en la edad adulta por otros sistemas de significado (Cetrez, 2011). Un artículo distinguía dos tipos de actitudes de los emigrante en su adaptación: la sobre-integración en el país de acogida y la sobre-identificación a los valores de la cultura de origen (Marset, 2008), y al tiempo, otros autores definían las dinámicas identitarias (Buraschi, 2014). El nivel de adaptación dependerá del modo en que hayan encarado los cambios culturales y, si la emigración ha sido producto de una elección voluntaria, o no. La participación en foros de integración parece ser normalizadora (Tabor & Milfont, 2013).

1.7.3. Paradoja del inmigrante

3.b	Las encuestas señalaban un buen nivel de salud de esta población a su llegada, el denominado "sesgo del inmigrante sano" (Regidor, 2008). Se comprobó que la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en EEUU, incluyendo el abuso de alcohol o los intentos de suicidio, fue menor entre los inmigrantes en comparación con los autóctonos, resultados que proporcionarían evidencias en apoyo de la "paradoja del inmigrante" (Regidor, 2008; Salas-Wright & Vaughn, 2014).
3.c	En un estudio de latinos en Norteamérica se recuerda la "ventaja de inmigración" que parecía ser menos cierta en cubanos, e incierta en portorriqueños (de Figueiredo, 2014). La emigración puede dar lugar a mejoras en la salud mental en particular para las mujeres y para las personas con mala salud mental (Stillman, McKenzie & Gibson, 2009).

1.7.4. Calidad de vida

4.b	La calidad de vida en la encuesta de salud de la población del País Vasco se presentó peor en las mujeres que en los hombres, en todas las edades, y se acentuó con la edad y con un menor nivel de estudios (Esnaola et al., 2013). Esta percepción se relacionó también con la clase social y el país de origen (Serrano-Gallardo, Lizán-Tudela, Díaz-Olalla & Otero, 2009).
4.c	Estudios trasversales en Cataluña señalaban que los migrantes tienen peor calidad de vida que los autóctonos, y parece que esta percepción está mediatizada por su desventaja socioeconómica, y por un bajo apoyo social (Pantzer et al., 2006). También se ha estudiado la salud de los ecuatorianos en nuestro entorno en relación con la densidad étnica (Jarrín et al., 2013). En Suecia existían pequeñas diferencias en la de los inmigrantes, que siendo moderada, era más alta que la de la población turca y, en varones, más alta que en mujeres (Bayram, Thorburn, Demirhan & Bilgel, 2007). En Alemania, los emigrantes turcos tenían una menor calidad de vida subjetiva (Morawa & Erim, 2014), se analizó la escala de coherencia que los inmigrantes

	puntuaron significativamente más baja en comparación con la población turca y alemana normal (Erim et alt., 2011) y su calidad de vida se asoció con una menor edad de emigración (Nesterko, Braehler, Grande & Glaesmer, 2013). En Holanda el nivel más bajo de CVRS fue señalado por poblaciones inmigrantes de edad avanzada y se vio afectada por la multimorbilidad y la soledad, pero no por el origen étnico (Verhagen, Ros, Steunenberg & de Wit, 2014). En EEUU se asociaba con problemas de comunicación y el dominio del inglés, (Bae & Park, 2010) y en lo referente a la salud física en Colombia, esta calidad era menor entre los desplazados que llevaban más de un año con respecto a los que llevan menos (Palacio Sañudo & Madariaga Orozco, 2005). Entre las mujeres emigrantes en Taiwan la sensación de angustia emocional y económica, y la soledad, se asociaron negativamente con la calidad de vida (Tsai & Sun, 2013).
4.d1	En un estudio en pacientes de A. Primaria en España, en comparación con los autóctonos, los latinoamericanos presentaron mayor calidad de vida en relación con la salud. Entre los más jóvenes, mujeres y personas con alto apoyo social se encontraron niveles de salud física significativamente mejores (Salinero et al., 2015).
4.d2	También en España, los pacientes hiperfrecuentadores en asistencia psiquiátrica presentaban altos niveles de quejas físicas, mentales y peor calidad de vida según escala GHQ 28 (Robles, Gili, Gelabert, Llul, & Bestard, 2009). En un trabajo de revisión de Chile la puntuación media promedio de Calidad de Vida en emigrantes fue de 67,2 puntos en una escala de 0 a 100 puntos (Rojas et al., 2008).

1.7.5. Estudios de salud general

5.a	En las revisiones bibliográficas, entre los indicadores más frecuentemente analizados se encuentran el estado de salud percibido (Bursztein Lipsicas & Mäkinen, 2010) y la salud mental (Bhugra et al., 2005), siendo en general la percepción de salud de los inmigrantes peor que la de la población de acogida (Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014; Rojas et al., 2008).
5.b	La población inmigrante en el País Vasco mostró un peor estado de salud percibido que la autóctona, con independencia de la edad (Esnaola et al., 2013) y, asimismo, se ha estudiado el estado de salud de estas poblaciones comparando grupos de población en las diferentes Comunidades Autónomas (Rocha et al., 2015). Según la encuesta de Salud de Canadá, el sexo femenino y la edad avanzada aumentaban la probabilidad de dependencia (Beiser & Hou, 2014).
5.c	En Italia, el 57% de los inmigrantes superó en la escala GHQ-12, el umbral de los posibles trastornos mentales (Tarricone et al., 2009). Las mujeres migrantes en Suecia tenían más riesgo cardiovascular en comparación con los de los grupos de referencia (Jerlock et al., 2008). Un estudio iraní recogió puntuaciones medias de salud general mayores para la población nativa (Ardian, Mahmoudabad, Ardian & Karimi, 2014). Las influencias de género sobre las creencias de salud fueron diferentes en las muestras en Alemania (Kirkcaldy et al., 2007). Las mujeres chinas en Corea tenían niveles más bajos de salud física y mental, así como peores estilos de vida (Lee & Chung, 2013) y los pacientes con dolor inexplicable presentaban más problemas de estrés en el trabajo y en el hogar, y más eventos negativos de vida (Jerlock et al., 2008) y Wood, Rhodes y Whelan (1989) en EEUU comprobaron que las mujeres presentan mayor felicidad y satisfacción con la vida que los hombres, achacándolo al rol de género o acreencias propias con respecto a las enfermedades como, en su caso, la diabetes (Mendenhall et al., 2012).

5.d1	En A. Primaria, se encontró que los españoles presentan un estado de salud mejor, aunque similar al de los latinoamericanos que habían residido durante menos de 5 años (Salinero, 2013). En las mujeres la salud física se relacionó de manera significativa además de con la edad, con el apoyo social y el estado civil (Salinero, et al., 2015), mientras que salud física de los hombres también se asoció positivamente con ser más joven. En Madrid y en el colectivo inmigrante, se detectaron problemas de físicos de salud (Pardo Moreno, Engel & Agudo Polo, 2007).
5.d2	En servicios de salud mental, la edad, determinadas enfermedades crónicas y la psicopatología parecían ser los factores más importantes en relación con la hiperfrecuentación (Robles et al., 2009.) También en Dinamarca, los emigrantes que precisaban tratamiento especializado presentaban problemas físicos (Buhmann, 2014).

1.7.6. Variables socio-demográficas

6.c	Un estudio en el País Vasco, puso de manifiesto que los inmigrantes, con excepción de los colombianos, tenían peor salud mental que los nativos, especialmente los hombres africanos y las mujeres bolivianas (Sevillano et al., 2014) y otro estudio en Teruel, mostró diferencias estadísticamente significativas en la inserción de los emigrantes según su situación económica (Bernat, 2013). Según el Informe SESPAS 2014, se puede identificar un empeoramiento de algunos factores sociales, como el desempleo, que harían esperar un empeoramiento de la salud en la población emigrante. Además ha habido un impacto directo de las decisiones políticas y una reducción de la adaptación de los servicios de salud a sus necesidades (Vázquez, Vargas & Aller, 2014). La emigración asociada a la adversidad psicosocial podría desempeñar un papel etiológico en los problemas de salud mental, que podían está influido por la crisis económica, aunque se observó una disminución del riesgo entre aquellos emigrantes que lograron ser incluídos en la Seguridad Social (Liddell et al., 2013; Robert, Martínez, García, Benavides & Ronda, 2014). Los inmigrantes rumanos que vivían en condiciones marginales (hay que tener en cuenta que más del 80% había abandonado el país por razones económicas), mostraron, en Lombardía, problemas de salud (Tarricone et al., 2009).
6.d1	En Barcelona, el 55.6% de los emigrantes en A. Primaria no tenía ni trabajo, ni ingresos, procediendo la mayoría de Latinoamérica, (Barro, Arús, Lugo & Martí, 2004). La nostalgia reducía el número de consultas, igualmente que estar en paro, no tener papeles y tener dificultades de comunicación (De la Revilla et al., 2004) y en este nivel asistencial en Europa, la ansiedad y depresión se asociaron con malos tratos, síntomas psicopatológicos en la infancia y antecedentes de enfermedad mental (Suárez–Hernández et al., 2011), En Suecia, la salud mental se relacionaba con la edad, el estado civil, el nivel educativo, la fe religiosa y el número de hijos (Taloyan & Löfvander, 2014).
6.d2	Entre los atendidos en un centro especializado en Barcelona, los emigrante se econtraban entre los/las mayores de los hermanos y el 81% de los entrevistados no tenía papeles (Achotegui et al., 2015). En Noruega las “minorías visibles” europeas eran significativamente más jóvenes y tenían menos educación (et al., 2014ajo apoyo social, compulsividad y alta autoestima se asociaron con el aumento de los síntomas depresivos de latinos en los EEUU (Rhodes et al., 2013).
6.d3	En un hospital de Alicante, los pacientes con bajos ingresos tenían menos riesgo de presentar un trastorno mental (Ramos et al., 2013), y según Jiménez, Sánchez, Zazo, Arias y Soto (2006) casi la mitad de los ingresados en Psiquiatría se encontraban en situación ilegal, y el 42.4% eran

	portadores de problemática social. En Rumanía por su parte, los que salieron ilegalmente del país y los que trabajaban ilegalmente, presentaban hospitalizaciones con menor duración (Miclutia, Junjan, Popescu & Tigan, 2007).

1.7.7. Género

7.a	En diferentes estudios se desvela que los problemas de salud mental no se distribuyen de forma uniforme en la población, presentando una mayor prevalencia las mujeres, que pueden tener peor calidad de vida y peor salud mental (Collazos et al., 2014; Priscilla, 2015). Así, un análisis que utilizó el GHQ-12 en Europa, mostró que las mujeres tenían mayores tasas de prevalencia que los hombres (Fryers et al., 2004), y parece que el estrés de aculturación estuvo más estrechamente relacionado con el conflicto cultural intergeneracional entre las mujeres (Priscilla, 2015) y especialmente, en las que llevaban un mayor tiempo de permanencia en el nuevo país (Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014). Cinco estudios de una revisión bibliográfica encontraron aproximadamente dos veces más de riesgo de mala salud mental entre las mujeres nacidas en el extranjero, y las estimaciones de prevalencia de síntomas de depresión postparto fueron significativamente variables, entre el 5 y el 20% (Nilaweera, Doran & Fisher, 2014) . La tasa global de T. de Estrés Post-traumático (TEPT) en menores, también variaba según el género, siendo mayor en niñas (Alisic et al., 2014).
7.b	El perfil de la inmigración en Bilbao es el de una mujer latinoamericana, de 44 años (Basabe et al., 2009), y la salud mental de las mujeres españolas y ecuatorianas que viven en España parece peor que la de los hombres (Bones Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010; Del Amo et al., 2011; García-Gómez & Oliva, 2009), constatándose cifras de mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres, 24.6%, que en hombres, que alcanzaban un 14.7% (Bones et al., 2010). En otras encuestas, las estimaciones de prevalencia de trastornos psiquiátricos fueron del 30.2% para las mujeres y un 28.1% para los hombres (Alegría et al., 2007) y se hallaron valores también más altos en mujeres en el estudio de Serrano-Gallarno et al, (2009). En Euskadi, los síntomas de ansiedad y depresión han empeorado en las mujeres muy significativamente entre 2002 y 2013 (Esnaola et al., 2013) y las mujeres latinoamericanas mostraron una mayor utilización de las urgencias (Rodríguez & Lanborena, 2006). Los datos comparativos de población emigrante con chinos nacidos en EEUU con depresión grave fueron inferiores en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, en EEUU, las mujeres inmigrantes de China eran menos propensas a tener depresión que las mujeres estadounidenses chinas nacidas en EEUU (Tan, 2014). En EEUU, las mujeres inmigrantes informaron de un menor número de síntomas y de menor severidad (Im, Chang, Chee, Chee & Mao, 2015)
7.c	Achótegui, en 2015, no encuentra diferencias significativas de género en la aparición del síndrome de Ulises y otro estudio australiano no encontró que el género predijera la salud mental de este colectivo (Schweitzer et al., 2011), aunque la angustia en un estudio de Burgos no se explicaría por las diferencias culturales, sino por el género. (González-Castro & Ubillos, 2011). Se ha estudiado en las madres de nuestro entorno, el efecto de la separación de sus hijos cuando eran muy pequeños (Real Deus, Suárez & Sánchez, 2013). Las inmigrantes latinas en EEUU eran especialmente vulnerables, siendo también más complicado para las víctimas latinas responder a la violencia de pareja. Los obstáculos más destacados eran una residencia inestable, experiencias de discriminación y desigualdad económica (Reina & Lohman, 2015). Sin embargo un grupo migrante con una peor la salud mental general, obtuvo una mejor puntuación en la ideología

	igualitaria de rol de género que el grupo que no había migrado (Wilkerson, Yamawaki & Downs, 2009), resultados que coinciden con los de Wood et al (1989), cuando refieren una mejor calidad de vida de las mujeres debido al rol de género, que les proporcionaba una mayor capacidad de respuesta emocional. Las inmigrantes casadas en Taiwan tenían mejor calidad de vida y una prevalencia más baja de episodios depresivos que las nativas (Chou et al., 2010) y las emigrantes tamiles mostraron preferencia por los modos "pasivos" de afrontamiento de la violencia (Kanagaratnam et al., 2012).
7.d1	En A. Primaria en Madrid, la mayoría de los pacientes emigrantes procedía de Latinoamérica y respondía al perfil de una mujer joven, que consultaba fundamentalmente por infecciones respiratorias agudas, lumbalgias y, con igual porcentaje, por trastornos ansioso depresivos (Esteban Peña, 2001) y en Barcelona, entre los latinoamericanos, las mujeres mostraron significativamente mayor prevalencia de trastorno mental común, llegando en su conjunto al 46.9% (Barro et al., 2004). Salinero (2015) opina que dadas las prevalencias encontradas en Latinoamérica, los trastornos mentales no serían patologías importadas. Tener, o no, hijos, ingresos mensuales, el origen geográfico y el apoyo social se asociaron significativamente con varios trastornos, siendo menor en mujeres casadas con hijos y pareja (Herrero et al., 2003) y ser mujer, aumentaba también el número de consultas llevadas a cabo (De la Revilla et al., 2004).
7.d2	En el SAPPIR e Barcelona los síntomas principales de las mujeres inmigrantes con antecedentes de maltrato eran desconfianza y confusión en cifras superiores a las de las autóctonas (Samsó, Faro, Cortés & Burballa, 2007) y Achotegui (2015), en este mismo Centro, no encontraba diferencias de género. En Noruega la incidencia de las mujeres inmigrantes fue del 29.4%, frente al 10.4% de las nativas mientras que los inmigrantes estaban infra-representadas entre los pacientes derivados, especialmente entre las mujeres (Berg, 2009). En otro estudio se detectaban diferencias también significativas entre las mujeres inmigrantes y nativas. En TEPT, en Chile, los hombres emigrantes presentaban también una prevalencia mayor de trastorno mental (10%) que las mujeres (5.4%) (Rojas, et al., 2008). Las personas que se quedaron en Japón, sin retornar, eran en su mayoría mujeres y casadas que se clasificaron en el grupo de ansiedad (Miyasaka et al., 2007). Las mujeres asiáticas, pero no los hombres de las sucesivas generaciones, estaban en mayor riesgo de psicosis en comparación con los individuos británicos (Coid et al., 2008). Las diferencias de género son sustanciales en Lombardía (Spinogatti, Civenti, Conti & Lora, 2015).
7.d3	Algunas diferencias en los ingresos en Psiquiatría en Suiza eran de género, ya que entre las inmigrantes, la proporción mujeres era del 38.7%, menor que en la población general, el 45.6%, (Lay, Nordt & Rössler, 2007). El riesgo de padecer esquizofrenia en emigrantes, al menos en Israel, había disminuido con independencia del sexo (Werbeloff, Levine & Rabinowitz, 2012).

1.7.8. Generaciones

8.a	Se han encontrado estudios que mostraban diferencias entre la primera y la segunda generación de inmigrantes, aunque otros estudios no diferenciaban generaciones (Abebe et al., 2014). El estrés de aculturación estuvo estrechamente relacionado con la segunda generación de descendientes de inmigrantes y la movilidad social intrageneracional descendente se asoció, en la mayoría de los estudios, con peor calidad de vida, al tiempo que el conflicto entre generaciones era mayor en las familias inmigrantes (Priscilla, 2015). Los efectos de un meta-análisis sugirieron que los migrantes a países de ingresos más altos y los que experimentaron movilidad

	descendente o subempleo, eran más propensos a padecer trastornos mentales comunes, en comparación con los migrantes que se encontraban en ascenso o no habían experimentado ningún cambio socioeconómico de posición (Das-Munshi, Leavey, Stansfeld & Prince, 2012). La comunicación y los conflictos intergeneracionales han sido relacionados en varios estudios con tendencias suicidas en los jóvenes migrantes (Bursztein Lipsicas et al., 2010).
8.b	Las encuestas hacen hincapié en que las segundas generaciones se muestran psicológicamente vulnerables en el proceso de integración (Marset, 2008), mostrando los migrantes de primera generación y segunda generación en Europa niveles más altos de depresión (Levecque & Van Rossem, 2015) o de angustia en Israel (Nakash et al., 2013). Incluso aunque los inmigrantes recientes presentaran altas tasas de empleo, las tasas de salud eran bajas (Beiser & Hou, 2014). Las prevalencias de trastornos llegaron a ser más elevadas en las generaciones sucesivas de estadounidenses de origen mexicano, un 20%, mientras que la de los mexicanos sin migrantes en su familia, presentaban era el 8% (Alegría et al., 2007; Orozco, Borges, Medina-Mora, Aguilar-Gaxiola, & Breslau, 2013). Los inmigrantes de primera generación son significativamente menos propensos que los estadounidenses nativos a ser diagnosticados de un trastorno de salud mental, aunque la prevalencia de diagnósticos aumentaba en los de segunda generación (Salas-Wright, Kagotho & Vaughn, 2014).
8.d	En el Reino Unido los emigrantes de primera y de segunda generación parecen tener un riesgo más alto de psicosis que los individuos británicos, aunque sólo los individuos de raza negra de segunda generación del Caribe, estaban en riesgo significativamente mayor en comparación con sus homólogos de primera generación (Coid et al., 2008). En Holanda se apreció una gran diferencia en el riesgo relativo entre emigrantes de la primera y la segunda generación, siendo el riesgo para el trastorno psicótico muy alto para emigrantes de segunda generación (Selten, Laan, Kupka, Smeets & Van Os, 2012), y también en Holanda, en trastornos psicóticos, se mostró un aumento de 2 a 3 veces en casi todos los grupos de migrantes procedentes de países no occidentales y especialmente para los inmigrantes de la segunda generación, que también presentaban un mayor riesgo de ser evaluados por representar un peligro para los demás (Wit, Tuinebreijer, Brussel & Selten, 2012).

1.7.9. Discriminación y desigualdad social

9.a	Las revisiones señalan que la población inmigrante expuesta a ciertas condiciones socioeconómicas como ser mujer, la soltería, ser menor, con bajo nivel de ingresos, con consumo de tóxicos o tener una enfermedad crónica y quizá, debido a la discriminación percibida, a la desigualdad y al aislamiento social, parece presentar una peor percepción de salud y mayores problemas de salud mental (Abebe et, 2014; Collazos et al., 2014; Hutchinson & Haasen, 2004; Malmusi Ortiz-Barreda, 2014; Rojas et al., 2008).
9.b	En una encuesta de Europa se comprobó que el mayor riesgo de depresión en la población emigrante obedecía a procesos de discriminación socioeconómica y el riesgo de depresión se debía principalmente a las barreras que experimentaban en su integración (Levecque & Van Rossem, 2015). Las encuestas de salud objetivaban una peor calidad de vida a medida que se descendían en la clase social (Serrano-Gallardo, Lizán-Tudela, Díaz-Olalla & Otero, 2009 et al., 2009) y otras variables asociadas a mayor prevalencia de trastornos mentales consistían en estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, peores condiciones

	socioeconómicas, poco apoyo, desempleo y enfermedades crónicas (Bones et al., 2010; Esnaola et al., 2013).
9.c	En España, una mala salud mental parecía estar parcialmente mediatizada por la discriminación (Sevillano et al., 2014) o la marginalidad (Navarro-Lashayas, 2014) y en un estudio en cuatro Autonomías se observó que el 73.3% de los hombres y 69.3% de las mujeres informaron de discriminación por su condición de inmigrantes (Agudelo-Suárez et al., 2011). Los marroquíes mostraron el mayor índice de discriminación, y aquellos que informaron de discriminación estaban en riesgo significativamente mayor de tener problemas de salud (Agudelo et al., 2011). En Essen, los turcos tenían mayores niveles de discriminación (Morawa & Erim, 2014) y también los haitianos describieron la humillación, "imilyasyon", que aparecía asociada a la severidad de la depresión y a ser una barrera para la búsqueda de atención (Keys, Kaiser, Foster, Burgos Minaya & Kohrt, 2015).
9.d	La circunstancias de la discriminación y la nostalgia no se asocian con la psicopatología en el contexto español de Atención Primaria (Revollo, Qureshi, Collazos, Valero & Casas, 2011), aunque en París, pertenecer al grupo de las personas de los grupos socioeconómicos más pobres, se manifestaban con una mayor la prevalencia de salud mental (Rondet, Cornet, Kaoutar, Lebas, & Chauvin, 2013).

1.7.10. Apoyo social y familiar

10.a	El apoyo social podía proporcionar un freno frente a la enfermedad mental (Bhugra, 2005; Kirmayer et al. 2011), ya que la falta de apoyo familiar y de redes sociales, constituían factores de riesgo (Rojas et al., 2008). En sentido contrario parece existir una asociación positiva entre una buena salud mental y el capital social, sobre el que, en Cataluña, no encontraron diferencias entre inmigrantes y nativos (Stoyanova & Díaz-Serrano, 2009).
10.b	Dos encuesta de salud de nuestro entorno señalaban que la falta de apoyo social, afectivo o confidencial, aumentaba al descender en la clase social (Esnaola et al., 2013; Serrano-Gallardo, Lizán-Tudela, Díaz-Olalla & Otero, et al., 2009).
10.c	Comparando dos grupos culturales en Burgos, de rumanos y de ecuatorianos, la angustia no se explicaba por las diferencias culturales, mientras que el apoyo social en casa actuó como un amortiguador (González-Castro & Ubillos, 2011). También en EEUUU el apoyo social y las redes sociales desempeñan importantes papeles explicativos en la salud mental de los vietnamitas (Fu & VanLandingham, 2012) y un mayor apoyo social se asoció con menos síntomas depresivos entre coreanos en Canadá (Bae & Park, 2010). En Norteamérica se destacó la importancia central de la familia como un recurso para el ajuste emocional (Bentley et al., 2012), así como de la cohesión familiar (Bae & Park, 2010) y se pusieron de manifiesto las consecuencia de la migración, asociándose la ausencia de los maridos en las mujeres que permanecieron en México, con síntomas depresivos (Bojorquez, de Snyder & Casique, 2009). Las abuelas-cuidadoras nicaragüenses "pensaban mucho ", como una manera de expresar la ambivalencia por las remesas económicas y la incertidumbre tras la migración (Yarris, 2014). Los matrimonios arreglados en Asia se asociaron con puntuaciones más bajas en el APGAR familiar (Tsai & Sun, 2013) .Los resultados indicabann que existen diferencias significativas entre la mayoría de los componentes del "Sentido de Comunidad" y la calidad de vida (Hombrados-Mendieta, Gómez-Jacinto & Domínguez-Fuentes, 2009), mientras que en Noruega apoyaron la aplicabilidad

	de la Modelo de "Contenido Estereotipo" aplicados a la emigración (Bye, Herrebrøden, Hjetland, Røyset & Westby, 2014).
10.d1	En pacientes de Atención Primaria el apoyo social en la población autóctona era mayor que el percibido por los inmigrantes (Salinero, 2013), y tener una buena red social y problemas psicosociales aumentaba el número de consultas (De la Revilla et al., 2004).
10.d2	En atención psiquiátrica, se destacaba la importancia del encuentro interpersonal entre culturas en el Programa Prisma (Becerra & Altimir, 2013), concluyéndose en Brasil que vivir con la familia y tener una red de amigos, era muy importante a la hora de disfrutar de una buena salud mental (Miyasaka et al., 2007).
10.d3	Las pacientes turcas ingresadas tenían un mayor nivel de interdependencia, que se asoció con menores niveles de angustia, siendo cierto lo contrario para las pacientes alemanas (Balkir, Arens, Wolff & Barnow, 2013).

1.7.11. Permanencia país acogida

11.a	La disminución de las tasas de trastorno mental común entre los migrantes a través del tiempo fueron encontradas en dos tercios de 18 estudios revisados, aunque menos de un tercio de ellos fueron estadísticamente significativos y tres estudios (uno estadísticamente significativo) mostraron un aumento del TMC (Butler et al., 2015). Parece que los inmigrantes recientes tienen mejor salud mental que los nativos (de Figueiredo, 2014) y la mayoría de los estudios revelan la persistencia de angustia entre los emigrantes durante los primeros cinco años siguientes a la migración, con un período de riesgo en todo el segundo y tercer año. Los que habían inmigrando desde hacía tiempo tenían un mayor riesgo de esquizofrenia, riesgo que era más bajo entre los de reciente inmigración (Dealberto, 2010). El tiempo de permanencia en el nuevo país, está también relacionado con las tendencias suicidas en los jóvenes inmigrantes (Bursztein Lipsicas & Mäkinen, 2010). En Israel se corroboran conclusiones sobre los inmigrantes similares a las descritas (Mirsky, 2009).
11.b	Mujeres con cinco o más años de estancia en España tenían una peor salud física y mental (Aerny et al., 2010). Entre los latinos en EE.UU, se encontró una asociación positiva entre la duración de la residencia, y entre 2 y 6 veces más probabilidades de ideación suicida y psicopatología, que los que habían estado menos de cinco años (Brown, Cohen & Mezuk, 2015). Entre los afrocaribeños se encontró una asociación positiva moderada entre la duración de la residencia en EEUU y la psicopatología y, en asiáticos, una asociación moderada con el parasuicidio (Brown et al., 2015). La duración del tiempo del refugiado se asoció también con un mayor riesgo de consumo de sustancias (Salas-Wright & Vaughn, 2014). En comparación con aquellos que emigraron a una edad superior a los 18 años, los que llegaron antes de los 6 años refirieron mayor riesgo de alteración del estado de ánimo, ansiedad o abuso de sustancias (Patterson, Kyu & Georgiades, 2013). Estos datos son coincidentes con la encuesta que mostraba que los que emigraron durante la preadolescencia y la adolescencia sin objetivos claros, tenían mayores niveles de angustia psicológica y los que emigraron durante la edad adulta eran menos propensos a sufrir trastornos depresivos recientes (Gong et al., 2011). También Devylder et al. (2013) asoció las experiencias psicóticas entre los latinos con una edad más temprana de inmigración.

11.c	Según un estudio de Dinamarca, los inmigrantes que tenían una estrategia de historia de vida relativamente rápida estaban en menor riesgo de desarrollar trastornos mentales (Nederhof, 2013).
11.d1	Las mujeres, presentaron prevalencias significativamente superiores y si tenían más de 5 años de estancia, la prevalencia era significativamente mayor (Salinero, 2013.), y aumentaba el número de consultas (De la Revilla et al., 2004), aunque otro estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia entre los pacientes latinos con más o menos de 5 años de residencia. (Salinero et al., 2014). En Canarias la depresión se asoció al tiempo de estancia en España y con el motivo de inmigración (Suárez–Hernández et al., 2011), y un menor tiempo de estancia se asoció con menor probabilidad de acceder a consultas en Noruega (Straiton, Reneflot & Diaz, 2014).
11.d2	La estancia media en hospitalización psiquiátrica fue más baja en emigrantes que en nacionales, pero llegaban a ser equiparables tras 3 años de permanencia (Alda Díez, García Campayo, & Sobradiel, 2010). En el SAPPIR de Barcelona el colectivo atendido y estudiado llevaba entre 2 y 5 años de emigración (Achótegui et al., 2015).

1.7.12. Origen

12.a	En España, el colectivo marroquí parece ser el más vulnerable y la estrategia de aculturación más usada entre los latinoamericanos es la integración (Collazos et al., 2014). También se observa la existencia de heterogeneidad geográfica en cuanto al efecto del capital social individual sobre la salud mental para la población migrante, y no migrante (Stoyanova & Díaz-Serrano, 2009). Las comparaciones de las revisiones entre subgrupos de emigrantes en Australia presentaron un efecto significativamente mayor entre los inmigrantes provenientes de países en vías de desarrollo con respecto a los inmigrantes procedentes de países desarrollados, y también de los inmigrantes procedentes de países con una población mayoritariamente negra (Cantor-Graae & Selten, 2005).
12.b	Hay encuestas de salud que relacionan la calidad de vida (que parece mejor en autóctonos) con el país de origen de los emigrantes (Serrano-Gallardo et al., 2009), existiendo diferencias asociadas al país de nacimiento (García-Gómez & Oliva, 2009; González, Tarraf, Whitfield & Vega, 2010). Así, al ajustar por variables, en el País Vasco la salud percibida por los hombres de China y del Magreb y por las mujeres latinoamericanas, resultó ser mejor que la de la población nativa (Rodríguez & Lanborena, 2006). Otras encuestas de salud señalan que el país de nacimiento tiene un efecto significativo en las tasas de personas tratadas por trastorno mental, siendo éstas elevadas para los nacidos en Grecia y bajas para los del Reino Unido, en comparación con la población australiana (Stuart et al., 1998).
12.c	Un estudio del País Vasco señaló que algunos indicadores de salud eran más favorables en los marroquíes inmigrantes que en las personas que vivían en Marruecos, constituyendo la emigración un factor protector en las dimensiones del SF-36, aunque un factor de riesgo para el desarrollo de los síntomas de ansiedad / depresión (Rodríguez Álvarez et al., 2009). En España, las inmigrantes de origen rural presentaron mayores niveles de sintomatología psicológica que las de las zonas urbanas y que la población femenina autóctona. Ser mujer de origen rural y estar en una situación ilegal, estaba relacionado con un aumento de la sintomatología (Kirchner & Patiño,

	2011). Algunos profesionales creían que la historia nómada de los somalíes les hizo propensos a moverse para escapar de los problemas, lo que interfería en su salud (Warfa et al., 2006).
12.d1	En A. Primaria en España, la mayoría de los emigrantes atendidos procedía de Latinoamérica (Barro et al., 2004) y la población inmigrante tuvo una menor frecuentación que la nativa, dándose importantes diferencias según orígenes geográficos, siendo los pacientes de Europa del Este los que tuvieron la menor frecuentación (Gimeno-Feliu et al., 2011). Otro equipo en Madrid no detectó una mayor prevalencia de trastornos mentales de ningún país en concreto (Herrero et al., 2003). En Noruega, todos los grupos de inmigrantes, tenían menos probabilidades de acudir a consulta (Straiton et al., 2014).
12.d2	En un Servicio de Psiquiatría de Paris, en Primeros Episodios Psicóticos, la incidencia fue mayor en las personas procedentes de África subsahariana en comparación con los nativos, mientras que la incidencia fue similar para los de Europa y del Norte de África (Tortelli et al., 2014). En Rumania, las personas de las zonas rurales presentaban un mayor tiempo de hospitalización que los de las zonas urbanas (Miclutia et al., 2007).

1.7.13. Trabajo

13.a	Una revisión sobre el Estado de Salud Mental en Europa, señaló que el hecho de no tener trabajo asegurado, no poder solucionar problemas económicos y la situación legal, podía condicionar la salud del inmigrante (Berra et al., 2004).
13.c	Se ha estudiado la discriminación relacionada con el lugar de trabajo y el desempleo, que se asoció con una mala salud mental (Agudelo, 2011; Baraza, Robles & Alba, 2005; Vázquez et al., 2014). También bajos niveles de apoyo de los compañeros y baja autoestima, tuvieron repercusiones para la salud mental en Almería (Baraza et al., 2005). En EEUU el mayor riesgo de una mala salud mental recaía en los trabajadores que perdieron sus puestos de trabajo (Robert et al., 2014) y unas mayores exigencias de empleo (carga pesada, posturas incómodas en el trabajo, gran demanda psicológica), se asociaron con síntomas depresivos y físicos (Arcury, Grzywacz, Chen, Mora & Quandt, 2014), mientras que las posturas forzadas durante largos períodos, se asociaron con una peor salud física, mientras que la falta de control por parte del trabajador se asoció con la salud mental. El trabajo agrícola de los jornaleros estaba caracterizado por la baja demanda psicológica y un bajo control, un "trabajo pasivo" (Gadarian & Albertson, 2014).

1.7.14. Dificultades de acceso, sesgos en la atención

14.a	Las revisiones señalan que los inmigrantes afrontan importantes barreras para acceder a la asistencia sanitaria y a la red de salud mental ya que la atención a los emigrantes y refugiados no es una tarea fácil en esta era de globalización (Bugra & Mastrogiani, 2004), en la que el desafío para la psiquiatría cultural es identificar diferencias entre las poblaciones, sin caer en errores producidos por estereotipos y prejuicios étnicos (Pottie et al., 2011). Mientras las diferencias individuales puedan ser tan grandes como las étnicas (Bugra, 2005), las barreras del idioma, diferentes creencias y modelos explicativos de la enfermedad, las preocupaciones por la confidencialidad, el estigma, la renuencia a buscar ayuda psicológica fuera del hogar, la exclusión social y la situación legal, pueden impedir que los inmigrantes tengan un buen acceso a la atención en salud mental (Berra et al., 2004; Giacco, Matanov & Priebe, 2014; Haro-Abad et al.,

	2005; Rogler et al., 1991; Rojas et al., 2008). Los propios profesionales corroboran la existencia de barreras y una inadecuación del acceso de los inmigrantes (Berra et al., 2004). Por todo ello, se han descrito desafíos específicos en el tratamiento de la salud mental, como las dificultades de comunicación (Kirmayer et al., 2011) que pueden dificultar el diagnóstico de cuadros como la depresión, la ansiedad y el TEPT, que precisan una buena evaluación clínica (Burguillo et al., 2003; Pottie et al., 2011). Dadas estas circunstancias es preciso que los profesionales se encuentren bien entrenados (Bhui et al., 2007) y que conozcan las creencias de los pacientes, para poder abordar las causas sociales, las dinámicas familiares y sus procesos intergeneracionales (Kirmayer et al., 2011; Pottie et al., 2011). Para solventar las dificultades de comunicación son también precisos intérpretes capacitados y "lectores" de la cultura, así como atención a la familia y a la comunidad, y el uso de instrumentos validados en el idioma propio del inmigrante (Pottie et al., 2011). Se ha visto que los inmigrantes acuden en menor proporción a los centros ambulatorios pero ingresan más (Rojas et al., 2008), como en Australia, donde los emigrantes presentaban una mayor posibilidad de ser ingresados en hospitales psiquiátricos (Nielssen, Sara, Lim, & Large, 2013). Con respecto a la eficacia de las intervenciones preventivas en salud mental, parece que en esta población las intervenciones a gran escala aportaron poco, mientras que intervenciones de profesionales más concretas, pueden dar lugar a moderados cambios beneficiosos, aunque los resultados no sean concluyentes (Anderson, Adeney, Shinn, Krause & Safranek, 2012). De 9 modelos que incluyeron una evaluación para mejorar la práctica de los servicios culturales de EEUU, 3 utilizaron métodos cuantitativos y 1 mostró cambios de las actitudes (Bhui et al. 2007).
14.b	Los inmigrantes consultan menos de lo esperado por problemas de salud, en general utilizan los servicios sanitarios con menor frecuencia que los autóctonos y pedían ayuda a través de las urgencias hospitalarias, cuando el trastorno estaba ya muy avanzado. Estos resultados podrían deberse a la existencia de barreras de acceso a los servicios relacionadas con el entramado administrativo o debido a razones culturales o lingüísticas (Regidor, 2008; Rodríguez & Lanborena, 2006).). La mayor proporción de hospitalizaciones se observó en magrebís y latinos. (Rodríguez & Lanborena, 2006), y quizá por este motivo se recomendaba que los refugiados debían ser atendidos en programas específicos (Rasmussen, Crager, Baser, Chu & Gany, 2012). Hay que tener en cuenta que pueden existir sesgos en las encuestas de salud, al presentar una menor tasa de participación en las mismas (González-Rábago et al., 2014) o por una elevada incidencia de diagnósticos erróneos, con tendencia a sobrediagnosticar psicosis, principalmente en hispanos (Juárez, Esparza Catalán & Díaz Olalla, 2007).
14.c	Los estudios mostraban la dificultad de acceso a servicios psiquiátricos que se basarían en el desconocimiento del sistema, el miedo por una situación de irregularidad legal, dificultades de idioma, desconocimiento de los servicios y bajo nivel socioeconómico, presentando los inmigrantes por tal motivo, itinerarios más negativos (Baraza et al., 2005; Baca-García et al., 2005; García-Campayo & Carrillo, 2002; Mladovsky, 2007). En Norteamérica además de estos factores, los roles de género, tuvieron efectos profundos sobre la posibilidad, o no, de que las mujeres inmigrantes buscaran ayuda (O'Mahony & Donnelly, 2007; Raymond-Flesch, Siemons, Pourat, Jacobs & Brindis, 2014), ya que preferían buscar consejo de amigos o familiares, siendo los varones más propensos que las mujeres a pedir ayuda médica (Leung, Cheung & Tsui, 2012) y hasta un 39% mostró miedo a la deportación (Cavazos-Rehg et al., 2007). Parecía existir falta de coordinación y fragmentación de los servicios, siendo necesario desarrollar intervenciones multidisciplinares flexibles y adaptadas a sus necesidades (Moro, 2003; Compton, Conway, Stinson & Grant, 2006; Vázquez et al.,2014), por lo que se recomienda la existencia de

	profesionales con conocimientos lingüísticos e intérpretes (Sadavoy, Meier & Ong, 2004; Dao et al., 2012; Fornieles Alcaraz & Hernández, 2015), que garanticen un seguimiento individualizado (Bravo, 2003) y estrategias terapéuticas específicas (Saraga, Gholam-Rezaee & Preisig, 2013). También parecía necesario fomentar que los emigrantes tuvieran una actitud activa en su tratamiento (Bravo, 2003). En California, la atención de salud mental era una de las mayores necesidades insatisfechas de salud (Raymond-Flesch et al., 2014) y entre víctimas de violencia doméstica de inmigrantes árabes emigrantes en EEUU, se identificaron estrategias para reducir las barreras y lograr la utilización de los servicios (Kulwicki, Aswad, Carmona & Ballout, 2010). Emigrantes turcos necesitaron más a menudo explicaciones añadidas en cuando el uso de servicios de salud (Topal, Eser, Sanberk, Bayliss & Saatci, 2012), y los inmigrantes alemanes diferían de la muestra rusa en creencias y actitudes hacia la medicina (Kirkcaldy et al., 2007). Las desmesuradas expectativas por los avances en biomedicina y la subordinación a criterios económicos, repercutían en la calidad del sistema sanitario y explicarían el lugar secundario que se concede a la comunicación (Fornieles Alcaraz & Hernández, 2015). También en Sudáfrica se detectó que los profesionales se enfrentaban con complejidades que precisaban medidas específicas (Marchetti-Mercer, 2009). La relación terapéutica en psicoterapia con emigrantes es compleja y se basa en elementos culturales (Moro, 2003), por lo que los psicoterapeutas de origen inmigrante se consideraban a sí mismos, con un mayor nivel de sensibilidad intercultural, y entendían necesaria la presencia de psicoterapeutas bilingües, entrenados y supervisados (Mösko, Gil-Martinez & Schulz, 2013). También se hacen propuestas como una terapia sistémica que enfatiza los factores socioculturales, las "Fortalezas Familiares" (Vázquez et al., 2013), se presentan protocolos como el de "psicoterapia breve centrada en la elaboración del duelo" (Salvador Sánchez, 2002) y se recomienda la terapia psicológica como un tratamiento de elección y no sólo como un acompañamiento a la medicación (de Figueiredo, 2014). En cualquier caso se deben tener en cuenta la específica relación médico enfermo y las creencias con respecto a la salud mental (Bernat, 2013).
14.d1	El 48% de pacientes en A. Primaria en Barcelona tenía el español como primera lengua; un 29.6% lo entendía con dificultades y un 22.2% no lo entendía, opinando los médicos de cabecera que los emigrantes eran peores cumplidores del tratamiento y más reivindicativos (Barro et al., 2004). Sólo la mitad de los pacientes con depresión, la mayoría mujeres, refirieron haber hablado de su depresión con un médico, aunque casi al 80% le hubiera gustado hacerlo (Rondet et al., 2013). En la Columbia canadiense se elaboraron 20 consejos y prioridades y se seleccionaron nueve enfermedades (cuatro de salud mental, un área clave) para la actuación en A. Primaria (Swinkels, Pottie, Tugwell, Rashid & Narasiah, 2011).
14.d2	Los inmigrantes parecen utilizar vías de acceso a los servicios psiquiátricos e itinerarios más negativos que los nativos, sobre todo por vía de urgencias psiquiátricas hospitalarias. Sufrían una mayor proporción de ingresos involuntarios, con mayor implicación de la policía y la autoridad judicial, tenían mayor probabilidad de interrumpir el tratamiento y se tenía la percepción de que eran más peligrosos y perturbados que los autóctonos (Mora, 2007). Estos emigrantes no sólo tenían un mayor riesgo de desarrollar primeros episodios de psicosis, sino que también era más probable que tuvieran acceso a cuidados psiquiátricos a través de vías indirectas (Morgan et al., 2006). Dentro de las razones de por qué los emigrantes no consultaron, en Chile se destacaba el desconocimiento del funcionamiento del Sistema de Salud (Rojas et al., 2008). En España la población emigrante presentaba cuadros que no coincidían con los síntomas más habituales en

	consulta en la población autóctona, sino cuadros de mayor severidad (González de Rivera, 2005; Mora, 2007), quizás, no confiaban en la eficacia de la ayuda profesional y recurrirían a redes informales de apoyo (Mora, 2007). Se deducía que el problema no era que los emigrantes acudieran menos a consultas, sino que mostraban una menor adherencia al tratamiento (Sanz et al., 2007), y por ejemplo, en Lleida, la mitad de los inmigrantes abandonaron el tratamiento de media, un mes antes que los nativos (Cruz et al., 2012). Los pacientes emigrantes también tenían pocas posibilidades de vincularse a una terapia de grupo o la abandonaban con mayor frecuencia y más rápido que otros pacientes. La mala adherencia de los pacientes procedentes de Sudamérica descartaba la causa idiomática (Monras et al., 2006) y el abordaje multidisciplinario era el más efectivo en Guayaquil para adolescentes depresivos de familias de emigrantes (Saad, Edison & William, 2004). Estos resultados sugieren que se debe priorizar un tratamiento individualizado con psicoterapeutas especializados (Renner & Berry, 2011).
14.d3	En el sistema sanitario general, en Barcelona, los motivos de consulta y hospitalización más habituales de los inmigrantes se relacionaban con necesidades asistenciales de una población joven, sin enfermedades crónicas, ya que la población inmigrante utilizaba proporcionalmente más la atención de urgencias hospitalarias, que las consultas de especialistas (Cots et al., 2002). Circunstancias similares se encontraron en la utilización de Servicios de Psiquiatría, con tasas menores de utilización entre los ciudadanos extranjeros en Alicante (Ramos, et al., 2013.), siendo en Madrid uno de los factores relevantes asociados a una ruptura en la continuidad de cuidados de pacientes admitidos en las unidades psiquiátricas, el hecho de ser inmigrante (Gotor & González-Juárez, 2004). Otros estudios ponían de relieve la utilización de los servicios de urgencias como puerta de entrada al sistema sanitario, como la demanda de la Urgencias del hospital de Oriente por problemas de salud mental del colectivo emigrante. En Granada, en Urgencias generales, el diagnóstico más común era el de problemas psiquiátricos, con un 24.3% de asistencias (Parrilla Ruiz, 2006), al tiempo que los ingresos de inmigrantes supusieron el 5,38% de los ingresos totales de otro hospital general español (Jiménez et al., 2006). Los varones entre los nativos representaban en Osakidetza (Bizkaia) un 44%, mientras que los entre los emigrantes varones eran 33%., siendo mayor la incidencia de mujeres emigrantes (Martín Zurimendi, Celorio & Goiriena, 2013). La estancia media hospitalaria fue menor para los noruegos nativos (Berg, 2009) y lo mismo sucedía con el porcentaje de pacientes que eran atendidos en un Servicio de Psiquiatría. También en Rumania la duración de hospitalización de estos pacientes fue ligeramente más corta que la de pacientes no migrantes con el mismo diagnóstico (Miclutia et al., 2007). La prevalencia de cuadros psiquiátricos en Chile alcanzaba un 17.8%, siendo mayor en mujeres (Rojas et al., 2008). No sólo los servicios de agudos se utilizaban con mayor frecuencia por pacientes inmigrantes sino que los tipos de intervención previstos para ellos diferían de los previstos para los nativos, principalmente en cuanto a intervenciones psicoterapéuticas se refiere (Spinogatti et al., 2015). También fue mayor entre emigrantes la utilización de la Sujeción Mecánica y el aviso a Seguridad (Alda et al., 2010). Paralelamente, en Italia, los grupos de inmigrantes tenían tasas más altas de ingreso obligatorio, eran más propensos a ser admitidos con menor gravedad y pasaron significativamente menos tiempo en el hospital (Lay et al., 2005), o estaban detenidos (Deans et al., 2011).

1.7.15. Trastorno mental común (TMC); Ansiedad. Depresión. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

15.a	El número de estudios realizados en España para determinar la prevalencia de patologías mentales es aun escaso. De una revisión de cinco estudios de prevalencias de población emigrante, dos señalan prevalencias de depresión muy similares entre ambos colectivos, en uno la prevalencia de este trastorno era mucho más elevada en emigrantes y en otro era significativamente más baja (Achótegui, 2009). En población refugiada en el Reino Unido, el 5% presenta depresión mayor (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005) aunque los síntomas podían detectarse con una mayor dificultad, generándose infradiagnósticos (Collazos et al., 2014). Entre un 9% y un 15.9% de las niñas fueron diagnosticadas de TEPT (Belhadj, Koglin & Petermann, 2014; Fazel et al., 2005). Tres estudios mostraron un aumento de la frecuencia de TMC en emigrantes uno de ellos estadísticamente significativo (Butler et al., 2015) y otro estudio refirió que, en comparación con los noruegos, los emigrantes presentan mayores niveles de problemas de salud mental (Abebe et al., 2014). En otros países europeos, también se ha encontrado que los inmigrantes cuentan con un mayor riesgo (Hutchinson & Haasen, 2004; Burguillo et al., 2003).
15.b	Las personas inmigrantes presentaron en España peores resultados en salud en las dimensiones relacionadas con los binomios dolor/malestar, y ansiedad/depresión (García-Gómez & Oliva, 2009). En Alemania, en comparación con la de los autóctonos, se daba una mayor tasa de prevalencia en la duración de los trastornos afectivos y somatomorfos de los inmigrantes, (Bermejo, Mayninger, Kriston, & Härter, 2010) y en Israel la tasa de prevalencia de trastornos mentales comunes fue de aproximadamente el doble de los encuestados de origen magrebí/asiático en comparación con sus homólogos europeos (Nakash et al., 2013). En EEUU el riesgo de trastornos psiquiátricos fue más bajo para latinos que para emigrantes no latinos (Fossion et al., 2004), pero en otra encuesta, la prevalencia fue más alta para los emigrantes, seguidos por los negros del Caribe y los afroamericanos y tras 12 meses, las estimaciones de depresión mayor entre los grupos fueron similares (Willians et al., 2007). La prevalencia de la angustia fue del 3% para los emigrantes no hispanos nacidos en el extranjero, de 6% para los de Oriente Medio, 3% para los procedentes de Europa y el 2% de Rusia (Dallo, Kindratt & Snell, 2013). La prevalencia de depresión grave fue mayor entre los grupos étnicos nacidos en EEUU en comparación con los grupos nacidos en el extranjero. Los afroamericanos y los mexicanos tenían significativamente mayor cronicidad en la depresión y un uso significativamente menor de atención por depresión que los de raza blanca (González et al., 2010). En países nórdicos el trastorno afectivo estacional se asoció significativamente con el país de nacimiento, edad más joven, tabaquismo y presencia de trastornos mentales (Saheer, Lien, Hauff & Kumar, 2013).
15.c	Los inmigrantes gozan de buena salud, aunque la inmigración puede ser un factor de riesgo para la salud mental. Entre los atendidos en Servicios de Salud Mental los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad y los adaptativos de forma semejante a la población nativa española, siendo las tasa elevadas en los refugiados, un subgrupo específico de los inmigrantes que han podido experimentar severos traumas (Rew, Clarke, Gossa & Savin, 2014; Ochoa Mangado, Vicente Muelas & Lozano Suárez, 2005). Se obtuvieron cifras trastornos mental del 24% en España usando el GHQ, y de 39.4%, en Perú (Loret de Mola et al., 2012), aunque, después de ajustar por sexo, edad, ingresos familiares y educación, un estudio no observó diferencias en la prevalencia en Australia (Liddell et al., 2013). Las dificultades de vida posteriores a la migración generaron ansiedad (20%) y depresión (36%), (Schweitzer et al., 2011) y la prevalencia de los síntomas

	actuales de TEPT (Frissa et al., 2013) fue del 5,5% en el Reino Unido, teniendo las mujeres más probabilidades de resultados positivos. En Australia la emigración da lugar a mejoras en la salud mental, en particular para las mujeres y para las personas con mala salud mental (Stillman, et al., 2009). En trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los 80, las puntuaciones más altas de conducta bulímica fueron encontradas en Grecia en comparación con Múnich. 20 años después, la conducta bulímica se redujo considerablemente en Veria (Fichter, Quadflieg, Georgopoulou, Xepapadakos & Fthenakis, 2005), pero la prevalencia de estos trastornos aumentó a través de generaciones de población de origen mejicano después de la migración a EEUU (Breslau et al., 2011). También se ha descrito que las circunstancias de las migraciones pueden dar lugar a cuadros clínicos "diferentes", cuestionando el modelo unitario del DSM-IV (Saraga et al., 2013).
15.d1	En Atención Primaria los estudios señalan que la frecuentación anual ajustada de españoles fue mayor que de la de los inmigrantes (Gimeno-Feliu et al., 2011), y, entre ellos, los no occidentales fueron remitidos con el doble de frecuencia en 2007 Se detectaron trastornos mentales comunes en el 49.9% de una muestra total de A. Primaria siendo más altos los valores de los pacientes nacidos en América Latina que entre los pacientes nacidos en España para cualquier trastorno mental (Salinero et al, 2014), llegando incluso a una proporción de 1 de cada 2 participantes inmigrantes con respecto a españoles (Salinero, 2013). En Canarias en la prevalencia general de A. Primaria el diagnóstico más frecuentemente encontrado fue el de trastorno mental, destacando el síndrome ansioso depresivo como primera causa de consulta en un 44% de los pacientes emigrantes (Sancho et al., 2006; Suárez-Hernández et al., 2011). En Barcelona el 51.9% presentaba ansiedad y el 40.7%, depresión, siendo ésta más frecuente en mujeres que en varones, la mayoría procedente de Latinoamérica (Barro et al., 2004; Esteban Peña, 2001) y se encontró que las enfermedades que más consultas generaban fueron la infección respiratoria aguda (18%) y los trastornos depresivos (11%) (Pardo Moreno et al., 2007). Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los diagnósticos registrados, en Barcelona se evidenció una tendencia del grupo inmigrante a presentar mayor porcentaje de depresión (Pertiñez et al., 2002). La media de consultas al año realizadas por los inmigrantes fue de 4.32+/-2.87 y existían factores como depresión mayor y variables socio-demográficas que aumentaron el número de consultas anuales en los inmigrantes (De la Revilla et al., 2004). En París la prevalencia estimada de la depresión en esta población fue de 56.7%., siendo más frecuente en mujeres (Rondet et al., 2013). En países nórdicos el 29.2% de una muestra declararon traumas y la asociación más fuerte, se daba con posibles trastornos de estrés postraumático, siendo importante la condición de inmigrante (Thulesius, Alveblom & Håkansson, 2004)
15.d2	Los resultados sobre la prevalencia tratada en diferentes servicios, ambulatorios y hospitalarios no dan resultados concluyentes. Una posible explicación de los resultados dispares de los estudios sería que la situación de los inmigrantes es específica de cada país y no es fácilmente comparable (Mora, 2007). A pesar del incremento de la población extranjera, el aumento del colectivo de emigrantes en los servicios de salud mental no fue tan elevado (Sanz et al., 2007). Otros estudios, como el que desarrollamos en Osakidetza señalaba que la incidencia tratada de los extranjeros duplicaba la tasa media en Bizkaia, en todas las comarcas, en especial en Bilbao y sobre todo en programas de adultos (Martin Zurimendi et al., 2013). En Lombardía, los servicios de salud mental son utilizados por los usuarios inmigrantes con una tasa de 11.3 de cada 1.000 inmigrantes en comparación con la de nativos, de 17,0 (Spinogatti et al., 2015). El riesgo de recibir tratamiento por trastorno depresivo unipolar se incrementó para los grupos de emigrantes en Holanda y el

	riesgo de ser tratados por trastorno bipolar no fue significativamente mayor para ningún grupo, a excepción de los turcos-holandeses de 2ª generación (Selten et al., 2012). La posición de los inmigrantes no occidentales en Holanda tenía consecuencias negativas en su salud mental (Selten et al., 2012). Los emigrantes presentaban quejas somáticas no tratadas en Dinamarca, y casi todos los pacientes tenían depresión, (Buhmann, 2014). En Noruega (Berg, 2009) la proporción de pacientes nativos en ambulatorios de los servicio de salud mental era casi la mitad de la proporción de nativos en la población general y en Canadá una zona con una mayor proporción de inmigrantes se mantuvo significativamente protectora a la hora de predecir las tasas de trastornos afectivos (Durbin, Lin, Taylor & Callaghan, 2011). En Australia la tasa de enfermedad mental en emigrantes vietnamitas fue 6.1% en comparación con el 16.7% entre los australianos (Steel, Z et al., 2005) y en EEUU las prevalencia no ponderada y ponderada de síntomas depresivos fue 69.2% y 74.8% respectivamente (Rhodes et al., 2013). La proporción de pacientes extranjeros en ambulatorios de los servicio de salud mental era casi la mitad de la proporción de extranjeros en la población general en Alemania (Mösko, et al., 2013)
15.d3	Los resultados mostraron que en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas, el trastorno límite de la personalidad se diagnosticaba con menos frecuencia en el grupo de inmigrantes que en el grupo autóctono (Pascual et al., 2008).

1.7.16. Somatización

16.a	La población inmigrante puede tener más somatizaciones que la autóctona, pudiendo ser expresiones culturales de la angustia (Bhugra, 2005; Collazos et al., 2014), o mostrarse como una sintomatología mal definida (Berra et al., 2004). Por ello, se recomienda estar especialmente atentos a los estos síntomas (Pottie et al., 2011).
16.c	Las dificultades de vida posteriores a la migración se asociaron con somatizaciones en un 37% de casos (Schweitzer et al., 2011) y la depresión en los inmigrantes en Suiza se presentaba con mayor comorbilidad con trastornos somatomorfos, mayor gravedad, y curso más crónico (Saraga et al., 2013). Grupos de emigrantes turcos en Alemania tenían significativamente más gravedad de síntomas somáticos (Deisenhammer et al., 2012) y, en EEUU, las quejas somáticas paría que tenían un efecto indirecto y estadísticamente significativo, en la relación predictiva entre acontecimientos vitales traumáticos y alteración del estado de ánimo (Bentley et al., 2012).
16.d	Los médicos de cabecera pensaban que los inmigrantes somatizan más que los nativos, pero que no presentaban más patología psiquiátrica (García Campayo et al., 2006) y en otro estudio se encontraron más del doble de trastornos somatomorfos en el grupo de mujeres inmigrantes, así como trastorno mental en el 62.5% de las pacientes (Herrero et al., 2003). Comparando grupos de emigrantes y nativos (Pertiñez et al., 2002) se encontraron mayores porcentajes de somatización en emigrantes, 10.7% frente a un 6.3% y Salinero et al., (2014) encontró un porcentaje del 18.1% frente a un 6.6%. La población inmigrante, además de tener más somatizaciones, también podría presentar una clínica con sintomatología mal definida, por lo que fue difícil para los médicos establecer relaciones de causalidad (Sancho et al., 2006). En Italia el 25.6% de una muestra de inmigrantes eran somatizadores y se presentaba significativamente con mayor frecuencia entre los sudamericanos, el 30.1% (Aragona, Rovetta, Pucci, Spoto & Villa, 2012). Las mujeres con menor nivel de estudios y con más hijos, tenían en Suecia, un mayor número de puntos dolorosos (Taloyan & Löfvander, 2014).

1.7.17. Psicosis

17.a	En la literatura revisada en Europa sobre emigrantes, se presentaron tasas más altas de esquizofrenia (Haro-Abad et al., 2005; Carta et al., 2005), aunque sólo se encontraron resultados concluyentes en algunas etnias, lo que nos hace pensar en factores genéticos o ambientales concretos, en los que el hecho de emigrar sería, uno más de los factores contemplados. Es posible que las personas vulnerables a la paranoia tengan mayor tendencia a emigrar que otras, siendo también posible que el estrés psicosocial de la emigración juegue un papel importante en el desarrollo de las psicosis (Burguillo et al., 2003). Los emigrantes tenían más probabilidades de ser ingresados con diagnóstico de esquizofrenia o manía (Paalman, Terwee, Jansma & Jansen, 2013) y los antecedentes personales o familiares de inmigración constituían un importante factor de riesgo de esquizofrenia (Carta et al., 2005). En el Reino Unido el riesgo principal para desarrollar el trastorno afectivo bipolar entre migrantes fue de 2.47. Sin embargo, después de excluir a las personas de origen Africano-Caribeño, este riesgo ya no era significativo (Sanne Swinnen & Selten, 2007).
17.b	El estrés de aculturación puede aumentar las experiencias psicóticas que, entre los latinos, se asociaron principalmente a una edad más temprana de inmigración (Devylder et al., 2013). También el desempleo parece ser responsable de cierto riesgo en las psicosis (Fossion et al., 2004).
17.c	Un artículo ofrecía razones para la reconsideración de la esquizofrenia en inmigrantes como un trastorno del yo, y no del cerebro (Pérez Álvarez, 2012).
17.d3	A pesar de lo señalado en algunos estudios sobre la menor incidencia de psicosis en la población inmigrante, uno de los resultados más constantes en la epidemiología de la psicosis en el Reino Unido, ha sido la alta incidencia del trastornos psicóticos entre grupos minoritarios migratorios y étnicos (Coid et al., 2008; Agius et al., 2009). En Canadá, las tasas de ingreso para los trastornos psicóticos fueron más altas en las zonas con mayor proporción de inmigrantes (Durbin et al., 2011), mientras que los individuos que regresaron a Brasil de Japón eran en buena parte hombres solteros, que estaban incluidos en el grupo de la esquizofrenia (Miyasaka et al., 2007). En Dinamarca entre un 9% y un 16% de los pacientes tenían síntomas psicóticos relacionados con el trauma (Buhmann, 2014), sin embargo en Suiza las tasas de trastornos psicóticos fueron similares en inmigrantes y autóctonos, pero en otros diagnósticos y variables sociodemográficas, se observaron diferencias significativas. (Lay et al., 2007). Las tasas de primeros ingresos y contactos por psicosis eran en el Reino Unido entre dos y cuatro veces mayores en el grupo de emigrantes (Morgan et al., 2006) y en Francia se encontraron tasas más altas de admisiones para la psicosis en el grupo migrante, en comparación con los individuos nacidos en el país (Tortelli et al., 2014). En Canadá el grupo africano y afrocaribeño tuvo un nivel más alto de síntomas negativos y mayores puntuaciones de psicopatología general en la escala PANSS, en comparación con el grupo de referencia. El aumento de la severidad de los síntomas negativos y la psicopatología general, aparecía específicamente en el grupo minoritario étnico de raza negra (van der Ven, François Bourque & Malla, 2012). En Australia el riesgo de primer ingreso involuntario para cualquier trastorno psiquiátrico y para los trastornos psicóticos, en particular, mostró un aumento de 2 a 3 veces en casi todos los grupos de migrantes y especialmente entre los inmigrantes de segunda generación (Cantor-Graae & Selten, 2005).

1.7.18. Alcohol y dependencia de drogas

18.a	En la literatura revisada en población emigrante en Europa también aparecía una tasa más alta de abuso de alcohol y drogas (Carta et al., 2005; Haro-Abad et al., 2005).
18.c	En un estudio en Galicia y Madrid se observó que el grupo de adolescentes latinoamericanos que optaba por la estrategia de separación, era el que presentaba mayores conductas antisociales y, contrariamente a lo esperado, el grupo de marginación se asociaba con menos actos antisociales (Sobral Fernández, Gómez-Fraguela, Luengo, Romero & Villar, 2010). En los EEUU un estudio proporcionó una descripción sobre el contexto y las circunstancias asociados a la falta de bienestar y una mayor vulnerabilidad para el abuso de sustancias (Nalini, 2011). Los consumos de alcohol que, al inicio de otro estudio, se mostraban excesivos, disminuyeron con el tiempo (Kissinger et al., 2013), aunque los aumentos de los trastornos por consumo de sustancias fueron encontrados sólo entre los hombres de raza negra, entre los 18 y los 29 años, en EEUU (Compton et al., 2006).
18.d2	En Osakidetza la incidencia tratada de los extranjeros duplicaba la tasa media en Bizkaia, de manera más significativa, en el programa de alcoholismo y otras toxicomanías (Martín Zurimendi et al., 2013)

1.7.19. Suicidio

19.a	Los sentimientos de culpa y de las tasas de suicidio (Bhugra, 2005; Carta et al., 2005; Haro-Abad et al., 2005) varían según culturas.
19.b	En Noruega se encontró una correlación positiva entre los intentos de los inmigrantes y la tasa de suicidios en sus países de origen. Sin embargo otros colectivos como chilenos, iraníes, marroquíes y turcos mostraban altas tasas de intentos como inmigrantes, a pesar ser bajas las tasas en sus países de origen (Saheer et al., 2013). El riesgo de intentos de suicidio también fue mayor entre los mexicanos con un miembro de la familia en EEUU y los mejicano-americanos nacidos EEUU (Borges et al., 2009), pero presentaban porcentajes más bajo de suicidio (Fossion et al., 2004). Los latinos que habían estado en los EE.UU durante más de 20 años tenían de 2 a 6 veces más probabilidades de ideación suicida en relación con los que habían permanecido en EE.UU menos de 5 años (Brown et al., 2015).
19.c	Con respecto a los intentos de suicidio se describen algunas diferencias en la adaptación relacionadas con la cultura de origen, entendiéndose que se deben de tener en cuenta las características particulares de cada población a la hora de ser atendidos (Quintanilla et al., 2009). La repetición de los intentos en Burgos tendió a disminuir con la edad, y fue más probable entre las mujeres que utilizaron métodos más severos (González-Castro & Ubillos, 2011). En Rumanía el 32% de toda las repeticiones se produjeron dentro de los 30 días sucesivos al intento (Bursztein Lipsicas et al., 2014) y en comparación con los locales, se encontraron menos probabilidades de repetir un intento de suicidio en los emigrantes, con patrones similares por sexo (Bursztein Lipsicas & Mäkinen, 2012). En Australia, las tasas de suicidio mostraron tendencia a la baja en todos los grupos para ambos géneros (Ide, Kõlves, Cassaniti & De Leo, 2012). El grupo más numeroso de suicidios de personas mayores en Israel había emigrado de Europa del Este y se suicidaron a una edad mayor, con predominio masculino, morbilidad psiquiátrica y enfermedades

	físicas (Shelef et al., 2014). En Canadá, en 27 de los 56 grupos de inmigrantes estudiados se encontraron tasas significativamente mayores de intentos de suicidio (Bursztein et al., 2012).
19.d1	Entre las mujeres en Australia, las tasas más altas de suicidio se detectaron entre las nacidas en Europa Occidental y en el Reino Unido e Irlanda (Ide et al., 2012).

1.7.20. Violencia, refugiados

21.a	Las revisiones bibliográficas en la atención a las mujeres aconsejan a los profesionales sanitarios estar alerta sobre los posibles signos de violencia de pareja, y se advierte que los niños pueden estar también afectados, por lo que se recomiendan no sólo acciones rutinarias de revisión, sino permanecer alerta (Pottie et al., 2011).
20.b	Diferentes encuestas de salud en España (Vives-Cases et al., 2014) o en EEUU señalaban que los emigrantes son más propensos a presentar traumas y necesidades psiquiátricas más urgentes (Rasmussen et al., 2012) y entre 3 y 6 veces menos probabilidades que los autóctonos, de cumplir criterios de trastornos mentales comunes y, significativamente, menos probabilidades que los inmigrantes no refugiados (Salas-Wright & Vaughn, 2014). Los inmigrantes mejicanos tienen un menor riesgo para cualquier tipo de violencia y los mejicano-estadounidenses nacidos en EEUU estaban en mayor riesgo de violencia, siendo los migrantes al retorno más propensos a sufrir violencia, como ser rehén o golpeados (Borges et al., 2013).
20.c	Un estudio observó mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático en los personas migrantes por asilo o razón política (Frissa et al., 2013) y tanto su calidad de vida como su salud física se vieron afectadas (Palacio Sañudo & Madariaga Orozco, 2005). Los niños con un padre deportado fueron significativamente más propensos a mostrar la externalización y la internalización de los problemas (Allen, Cisneros & Tellez, 2013).
20.d1	En A. Primaria se constató que la "exposición a la violencia política" se asociaba con la salud mental (Salinero et al., 2015) y en otros pacientes entrevistados en este nivel asistencial, un 13.6% refirió haber sufrido malos tratos (Suárez-Hernández et al., 2011).
20.d2	En Barcelona, en el 55.9% de las mujeres emigradas había historia de maltrato anterior (de cualquier tipo), frente al 35.2% del resto de la población (Samsó et al., 2007), mientras que en Chile un 43,4% de las mujeres referían que habían sido agredidas emocionalmente, y un 31.5%, físicamente (Rojas et al., 2008). El 2.2% entre los daneses y el 6.5% entre los inmigrantes refugiados consultaron a un psiquiatra o psicólogo. En las mujeres inmigrantes laborales se apreció un efecto multiplicativo de las tasas por 1.78 y en las mujeres refugiadas el efecto multiplicativo fue 2.49 (Nielsen, Jensen, Kreiner, Norredam & Krasnik, 2015).

1.7.21. Edad

21.a	Un meta-análisis señaló que muchos estudios en Alemania, compararon un grupo heterogéneo de niños inmigrantes con nativos. Sólo un estudio británico y turco demostró el efecto de selección en la migración. La mayoría de los estudios holandeses o británicos examinaron los diferentes grupos étnicos (turco, marroquí, surinamés…), objetivándose los factores que influían de manera significativa en la salud mental de los niños migrantes, como son un bajo estatus socioeconómico, origen no europeo, una identidad cultural incierta de los padres, pertenecer a

	una minoría, la edad más temprana de migración y el género (Belhadj et al., 2014). La fragmentación de la familia, parece ser una de las principales hipótesis propuestas para este aumento de estas tasas (Hutchinson & Haasen, 2004). Otro meta-análisis señala que mientras que las niñas expuestas a un trauma interpersonal mostraron la tasa más alta de TEPT, un 32.9%, el riesgo en niños expuestos al trauma era menor del 8.4% (Belhadj et al., 2014). Para otro análisis el riesgo era del 11%, aunque otras encuestas más numerosas informaron de tasas de prevalencia más bajas (Fazel et al., 2005). El estrés pueden afectar al ambiente uterino, es decir, cambios epigenéticos inducidos por el estrés durante el embarazo y el parto, que pueden producir que los niños de las comunidades de migrantes se encuentren en mayor riesgo de autismo (Crafa & Warfa, 2015).
21.b	También la emigración puede tener consecuencias en la vida sexual de los jóvenes emigrantes, tal y como se analiza en Canadá (Pole & Flicker, 2010). Los síntomas aumentaban con la edad y el sexo femenino y la edad avanzada aumentaba la probabilidad de dependencia en emigrantes (Beiser & Hou, 2014; Esnaola et al., 2013; Rodríguez Álvarez, González-Rábago, Bacigalupe, Martín, & Lanborena Elordui, 2014; Saheer et al., 2013).
21.c	En Europa, los adolescentes de familias inmigrantes, presentaron un menor nivel de salud mental que los adolescentes portugueses que nunca habían emigrado, constatándose diferencias de género (Neto, 2010) y los adolescentes inmigrantes en Noruega presentaron mayores niveles de angustia y menor apoyo social que los estudiantes de acogida, no habiendo diferencias en la prevalencia en las chicas (Oppedal & Røysamb, 2004). En Alemania se analizó la salud mental de los niños provenientes de familias de origen inmigrante (Kirkcaldy et al., 2014), y cerca, en Austria los adolescentes inmigrantes de primera generación presentaron más síntomas depresivos y problemas cotidianos relacionados con los padres: el yo, el ocio, la pareja, y el futuro (Stefanek, Strohmeier, Fandrem & Spiel, 2012). En el Reino Unido, el 25% de los niños eran obesos y el 20% de los niños que tenían sobrepeso eran significativamente menos propensos a tener comidas familiares después de las cinco de la tarde (Tovar et al., 2013). Los adolescentes con una alta probabilidad de asimilación (fortalecimiento simultáneo de la identidad israelí y el debilitamiento de la identidad rusa), resultaron ser más propensos a presentar bajos niveles de depresión y en concordancia con la literatura, las niñas emigrantes estaban más deprimidas (Turjeman et al., 2008). En EEUU, la prevalencia de los hijos de inmigrantes tenían tasas iguales a las de las poblaciones nativas (Rew et al., 2014) y en California se comparó la situación de jóvenes y de sus padres con el mismo origen, en dos países, durante los períodos de crisis entre 2008 y 2012. También se comparó también familias de inmigrantes en grupos como indocumentados, documentados y ciudadanos americanos (Turjeman et al., 2008). Se explicó cómo los niños experimentaban la migración y cómo desarrollaban un sentido de pertenencia (Roddy, 2012). Los medios de comunicación han argumentado que los niños no acompañados son una amenaza a la salud pública, por lo que Loren Robinson (2015) menciona la necesidad de cuidados sanitarios. También en EEUU, entre los niños refugiados, había un ligero deterioro emocional, escolar y se detectaron prejuicios negativos en los profesores de estos niños (Real Deus et al., 2013).
21.d1	En A. Primaria en el colectivo emigrante con una edad superior a 45 años se aumentaba el número de consultas (De la Revilla et al.2004).
21.d2	En el centro SAPPIR el prototipo de persona atendida es el de un latinoamericano o subsahariano, de entre 30 y 45 años (Achótegui et al., 2015), mientras que en Noruega la edad media fue menor para los inmigrantes no occidentales, que para los noruegos, y las “minorías visibles” que

	eran significativamente más jóvenes los menores no acompañados, tenían más probabilidades de ser remitidos a los servicios sociales y no a los médicos. También los emigrantes asistieron a menos sesiones durante el tratamiento y perdieron más citas (Michelson & Sclare, 2009; et al., 2014). En Colombia se confirmaron las hipótesis de que las migraciones influyen en la génesis de las patologías psiquiátricas, especialmente en los adolescentes, siendo las depresiones las patologías más frecuentes (Saad et al., 2004).
21.d3	Los inmigrantes tenían 37,4 años de edad media al ingreso y los suizos: 46,3 años, pero no hubo diferencias considerables entre los grupos de países (Lay et al., 2007). Las personas que emigraron a Israel antes de la edad de 15 años presentaban un mayor riesgo de esquizofrenia (Werbeloff et al., 2012).

1.7.22. Evidencia en los meta-análisis

22.a	Debido a las diferentes condiciones de la migración sobre variables como la motivación para las migraciones, la distancia de la cultura de acogida, la capacidad para desarrollar estructuras de mediación, la situación legal de residencia y otras, no se puede considerar a los "inmigrantes" como un grupo homogéneo a la hora de valorar el riesgo de enfermedad mental (Carta et al., 2005;Haro-Abad et al., 2005; Paalman et al., 2013), y dadas las distintas metodologías empleadas en los estudios, las tasas de patología psiquiátrica arrojan resultados dispares (Rojas et al., 2008). Son pocos los que han podido demostrar la correlación entre estrés aculturativo y presencia de patología psiquiátrica (Collazos et al., 2014). Aunque la mala salud autopercibida podría ser más prevalente en la población inmigrante que en la autóctona, la mayoría de los estudios no son concluyentes, ya que existen importantes carencias metodológicas. Entre las limitaciones encontradas pueden destacarse dificultades en la identificación de la población inmigrante, de los diseños de investigación y la falta de instrumentos adaptados correctamente. Tampoco existe una evidencia concluyente con respecto a los trastornos afectivos (Sanne Swinnen & Selten, 2007). Así en una evaluación de la salud percibida con el instrumento GHQ apareció una puntuación relativamente alta en heterogeneidad, que sugiere que los efectos son dispares, aunque el análisis de los resultados mostraron homogeneidad para el trastorno depresivo mayor (Fryers et al., 2004). La mayoría de los instrumentos de evaluación de problemas en jóvenes de minorías étnicas inmigrantes actualmente no están suficientemente validadas (Paalman et al., 2013), existiendo también heterogeneidad en los estudios con respecto al TEPT en niños (Fazel et al., 2005; Berra et al., 2004).

1.8. Conclusiones generales de la revisión bibliográfica por tópicos

1.8.1-Estrés de Aculturación

Los emigrantes están sometidos a un mayor número de estresores de relevante intensidad y durante un periodo más largo de tiempo, por lo que se han definido el “estrés migratorio” y los “duelos de la emigración” La experiencia de migración está influenciada por el estrés de aculturación y la prevalencia de trastornos mentales con variables como el apoyo social. Los graves traumas previos a la migración, la motivaciones de la emigración, así como las dificultades de vida posteriores a la migración, son a menudo motivos para contar con una peor calidad de vida, aunque los inmigrantes con razones fundadas y una adecuada planificación migratoria, parecen ser menos propensos a sufrir problemas de salud mental y, si

las expectativas de la emigración fueron superadas por sus experiencias, la satisfacción con la vida puede ser mayor.

1.8.2. Adaptación: Factores protectores y de riesgo

Hay estudios que encontraron factores de riesgo para los inmigrantes que habían experimentado traumas previos, altas exigencias emocionales y bajas posibilidades de desarrollo, así como conflicto familiar. Tener previamente una mala salud mental, la preocupación por la situación política actual en el país de origen, la falta de libertad y la insatisfacción con la sociedad de acogida, son posibles factores de riesgo. Se distinguen dos tipos de actitudes de los emigrantes en su adaptación: la sobre-integración en el país de acogida y la sobre-identificación a los valores de la cultura de origen. Otros factores que dificultan la adaptación después de la migración pueden ser de comunicación, en términos de idioma, cultura, educación, empleo, estrategias adaptativas y dificultades de acceso a los servicios. La potencialidad de la migración como factor de riesgo podría estar relacionada con los factores sociales específicos de cada etnia. Encuestas en España observaron algunos factores de riesgo compartidos entre las mujeres españolas e inmigrantes, como tener hijos, insatisfacción en el trabajo, bajos salarios, bajo apoyo económico o no tener amigos. Para los hombres constituían factores de riesgo un mal ambiente en el trabajo, bajo apoyo económico y social y no tener amigos. Como factores de protección para disfrutar de una buena salud mental se señalaban el sentido de pertenencia, la libertad, la satisfacción con uno mismo y la resiliencia.

1.8.3. Paradoja del inmigrante

Las encuestas señalan un buen nivel de salud de esta población a su llegada, el denominado "sesgo del inmigrante sano" y, en este sentido, se ha comprobado un porcentaje más bajo la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en comparación con los autóctonos. Estos resultados proporcionarían evidencias en apoyo de la "paradoja del inmigrante".

1.8.4. Calidad de vida

Estudios señalan que los migrantes tienen peor calidad de vida que los autóctonos, pudiendo estar mediatizada esta percepción por su desventaja socioeconómica y un bajo apoyo social y la valoración de la CVRS de los inmigrantes, aunque moderada, podía ser más alta que la de la población que había permanecido en su país de origen. La calidad de vida se asoció con el estrés, problemas de comunicación, una menor edad de emigración, la edad avanzada, la multimorbilidad y la soledad, pero no por el origen étnico y, en lo referente a la salud física, era menor entre los desplazados que llevaban más tiempo en relación a los que menos llevaban. En Asistencia Primaria en España, en comparación con los autóctonos, los latinoamericanos presentaron mayor calidad de vida en relación con la salud. Entre los más jóvenes, mujeres y personas con alto apoyo social se encontraron niveles de salud física significativamente mejores y los hombres con apoyo social y buen nivel de ingresos, tenían mejor salud mental.

1.8.5. Estudios de salud general

Entre los indicadores más frecuentemente analizados se encuentran el estado de salud percibido y la salud mental, siendo en general la percepción de salud de los inmigrantes peor que la de la población de acogida. De esta manera, la población inmigrante en el País Vasco mostró un peor estado de salud percibido que la autóctona, se presentaba peor en las mujeres que en los hombres y se acentuaba con la edad y con un menor nivel de estudios. En A. Primaria se encontró que los españoles presentaban un estado de salud mejor, aunque similar al de los latinoamericanos que habían residido durante menos de 5 años. En las

mujeres la salud física se relacionó de manera significativa, además de con la edad, con el apoyo social y el estado civil, mientras que salud física de los hombres se asoció positivamente solamente con ser más joven. En EEUU, las mujeres presentaban mayor felicidad y satisfacción con la vida que los hombres, lo que se achacaba al rol de género.

1.8.6. Variables socio-demográficas

Se han publicado estudios que muestran diferencias estadísticamente significativas en la inserción comunitaria de los emigrantes y según su situación socio-económica, se podía identificar un empeoramiento debido a factores sociales, como el desempleo, que podría generar un empeoramiento de la salud en la población emigrante. La emigración asociada a la adversidad psicosocial (descenso de ingresos, status legal, trabajo temporal, etc.) podría desempeñar un papel etiológico en los problemas de salud mental y los inmigrantes que vivían en condiciones marginales, mostraron mayores problemas de salud. Más de la mitad de los emigrantes atendidos en A. Primaria en Barcelona, no tenía ni trabajo, ni ingresos y la mayoría procedían de Latinoamérica. La salud mental se relacionaba con la edad, el estado civil, el nivel educativo, la fe religiosa y el número de hijos, por lo que los inmigrantes con más altos ingresos tenían menos riesgo de presentar trastornos. Casi la mitad de los que ingresaban en Psiquiatría se encontraban en situación ilegal y en un elevado porcentaje como portadores de problemática social. Las hospitalizaciones de los que salieron ilegalmente del país y los que trabajaban ilegalmente, presentaban una menor duración.

1.8.7. Género

En diferentes estudios se desvelaba que los problemas de salud mental no se distribuyen de forma uniforme en la población, presentando una mayor prevalencia las mujeres, que pueden tener peor calidad de vida y salud mental. El perfil de la inmigración en Bilbao era el de una mujer latinoamericana de mediana edad y la salud mental de las mujeres españolas y latinoamericanas que vivían en España, parecía peor que la de los hombres, recogiéndose cifras de menor prevalencia de trastornos mentales en hombres que en mujeres, las cuales mostraron una mayor utilización de las urgencias. Tener o no tener hijos, los ingresos mensuales, el origen geográfico y el apoyo social, se asociaron significativamente con varios trastornos, siendo menores en mujeres casadas con hijos y pareja. Otros estudios no encontraron diferencias significativas de género. Se ha estudiado en las madres el efecto de la separación de sus hijos cuando eran muy pequeños y en la explicación de una mejor calidad de vida de las mujeres, se encontraba un nuevo rol de género, que les daba una mayor capacidad de respuesta emocional. En A. Primaria en Madrid, la mayoría de los pacientes inmigrantes procedían de Latinoamérica y respondían al perfil de una mujer joven, que consultaba fundamentalmente por cuadros físicos y, en el mismo porcentaje, por trastornos ansioso depresivos. Dadas las más bajas prevalencias en Latinoamérica, los trastornos mentales no serían patologías importadas.

1.8.8. Generaciones

El estrés de aculturación estuvo estrechamente relacionado con la segunda generación de descendientes de inmigrantes y se encontraron estudios que mostraban que la prevalencia de diagnósticos de salud mental aumentaba entre los inmigrantes de la segunda generación, observándose al tiempo, resultados similares para los inmigrantes de las diferentes regiones del mundo. Las relaciones entre el conflicto entre generaciones y la salud mental fueron mayores dentro de las familias inmigrantes y la movilidad social intrageneracional descendente se asoció, en la mayoría de los estudios, con la calidad de vida. Las encuestas hacen hincapié en que las segundas generaciones se mostraban psicológicamente vulnerables en

el proceso de integración, mostrando los migrantes de primera generación y segunda generación en Europa, niveles más altos de depresión y de angustia. En el Reino Unido los emigrantes de primera y de segunda generación parecían tener un riesgo más alto de psicosis que los individuos británicos, aunque sólo los individuos de raza negra de segunda generación del Caribe, estaban en riesgo significativamente mayor de psicosis.

1.8.9. Discriminación y desigualdad social

La población inmigrante está expuesta a peores condiciones socioeconómicas que la nativa y quizás por ello, por la discriminación percibida, la desigualdad y el aislamiento social, los inmigrantes parecen presentar una peor percepción de su salud y mayores problemas de salud mental. En Europa se comprobó que el mayor riesgo de trastorno mental en la población emigrante obedecía a procesos de discriminación socioeconómica y se debía principalmente a las barreras que experimentaban en su integración. Las encuestas de salud objetivaban una peor calidad de vida a medida que se descendía en la clase social y otras variables asociadas a una mayor prevalencia de trastornos mentales se cimentaban en estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, peores condiciones socioeconómicas, poco apoyo, desempleo, enfermedades crónicas y consumo de tóxicos.

1.8.10. Apoyo social y familiar

La falta de apoyo familiar y de redes sociales, constituyen factores estresantes, ya que podrían proporcionar un amortiguador frente a la enfermedad mental. En sentido contrario parece existir una asociación positiva entre una buena salud mental y el capital social. Encuestas de salud de nuestro entorno señalan que la falta de apoyo social, afectivo o confidencial, aumentaba al descender en la clase social, mientras un mayor apoyo se asoció con menos síntomas, destacándose la importancia central de la familia como un recurso para el ajuste emocional. En pacientes de A. Primaria, el apoyo social en la población nativa era mayor que el percibido por los inmigrantes

1.8.11. Permanencia en el país acogida

Parece que los inmigrantes recientes tenían mejor salud mental que los nativos y un mayor tiempo de permanencia en el nuevo país, estaba relacionado con una peor salud física y mental, aumentando las tendencias suicidas. En mujeres con cinco o más años de estancia en España la prevalencia era significativamente mayor y en EE.UU, se encontró una asociación positiva entre la duración de la residencia, y mayores probabilidades de presentar psicopatología. Los que emigraron durante la preadolescencia y la adolescencia sin objetivos claros, tenían mayores niveles de angustia y los que emigraron durante la edad adulta eran menos propensos a sufrir trastornos depresivos. La estancia media en hospitalización psiquiátrica fue más baja en inmigrantes que en nacionales, pero llegaban a equipararse tras tres años de permanencia en el nuevo país.

1.8.12. Origen

En España, en A. Primaria, la mayoría de los emigrantes atendidos procede de Latinoamérica y esta población inmigrante tuvo una menor frecuentación que la autóctona, dándose diferencias según orígenes geográficos. Hay encuestas de salud que relacionan la calidad de vida (que parece mejor en nativos) con el país de origen de los emigrantes, existiendo diferencias asociadas al país de nacimiento. Una encuesta del País Vasco señaló que algunos indicadores de salud eran más favorables en los marroquíes inmigrantes que en las personas que permanecían en Marruecos y que el proceso de aculturación más usado entre los

latinoamericanos era la integración. Ser mujer de origen rural y estar en una situación ilegal, estaba relacionado con un aumento de la sintomatología. Otros estudios no detectaron una mayor prevalencia de trastornos mentales de ningún país en concreto, y en Paris, en Primeros Episodios Psicóticos, la incidencia fue mayor en las personas procedentes del África subsahariana, en comparación con los autóctonos.

1.8.13. Trabajo

Se ha estudiado la discriminación relacionada con el trabajo, que se asoció con una mala salud mental. El hecho de no tener trabajo asegurado, no poder solucionar problemas económicos o la situación legal, podían condicionar la salud del inmigrante. También se relacionó la salud de los emigrantes con el desempleo y con bajos niveles de apoyo de los compañeros y baja autoestima.

1.8.14. Dificultades de acceso, sesgos en la atención.

Los inmigrantes afrontan importantes barreras para acceder a la asistencia sanitaria y a la de salud mental, al tiempo que parecían utilizar vías de acceso a los servicios psiquiátricos con itinerarios más negativos que los nativos, sobre todo por vía de urgencias psiquiátricas, lo que originaba peores pronósticos, una mayor proporción de ingresos involuntarios, mayor implicación de la policía y la autoridad judicial, teniéndose la percepción de que eran más peligrosos y perturbados que los nativos. También los inmigrantes podían presentar cuadros que no coincidían con los más habituales en las consulta de la población nativa, sino que presentaban cuadros de mayor severidad y quizás, no confiaban en la eficacia de la ayuda profesional por lo que recurrirían a redes informales de apoyo. Se entendía que el problema no era sólo que los emigrantes acudían menos a consultas de atención psiquiátrica, sino que mostraban una menor adherencia al tratamiento. Las barreras del idioma, diferentes creencias y modelos explicativos de la enfermedad, las preocupaciones por la confidencialidad, el estigma, la renuncia a buscar ayuda psicológica fuera del hogar, la exclusión social y la situación legal, podían impedir que los inmigrantes tuvieran acceso a la atención en salud mental. También se describieron desafíos específicos para el tratamiento de la salud mental, sobre todo las dificultades de comunicación, por lo que se entendía que son precisos intérpretes capacitados, así como atención a la familia y a la comunidad, para una detección y tratamiento eficaces. Se recomendaba el uso de cuestionarios validados en el idioma del inmigrante y se recordaba que podían existir sesgos en las encuestas, explicables porque los hogares con alguna persona extranjera, presentaban una menor tasa de participación o porque podía darse una elevada incidencia de diagnósticos erróneos en inmigrantes. Parecía existir falta de coordinación y fragmentación de los servicios, siendo necesario desarrollar intervenciones multidisciplinares flexibles y adaptadas a sus necesidades, para lo que se recomienda la presencia de profesionales con conocimientos específicos. Parece necesario fomentar que los emigrantes tengan una actitud activa, que facilite la implicación en su tratamiento, ya que la atención de salud mental era una de las mayores necesidades insatisfechas de salud y les hubiera gustado ser atendidos en esta cuestión. Las desmesuradas expectativas generadas por los avances en biomedicina, la subordinación de la clínica a los criterios económicos y el desinterés con que se abordan las diferencias sociales repercutían en la calidad de su atención. En la psicoterapia con inmigrantes la relación terapéutica es compleja y se basa en los elementos culturales que implicarían maneras diferentes de actuar, los psicoterapeutas de origen inmigrante se consideraban a sí mismos con un mayor nivel de sensibilidad intercultural que sus colegas nativos, por lo que entendían que era necesaria la presencia de psicoterapeutas bilingües, entrenados y supervisados.

1.8.15. Trastorno Mental Común (TMC): Ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático

Los inmigrantes parecían gozar de buena salud, aunque la inmigración podía ser un factor de riesgo para su salud mental. Entre los atendidos en Servicios de Salud Mental los diagnósticos más frecuentes, de manera semejante a la población nativa española, eran los trastornos de ansiedad y los adaptativos, aunque entre los refugiados, un subgrupo específico de los inmigrantes que han sido desplazados por la fuerza y han podido experimentar severos traumas, se han descrito una alta tasa de trastornos mentales. Los síntomas en esta población pueden ser más difícilmente detectados, pudiendo haber un infradiagnóstico en estas patologías y también se describió que las circunstancias de las migraciones pueden dar lugar a cuadros clínicos "diferentes", cuestionando el modelo unitario de las clasificaciones habituales. El número de estudios realizados en España para determinar la prevalencia de patologías mentales es aun escaso. Hay estudios que muestran prevalencias de depresión muy similares entre ambos colectivos y otros estudios señalan un aumento de la prevalencia tratada de trastorno mental común en inmigrantes. También en Atención Primaria los estudios encontraron que la frecuentación anual ajustada de españoles y autóctonos eran dispares. Se detectaron trastornos mentales comunes en la mitad de una muestra total, siendo los valores más altos en los pacientes nacidos en América Latina que en los pacientes nacidos en España. Otros estudios, como el desarrollado en Osakidetza señalaban que la incidencia tratada de los extranjeros duplicaba la tasa media en Bizkaia, en especial en Bilbao y sobre todo, en programas de adultos. Otros estudios no encontraron diferencias de género o incluso señalaban que la proporción de pacientes extranjeros en centros de salud mental, era casi la mitad de la proporción de extranjeros que de la población general. Una posible explicación de los resultados dispares de los estudios sería que la situación de los inmigrantes es específica de cada país y no son fácilmente comparables. En países europeos, entre los inmigrantes, se encontró que los caribeños y africanos tenían un mayor riesgo y se daba una mayor tasa de prevalencia en la duración de los trastornos afectivos y somatomorfos, en comparación con la de los nativos. En EEUU el riesgo de trastornos psiquiátricos fue más bajo para latinos que para emigrantes no latinos, aunque, en otra encuesta, la prevalencia fue más alta para los emigrantes, seguidos por las personas de raza negra del Caribe y los afroamericanos, que junto con los mexicanos presentarían significativamente mayor cronicidad en la depresión y un uso significativamente menor de atención por depresión que los de raza blanca. En Australia la emigración daba lugar a mejoras en la salud mental, en particular para las mujeres y para las personas con mala salud mental.

1.8.16. Somatización

La población inmigrante cuando se compara con la población nativa, podía presentar más somatizaciones, que pueden ser expresiones culturales de la angustia, puestas de manifiesto con una sintomatología mal definida. La depresión en los inmigrantes en Europa se podía presentar también con mayor comorbilidad con trastornos somatomorfos, mayor gravedad y un curso más crónico. La población inmigrante además de tener más somatizaciones también podía presentar una clínica con sintomatología mal definida, como expresión de sus problemas de salud mental, por lo que puede ser difícil para los médicos establecer relaciones de causalidad. Las dificultades de vida posteriores a la migración también se asociaron con somatizaciones.

1.8.17. Psicosis

En la literatura revisada en Europa, de los trabajos orientados hacia la psicosis en emigrantes, se presentaron tasas más alta de esquizofrenia, aunque sólo encontraron resultados concluyentes en algunas etnias, lo que hacía pensar en factores genéticos y ambientales concretos, en los que el hecho de emigrar sería, uno más de los factores afectados. El estrés de aculturación podría aumentar el riesgo de psicosis y las experiencias psicóticas entre los latinos se asociaron principalmente con la edad más temprana de inmigración. Se presentaron estudios con resultados diferentes en Barcelona (menor prevalencia) y Noruega (con mayor proporción de trastornos psicóticos en el colectivo) y a pesar de lo señalado en algunos estudios sobre la incidencia de psicosis en la población inmigrante, uno de los resultados más constantes en la epidemiología de la psicosis en el Reino Unido, ha sido la alta incidencia del trastornos psicóticos entre grupos minoritarios migratorios y étnicos, en las zonas con altos índices de marginación con una gran minoría étnica, así como tasas de primeros ingresos y primeros contactos por psicosis mayores en el grupo de emigrantes, al igual que en Francia. En Australia el riesgo de presentar un primer ingreso involuntario para cualquier trastorno psiquiátrico y para los trastornos psicóticos en particular, era mayor en casi todos los grupos de migrantes y especialmente entre los inmigrantes de segunda generación.

1.8.18. Alcohol y dependencia de drogas

En la literatura revisada en población inmigrante en Europa también aparecía una tasa más alta de abuso de alcohol y drogas. En Bizkaia, en especial en Bilbao y sobre todo, en programas de alcoholismo y otras toxicomanías se detectó una mayor presencia proporcional de población migrante. En Galicia y Madrid se estudió la relación entre conducta antisocial y el consumo de alcohol, observándose que el grupo de adolescentes latinoamericanos que optaba por la estrategia de separación, era el que presentaba mayores conductas antisociales y, contrariamente a lo esperado, el grupo de marginación se asociaba con menos actos antisociales En los EEUU un estudio señaló una mayor vulnerabilidad para el abuso de sustancias y sobre todo entre los hombres de raza negra, de 18 a 29 años. Estos comportamientos disminuyeron con el tiempo.

1.8.19. Suicidio

Los sentimientos de culpa y las tasas de suicidio variaban entre culturas. En Europa se encontró una correlación positiva entre los intentos de los inmigrantes y la tasa de suicidios en sus países de origen. Sin embargo en otros estudios ciertos colectivos mostraban altas tasas de intentos como inmigrantes, a pesar ser bajas las en sus países de origen. Los latinos que habían estado en los EE.UU durante más de 20 años tenían más probabilidades de ideación suicida en relación con los que habían estado menos de 5 años. Con respecto a los intentos de suicidio se describen algunas diferencias en la adaptación, relacionadas con la cultura de origen, entendiéndose que a la hora de ser atendidos por servicios psiquiátricos deben de tenerse en cuenta las características particulares de cada población. La repetición de los intentos tendió a disminuir con la edad y fue más probable entre las mujeres que utilizaron métodos más severos

1.8.20.-Violencia, refugiados

Diferentes encuestas de salud señalaron que los refugiados estaban más expuestos a presentar traumas y presentaban necesidades psiquiátricas más urgentes. En A. Primaria en España se constató que la exposición a la violencia política se asociaba con la salud mental y que en más de la mitad de las mujeres emigradas había historia de maltrato anterior, de cualquier tipo y mayor que la del resto de la población.

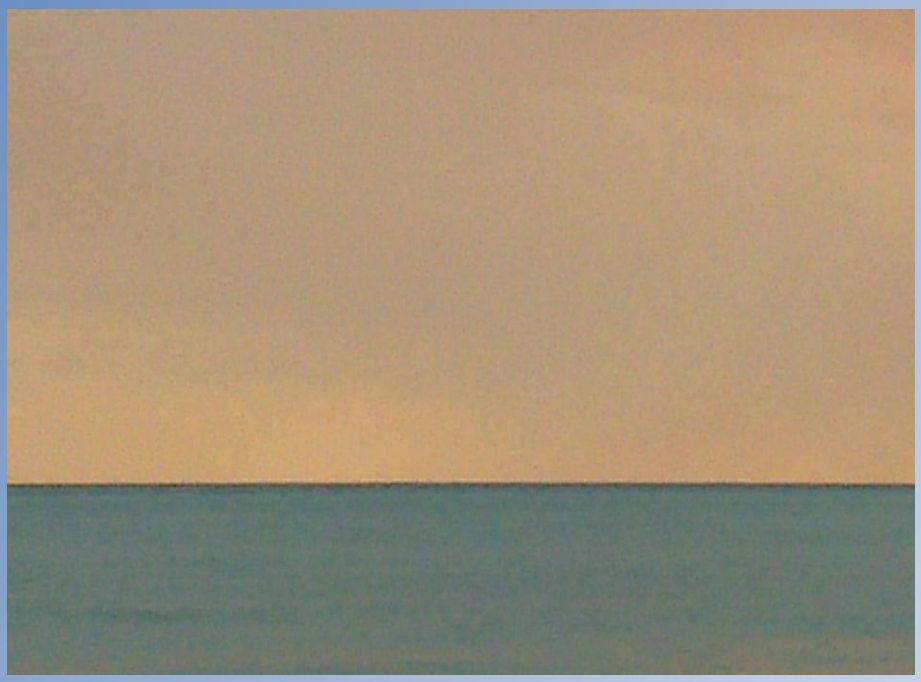
Las revisiones bibliográficas en la atención a las mujeres aconsejan a los profesionales sanitarios estar alerta a los posibles signos de violencia de pareja y se advierte que los niños pueden estar también en riesgo, por lo que no se recomendaban sólo acciones rutinarias de revisión, sino permanecer alerta ante estos posibles malos tratos. Los inmigrantes mejicanos tenían un menor riesgo para cualquier tipo de violencia y los mejicano-estadounidenses nacidos en EEUU estaban en mayor riesgo de violencia de victimización, estando los migrantes al retorno más propensos a sufrir violencia. Los niños con un padre deportado eran significativamente más propensos a mostrar la externalización y la internalización de los problemas.

1.8.21.-Edad

Un meta-análisis señalaba que muchos estudios en Europa comparan el grupo heterogéneo de niños inmigrantes con nativos. Sólo un estudio británico y turco demostró el efecto de selección en la migración. La mayoría de los estudios holandeses o británicos examinaron los diferentes grupos étnicos objetivándose los factores que influían de manera significativa en la salud mental de los niños migrantes, como un bajo estatus socioeconómico, origen no europeo, una identidad cultural incierta de los padres, pertenecer a una minoría, la edad más temprana de migración y el género. La fragmentación de la familia, parecía ser una de las principales hipótesis propuestas para explicar este aumento de estas tasas. Los menores no acompañados tenían más probabilidades de ser remitidos a los servicios sociales y menos a los médicos. Los inmigrantes podían tener una edad menor al ingreso psiquiátrico que los autóctonos, habiendo diferencias considerables entre los grupos de países. El estrés socio-biológico podía afectar al ambiente uterino, es decir, cambios epigenéticos que podían producir que los niños de las comunidades de migrantes se encontraran en mayor riesgo de autismo. En A. Primaria una edad superior a 45 años aumentaba el número de consultas en este colectivo ya que los síntomas aumentan con la edad y con la pertenencia al colectivo femenino, con lo que aumentaba también la probabilidad de dependencia.

1.8.22. Evidencia mostrada en los meta-análisis.

Debido a las diferentes condiciones de la migración de variables como la motivación para las migraciones, la distancia de la cultura de acogida, la capacidad para desarrollar estructuras de mediación, la situación legal de residencia y otras, no se puede considerar a los "inmigrantes" como un grupo homogéneo a la hora de valorar el riesgo de enfermedad mental y dadas las distintas metodologías empleadas en los estudios sobre las tasas de patología psiquiátrica, aparecían resultados dispares y pocos estudios han podido demostrar la correlación entre estrés de aculturación y presencia de patología psiquiátrica. Aunque la mala salud auto-percibida podría ser más prevalente en la población inmigrante que en la autóctona, la mayoría de los estudios de nuevo no eran concluyentes ya que existían importantes carencias en aspectos metodológicos. Entre las limitaciones encontradas podía destacarse la identificación de la población inmigrante, los diseños de investigación y la falta de instrumentos adaptados correctamente. Estudios con el cuestionario GHQ mostraron una puntuación relativamente alta en heterogeneidad, lo que sugería que estos estudios no miden lo mismo, aunque el análisis de los resultados mostró homogeneidad para el trastorno depresivo mayor, que supone riesgo para las mujeres.



Estudio 2.
Calidad de Vida y Salud Mental.
Estudio de casos y controles

ESTUDIO 2. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN MUJERES LATINOAMERICANAS Y NATIVAS

2.1. Objetivo

Valorar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la prevalencia de probables casos de problemas de salud mental en un grupo de mujeres inmigrantes usuarias de un servicio de asistencia psicosocial, respecto a otras usuarias nativas del mismo servicio y respecto a dos grupos normativos de mujeres inmigrantes y nativas del País Vasco.

2.2. Hipótesis

Respecto a la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud:

Las mujeres inmigrantes usuarias de un servicio de asistencia psicosocial tendrán una percepción de su estado de calidad de vida (CVRS), valorada a través de las dimensiones del instrumento SF-12, equivalente a las mujeres nativas usuarias del mismo recurso, pero una percepción de su CVRS más deteriorada que un grupo normativo de mujeres inmigrantes con la misma procedencia (grupo normativo inmigrante) o que un grupo normativo de mujeres nativas. Se espera que las diferencias sean de mayor efecto en las dimensiones con un componente psicológico (salud mental, limitaciones de rol por problemas emocionales, funcionamiento social y percepción general de salud) que sobre aquellas otras de tipo físico (funcionamiento físico, limitaciones de rol pro problemas físicos, dolor o vitalidad).

Respecto a la prevalencia de probables casos de salud mental:

En el mismo sentido que la hipótesis previa, se espera que las mujeres inmigrantes usuarias del servicio psicosocial presenten una prevalencia de probables caso de salud mental e intensidad sintomática similar al reflejado por mujeres nativas usuarias del mismo servicio, que en ambos casos será superior al observado en los grupos normativos.

2.3. Método

2.3.1. Participantes

Conforma la muestra de estudio un total de 592 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 61 años (Media [M] de 38,88 y Desviación Típica [DT] de 10,31). 236 son mujeres inmigrantes de países de América latina, de las cuales 59 eran usuarias de un servicio de asistencia psicosocial. Las restantes 356 eran mujeres nativas del País Vasco, de las cuales 89 eran también usuarias del mismo servicio de salud mental que las mujeres inmigrantes antes referidas.

2.3.2. Muestreo

La base del estudio está constituida por el total de mujeres (n= 148) que acuden en demanda de asistencia psicosocial a un Centro de Salud Mental (CSM) de atención pública ubicado en Bilbao. En origen, se esperaba comparar si la percepción de salud y calidad de vida de estas mujeres difería o no en función de su procedencia (inmigrantes vs nativas), pero también se consideró la conveniencia de valorar si dicho estado de salud difería de un grupo control normativo. Para conformar este grupo control se recurrió a dos bases de datos disponibles de sendos estudios realizados en la Comunidad Autónoma Vasca (Larizgoitia et al., 2011; Sevillano et al., 2014). El primero, que en adelante denominaremos 'Estudio de salud de la CAPV', estaba constituido por un total de 2007 residentes de la CAPV, de los cuales 1181 eran mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 91 años. En el segundo estudio, al que nos referiremos como 'Estudio de salud en inmigrantes en la CAPV', participaban un total de 1250 inmigrantes, de los cuales 554 eran mujeres. En ambos casos se valoraba la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud a través del instrumento SF-12 (Alonso, Prieto & Anto, 1995; Ware & Sherbourne, 1992; Ware, Kosinski & Keller, 1995), y en el caso de población nativa también con el cuestionario de salud general de Goldberg (1972; GHQ-12).

Para conformar los extractos muestrales normativos para cada uno de los grupos de participantes usuarias del CSM se utilizaron técnicas de apareamiento por edad, con selección aleatoria de los casos que finalmente formaron parte de los grupos control. Para cada caso del grupo de salud mental se buscaron tres controles en las bases de datos de los estudios poblacionales normativos. El procedimiento en el caso de las mujeres inmigrantes, por ejemplo, fue el siguiente: el grupo que denominaremos, en adelante, 'Inmigrante-CSM' estaba constituido por 59 mujeres latinoamericanas (Colombia, Bolivia, Brasil, Ecuador, Honduras, Perú, Uruguay, Paraguay y República Dominicana) con edades comprendidas entre los 18 y 60 años. Para cada una de estas participantes se buscaron tres controles de la misma edad en la muestra del 'Estudio de salud de inmigrantes en la CAPV'. Por ejemplo, en el grupo Inmigrantes-CSM participaban dos mujeres de 18 años y en el 'estudio de salud en inmigrantes en la CAPV' once, de las cuales eran necesarias seis para conformar los pares de control; para ello, por un procedimiento de selección aleatoria realizada con el programa SPSS, se seleccionaban las seis participantes requeridas. Este procedimiento se repetía para el total de edades, de modo que, finalmente, se seleccionaron un total de 177 participantes que conformaron el grupo 'Inmigrante-Normativo'. El mismo procedimiento se realizó con las 89 mujeres del grupo 'Nativo-CSM', con edades entre los 18 y 61 años, seleccionando finalmente un total de 267 mujeres del estudio de salud de la CAPV y que conformaron el grupo control denominado 'Autóctono-Normativo'. La decisión de considerar tres controles por cada caso participante (Jenicek, 1996) en lugar de un solo par, estaba fundamentada en la necesidad de evitar desviaciones altas de las puntuaciones en las variables de resultado, reduciendo así el error de medida. Asimismo, el apareamiento en función de la edad se debe a la necesidad de controlar la relación de esta variable con la salud. Las evidencias muestran que las mujeres tienden a percibir su salud más afectada que los hombres y que existe una asociación positiva entre la edad y una peor percepción de salud.

El resultado final del proceso de apareamiento de los casos y sus controles, mostró que para la variable edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas [$F_{(3,588)}$= 0.82; p= .483] entre los grupos Inmigrante-CSM (M= 38.69), Inmigrante-Normativo (M= 37.93), Autóctono-CSM (M= 39.69), Autóctono-Normativo (M= 39.28).

Tanto en los estudios normativos, como en el procedimiento de captación muestral de las participantes adscritas al CSM, se informó de las características de los estudios, se garantizó el tratamiento confidencial y anonimato de las participantes, y se solicitó el consentimiento de participación. En todos los casos, el

método de recogida de información se realizó mediante cuestionario auto-aplicado, si bien se hallaba presente un entrevistador entrenado para la solución de dudas o para la administración del cuestionario en caso de dificultades de lectoescritura y/o comprensión de los contenidos. En ningún caso los cuestionarios fueron identificados nominativamente o mediante algún número de filiación (DNI, TIS, pasaporte, …).

2.3.3. Instrumentos

El cuestionario aplicado presentaba una serie de variables de clasificación sociodemográfica (edad, país de nacimiento, estado civil, estudios, situación laboral) y dos escalas para la valoración de la salud (GHQ-12) y calidad de vida relacionada con la salud (SF-12). El SF-12 fue utilizado en todos los estudios de modo que los cuatro grupos de participantes presentan datos comparables, mientras que el GHQ-12 no se administró en el estudio de salud en inmigrantes en la CAPV, de modo que el grupo Inmigrantes-Normativos carece de tales datos en nuestro estudio.

SF-12 - Cuestionario de Salud General del Estudio de Resultados Médicos (Ware, et al. 1995; Ware, Kosisnsky & Keller, 1996). Para la valoración de la CVRS se utilizó el SF-12v2 que consta de 12 ítems, derivados del SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992; Alonso, et al. 1995), que miden ocho dimensiones de salud: Función física, Limitaciones de rol por problemas físicos, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Limitaciones de rol por problemas emocionales y Salud mental. Todas estas dimensiones quedan representadas por un índice con valoración de 0 a 100, donde una mayor puntuación es reflejo de una mayor intensidad o presencia de la cualidad valorada, es decir, altas puntuaciones indicarían una alta percepción de calidad de vida relacionada con la salud. Por otro lado, a partir de estos ítems se construyen dos componentes resumen: el "Componente Sumario Físico" (PCS) y el "Componente Sumario Mental" (MCS), que se valoran en una escala T estandarizada sobre la base de normas poblacionales, donde la media de la población general es de 50 y su desviación típica de 10. Los valores superiores o inferiores a 50 se interpretan respectivamente como 'mejor' o 'peor' salud, y se considera un indicador de salud comprometida cuando los valores de los componentes sumarios se sitúan por debajo de 40 puntos. Al igual que el SF-36, el SF-12 ha demostrado excelentes propiedades psicométricas en poblaciones clínicas y población general (Ware, Kosinski & Keller, 1998). En el presente estudio el coeficiente de fiabilidad alpha (α) de Cronbach para la escala total ha sido de .84, siendo ligeramente inferior para los indicadores del Componente de Salud Física (α= .79) y el del Componente de Salud Mental (α= .76).

GHQ-12 - Cuestionario de Salud General (Goldberg, 1972; Goldberg & Hillier, 1979; Goldberg & Williams, 1996). Es un instrumento auto-administrado de cribado breve que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general. Cuenta con 12 ítems con respuestas en escala Likert (0-1-2-3). El instrumento permite dos tipos de puntuación: una basada en la suma de signos y síntomas (a mayor puntuación mayor presencia de sintomatología) y otra puntuación basada en una clasificación de probable caso psiquiátrico a partir de la aplicación de un punto de corte (PC). A este respecto la estimación en un PC $\geq$ 5 define la presencia de un problema ansioso-depresivo. Su fiabilidad oscila entre .82 y .90, siendo de .96 el alpha de Cronbach alcanzado en nuestro estudio.

2.3.4. Análisis estadísticos

Para la descripción de las variables nominales se ha utilizado la frecuencia (n) y el porcentaje (%) y para las variables escalares la media (M) y la desviación típica (DT). La fiabilidad de los instrumentos utilizados ha sido estimada mediante la valoración de la consistencia interna entre los ítems componentes a través el coeficiente alpha de Cronbach.

Para el contraste de diferencia de medias entre los grupos participantes se ha utilizado la técnica de análisis de varianza mediante el estadístico *F* de Snedecor. En el caso de no producirse homocedasticidad entre los grupos, valorada mediante la prueba de Levene, se aplicó la prueba robusta de Brown-Forsythe con la correspondiente corrección por los grados de libertad. En el caso de producirse diferencias estadísticamente significativas en los contrastes de medias se aplicaron pruebas post-hoc basadas en el procedimiento de Tukey. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto entre los grupos, tomados por pares y en todas las combinaciones posibles, mediante la prueba *d* de Cohen. Tamaños del efectos superiores a .40 han de considerarse moderados y los superiores a .60 como altos; valores de *d* superiores a la unidad representan un efecto muy notorio. Por su parte, para el contraste de prevalencias de probable caso psiquiátrico estimado a partir del GHQ-12 se ha utilizado la prueba de Ji cuadrado.

Para la toma de decisiones sobre el rechazo de la hipótesis nula se adoptó un nivel de significación del 5%, de modo que para todo valor de probabilidad $p \leq .05$ se aceptaría la existencia de diferencias entre los grupos no debidas al azar. Como se ha comentado, para la valoración de la relevancia de la magnitud de las diferencias de puntuación entre los grupos se ha utilizado el cálculo del tamaño del efecto.

2.4. Resultados

En la Tabla 1 se presentan los valores promedio y desviaciones típicas de cada uno de los grupos de comparación para cada una de las dimensiones del SF-12 y GHQ-12. Del mismo modo, se presentan las pruebas de diferencia de medias y/o proporciones, los contrastes post-hoc y los valores *d* de Cohen. Para una mayor claridad expositiva se presentarán primero los resultados para el cuestionario SF-12 (calidad de vida relacionada con la salud) y seguidamente los correspondientes al GHQ-12 (prevalencia de probables casos de alteración en el área de salud mental).

Tanto las ocho dimensiones del SF-12 como los dos índices sumarios de salud física y mental han mostrado pruebas de contraste de medias con significación estadística. En todos los casos, la probabilidad de que las diferencias detectadas en las puntuaciones puedan ser debidas al azar se sitúa en menos de una vez por mil, por lo que se acepta que las puntuaciones medias alcanzadas en cada grupo son representativas de los mismos. La siguiente cuestión es dilucidar entre qué grupos se hallan estadísticamente las diferencias, para lo cual se atenderá a los contrastes post-hoc basados en la prueba de comparación por pares de Tukey-, y si estas diferencias son lo suficientemente notorias como para asumir una verdadera diferencia en el estado de salud. Para este último criterio se valorarán aquellos tamaños del efecto (coeficientes *d* de Cohen) que sean superiores al valor .40. Respecto a las pruebas post-hoc, en cinco dimensiones del SF-12 (Funcionamiento físico, Limitaciones de rol por problemas físicos, Dolor, Salud general y Funcionamiento social) se observa el mismo patrón de diferencias: los grupos de usuarias del servicio de asistencia psicosocial, sean inmigrantes o autóctonas, no presentan puntuaciones medias diferentes entre sí, pero sí difieren de los grupos normativos (inmigrantes o nativas), siendo las puntuaciones de las primeras notoriamente inferiores a las de los grupos normativos (en todos las comparaciones ac, ad, bc y bd el tamaño del efecto es muy próximo o superior a .70).

En el caso de la dimensión de Vitalidad, el grupo Inmigrante-CSM presenta puntuaciones más bajas que el de autóctonas, CSM o normativo, pero no difiere del grupo Inmigrante-normativo. No obstante, este último no difiere del grupo Nativo-SCM, pero sí presenta una puntuación media más baja que el grupo Nativo-normativo.

Respecto a la dimensión de Salud emocional, se observa como los grupos Inmigrante-CSM, Nativo-CSM e Inmigrante-normativo presentan medias equivalentes (en torno a 50 puntos) y en los tres casos difieren del grupo Autóctono-normativo (M= 64.95) con tamaños del efecto entorno al valor .70.

En la dimensión de Limitaciones de rol por problemas emocionales, es el único caso del SF-12 donde el grupo de Inmigrantes-SCM difiere del grupo de Autóctonas-CSM presentando las puntuaciones más bajas de todos los grupos, de los cuales también difiere estadísticamente. Por su parte, el grupo de Nativas-CSM presenta puntuaciones más bajas que el grupo Inmigrantes-normativo y Nativo-normativo, los cuales no difieren entre sí.

Por último, el SF-12 permite dos índices sumarios de dos componentes de salud: la física y la mental. Respecto al componente de salud física, se observa cómo tanto el grupo Inmigrante-CSM como Autóctono-CSM difieren del Inmigrante-normativo y Autóctono-normativo; así como estos dos últimos entre sí. El valor normativo en este tipo de componentes es de 50 y se observa como los grupos CSM están prácticamente alejados ocho puntos, lo que implica una salud física comprometida. EL grupo Autóctono-normativo presenta una media de 51,8 (cercana al valor normativo de 50), mientras que el grupo Inmigrante-normativo alcanza la mayor puntuación media (M= 55.3), considerándose reflejo de una buena percepción de salud física. Por otro lado, los resultados respecto al componente de salud mental reflejan en todos los grupos puntuaciones por debajo del valor 50, indicando que se haya afectado, y siendo especialmente notorio en los grupos CSM (valores medios por debajo de 40 puntos), e importante en el caso del grupo Inmigrante-normativo (M= 41).

Por otro lado, también ha sido utilizado en el estudio el cuestionario GHQ-12 que permite valorar tres índices: una cuantificación de la presencia de síntomas (entre 0 y 12), una valoración centesimal de la intensidad percibida, y una estimación de la prevalencia de probable caso psiquiátrico a partir de la aplicación del punto de corte mayor o igual a cinco en el primer índice. Las tres últimas filas de la Tabla 1 reflejan los resultados observados. Tanto en el caso de número de síntomas como para la intensidad percibida se encuentran diferencias estadísticamente significativas que presentan al grupo Inmigrante-CSM con mayores puntuaciones que el grupo Autóctono-CSM, y en ambos casos con puntuaciones muy alejadas del grupo Autóctono-normativo. Los tamaños del efecto de los grupos CSM respecto al normativo son en todos los casos superiores a una *d*= 1.5, lo que es representativo de un efecto altamente importante. De hecho, el efecto en la diferencia de puntuaciones también se halla entre los grupos CSM (d≈ .40), siendo el grupo Inmigrante-CSM el que mayor sintomatología presenta.

Por último, atendiendo a los valores estimados de prevalencia de probable caso psiquiátrico, se observan también diferencias estadísticamente significativas. Mientras que la prevalencia de probable caso en la población normativa es de un 10%, en el caso del grupo Autóctono-CSM se eleva a un 79.8% y a un 89,8% en el caso el grupo Inmigrante-CSM.

2.5. Discusión

El propósito de este estudio ha sido comparar la percepción de salud y calidad de vida de mujeres inmigrantes usuarias de un servicio de salud mental frente a otro grupo de mujeres también usuarias del mismo servicio pero autóctonas. La hipótesis inicial era que ambos grupos, en tanto que demandantes de un servicio psicosocial, presentarían niveles equivalentes de salud y calidad de vida.

Así ha sido en prácticamente todas las dimensiones del cuestionario SF-12, salvo en la dimensión de Limitaciones de rol por problemas emocionales, donde las mujeres inmigrantes presentaban una mayor limitación en esta área que las mujeres autóctonas; si bien ambos grupos se hallaban en una situación de baja calidad de vida (puntuaciones inferiores a 50 puntos sobre 100) al ser comparadas con otras mujeres pertenecientes a colectivos normativos (quienes tenían puntuaciones superiores a 65 puntos).

Es más, las mujeres inmigrantes usuarias del servicio de asistencia psicosocial presentaban en la mayoría de las puntuaciones del SF-12 -salvo en el caso de la dimensión Dolor (M= 61.4), Funcionamiento Físico (M= 58) y Salud emocional (M= 50.6), puntuaciones inferiores a 50 puntos, lo cual puede ser interpretado como un marcador de baja calidad de vida. Más concretamente, las áreas más afectadas han resultado ser las de Salud mental (M= 35.9), Funcionamiento social (M= 37.7), limitaciones de rol por problemas emocionales (M= 38.7) y la percepción de Salud general (M= 40.9). El grupo de mujeres nativas usuarias del servicio psicosocial han presentado puntuaciones ligeramente superiores a las del grupo de inmigrantes, si bien como se ha comentado, salvo en el caso de limitaciones de rol por problemas emocionales, estas diferencias podrían ser atribuidas al azar y por tanto han de considerarse como equivalentes.

No obstante, también ha sido utilizado el cuestionario de salud general de Goldberg que permite una estimación de la prevalencia de probables casos psiquiátricos. A este respecto, se constata que ambos grupos de usuarias del servicio de asistencia psicosocial presentan prevalencias muy superiores a las encontradas entre el grupo de mujeres de la CAPV, que ha resultado de un 10.1% muy aproximado al observado en otros estudios de salud pública de la CAPV (Osakidetza, 2007; Retolaza, Markez & Ballesteros, 1995). En nuestro estudio, ocho de cada diez usuarias del grupo de mujeres Autóctonas usuarias del CSM y nueve de cada diez mujeres inmigrantes presentan una alta probabilidad de padecer un problema de salud mental en el área de los trastornos ansioso-depresivos y/o de adaptación. Incluso el grupo de mujeres inmigrantes presenta de forma estadísticamente significativa un riesgo mayor que el de mujeres autóctonas de padecer un trastorno emocional.

La conclusión de estos primeros resultados indican que las mujeres inmigrantes usuarias de un servicio de asistencia psicosocial, presentan una salud emocional más comprometida que el de mujeres nativas usuarias del mismo servicio, si bien la percepción general de calidad de vida relacionada con la salud no difiere en ambos grupos, sí existe una mayor afectación en las Limitaciones Rol Emocional en las mujeres usuarias inmigrantes comparadas con sus equivalentes autóctonas, además presentan niveles más bajos de los esperables.

De hecho, todas las comparaciones con los grupos normativos, sean estos de mujeres autóctonas o inmigrantes, han resultado estadísticamente significativos y con una magnitud de los efectos, de las diferencias de puntuación entre los grupos, muy notorias. Es decir, la diferencia de percepción de salud de las mujeres usuarias de un CSM está muy por debajo del reflejado por mujeres del mismo ámbito de convivencia, sean estas autóctonas o inmigrantes, y por tanto estarían reflejando un estado de salud muy comprometido.

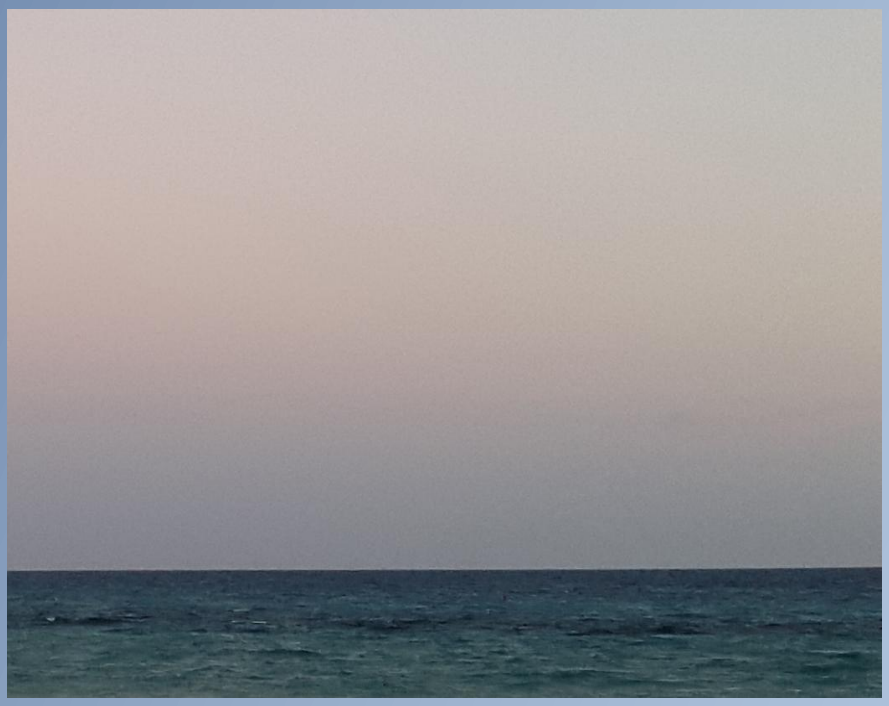
En otro ámbito de cosas, al incorporar dos grupos de mujeres normativas, esto es, grupos que reflejan la percepción promedio de la población de residentes en la CAPV, y que son representación de a su vez de la población de mujeres autóctonas e inmigrantes, se ha podido comparar la percepción de calidad de vida relacionado con la salud de estos dos colectivos. A este respecto, se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en los dos componentes sumarios de salud y en la dimensión de salud emocional. Estas diferencias apuntan que las mujeres inmigrantes tiene una percepción de su salud física más favorable que las mujeres autóctonas, siendo relevante la magnitud de estas diferencias (d= .47). Por

otro lado, las mujeres autóctonas reflejarían una percepción de salud emocional y de salud mental más favorable que el de las mujeres inmigrantes. Es más, es notorio que la puntuación de las mujeres inmigrantes del grupo normativo tiene una puntuación en el componente sumario de salud mental de 41 puntos, casi una desviación típica menos que el valor normativo que se halla en 50 puntos. Este resultado es importante dado que las puntuaciones inferiores a 40 en dicho componente se consideran indicadores de un estado de salud comprometido o deteriorado.

Tabla 1. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Salud Mental: diferencias de medias entre mujeres inmigrantes y nativas

	Usuarias de un Servicio de atención psicosocial				Población normativa				Pruebas estadísticas									
	Inmigrantes [a] (n= 59)		Nativas [b] (n= 89)		Inmigrantes [c] (n= 177)		Nativas [d] (n= 267)						Tamaño del efecto *(d)* Efectos entre grupos					
	M	*DT*	*M*	*DT*	*M*	*DT*	*M*	*DT*	*F*	*gl*	*p*	*Post Hoc*	ab	ac	ad	bc	bd	cd
SF-12																		
Funcionamiento Físico	58.05	36.97	62.78	34.11	93.78	15.66	87.35	26.67	35.32	3; 203.1	<.001	ac, ad, bc, bd	.13	1.25	.91	1.16	.80	.29
Limitaciones Rol Físico	48.30	26.30	54.54	28.87	70.05	14.60	68.53	15.10	21.10	3;203.9	<.001	ac, ad, bc, bd	.22	1.02	.94	.67	.60	.10
Dolor	61.44	26.39	61.64	27.58	89.83	21.04	81.55	26.68	41.41	3;290.2	<.001	ac, ad, bc, bd	.01	1.18	.75	1.14	.73	.34
Salud General	40.93	26.88	39.94	23.33	67.31	22.88	64.47	21.31	41.27	3;278.0	<.001	ac, ad, bc, bd	.04	1.05	.97	1.18	1.09	.12
Vitalidad	49.66	27.25	57.21	25.70	62.93	27.94	80.48	29.20	31.97	3; 587	<.001	ac, ad, bd, cd	.28	.48	1.09	.21	.84	.61
Funcionamiento Social	37.71	27.61	40.34	26.91	82.90	23.55	84.08	25.82	111.27	3; 587	<.001	ac, ad, bc, bd	.09	1.76	1.73	1.68	1.65	.04
Limitaciones Rol Emocional	38.77	22.58	49.14	24.69	66.66	17.40	68.35	15.93	45.86	3;250.5	<.001	ab, ac, ad, bc, bd	.43	1.38	1.51	.82	.92	.10
Salud Emocional	50.63	15.81	50.71	12.33	50.21	20.70	64.98	23.15	32.70	3;472.8	<.001	ad, bd, cd	.00	.02	.72	.03	.76	.67
Componente Salud Física	41.48	11.80	42.15	12.07	55.35	6.68	51.82	8.15	49.03	3;219.3	<.001	ac, ad, bc, bd, cd	.05	1.44	1.01	1.35	.94	.47
Componente Salud Mental	35.98	8.54	38.18	5.89	41.02	9.26	48.10	10.16	59.13	3;383.9	<.001	ac, ad, bd, cd	.30	.57	1.29	.36	1.19	.73
GHQ-12																		
Nº de Síntomas	9.96	3.22	8.60	3.83	---	---	1.23	2.44	189.71	2; 164.1	<.001	ab, ad, bd	.38	----	3.05	----	2.29	----
Intensidad Sintomática	73.35	19.58	64.04	21.04	---	---	30.01	12.26	266.33	2; 175.8	<.001	ab, ad, bd	.45	----	2.65	----	1.97	----
Punto de corte ≥ 5 (n / %)	53	89.8%	71	79.8%	---	---	27	10.1%	*224.84	2	<.001	ad, bd	----	----	----	----	----	----

Nota.- *M*: Media; *DT*: Desviación Típica; *n*: Frecuencia; %: porcentaje; *F*: prueba de F de análisis de varianza; *gl*: grados de libertad; *p*: valor de probabilidad. * χ^2: Prueba de Ji cuadrado; *d* de Cohen
Contrastes Post-Hoc: las letras emparentadas reflejan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que representan



Estudio 3.
Estrés de Aculturación, género y cambios de rol.
Estudio cualitativo

ESTUDIO 3. ESTRÉS DE ACULTURACIÓN, GÉNERO, Y CAMBIOS DE ROL EN MUJERES QUE AFRONTAN LA EMIGRACIÓN. ESTUDIO CUALITATIVO

3.1. Objetivos e hipótesis

Este estudio busca analizar el estrés de aculturación y el choque cultural experimentado por mujeres latinoamericanas inmigrantes de primera generación, a través de la exploración y el análisis de contenido de las narraciones surgidas en las entrevistas personales semi-estructurada.

Las participantes seleccionadas responden a una tipología de mujeres, madres, de extracción social baja, sustentadoras de los núcleos familiares, y donde la promoción familiar-económica constituye una motivación sustancial de la emigración.

Considerando los boques temáticos (o macro-categorías) que articulan teóricamente esta tesis, se pueden definir los siguientes objetivos específicos e hipótesis:

Objetivo 1. *Se busca explorar las motivaciones que impulsaron la decisión de emigrar de las mujeres latinoamericanas participantes indagando sobre las razones familiares, económicas, y sociales, y las expectativas que se forjaron antes de emigrar.*

Hip 1. *Motivos***.** Se espera poder clasificar los motivos asociados a la emigración de las mujeres inmigrantes participantes, a) en económicos-materialistas, que buscan la promoción económica familiar especialmente de los hijos; b) la conflictividad familiar será un motivo que refuerce la decisión de emigrar, y en especial las separaciones matrimoniales previas a la emigración; c) las situaciones de inseguridad personal y social, los sentimientos de miedo y el deseo de romper con situaciones de violencia doméstica, así como huir del clima de violencia social; d) el deseo de autodesarrollo o promoción personal será también una razón que puede combinarse con las expectativas de encontrar oportunidades de igualdad de género y una situación de empoderamiento derivada del logro de un empleo; e) por último, la reagrupación familiar impulsará en algunos casos la inmigración, lo que puede promover un patrón específico de integración diferente a las otras tipologías de mujeres pioneras, que son las primeras en llegar al país de origen.

Objetivo 2. *Se indagará sobre el estrés de aculturación familiar, en las relaciones de pareja, a menudo asociadas a las separaciones matrimoniales, en la gestión de la maternidad, tanto a distancia en las familias trasnacionales con hijos en origen como en las nuevas configuraciones familiares constituidas en el país de acogida. Asimismo, como un caso peculiar, se analizarán los casos de parejas mixtas, exogámicas, de matrimonios de mujeres latinas y hombres españoles, y los conflictos con las familias políticas.*

Hip 2. *Estrés de aculturación familiar.* Se espera que las participantes expresen los *costes emocionales de las separaciones familiares,* que incluirán sentimientos de culpa, deslealtad, tristeza y añoranza, entre otros. En relación a la maternidad, se manifestarán el estrés experimentado por la crianza a distancia, en algunos casos los esfuerzos dedicados para lograr reagrupar a los hijos, en el caso de la crianza en el país se acogida, se relatarán la sobrecarga de rol, derivada de las responsabilidades laborales y familiares asumidas por estas mujeres. Se encontrarán que los cambios familiares, como las separaciones familiares antes y después de la inmigración, tienen no solo consecuencias negativas sino también positivas. En el caso de las parejas mixtas se manifestarán fuentes de choque cultural con las familias políticas que producirán tensiones de rol y en la propia pareja.

Objetivo 3. *Se analizarán las fuentes de choque cultural derivadas de las diferencias culturales, sociales y económicas entre los países y las regiones de procedencia de las participantes y la sociedad de acogida.*

Hip. 3. Como ya han descrito diversos estudios sobre el choque cultural (Achotegui, 2002; Basabe et al., 2004; de Luca, 2015; Hofstede, 2001; Organista, Organista & Kurasaki, 2003; Zlobina et al., 2004), se espera que se mencionen *fuentes de choque cultural* fruto de las diferencias en valores y prácticas culturales, como el colectivismo, el familismo jerárquico y el tradicionalismo religioso, característico de los países latinoamericanos frente al mayor individualismo de España. Se contrastan los valores de lealtad familiar, educación de los hijos en normas jerárquicas y gerontocráticas, frente una visión más igualitarista, de normas universalistas e individualista en la que se prioriza la autonomía personal. Asimismo, se espera que las mujeres destaquen la mayor igualdad de género en la sociedad de acogida y en especial en las relaciones de pareja. Se espera que se mencionen diferencias en las prácticas culturales de vestimenta, comida, en el clima y la ecología, así como en los estilos de comunicación más indirecto y armonioso en las culturas colectivistas frente a un estilo percibido como más directo y brusco en el País Vasco.

Objetivo 4. *Se analizarán los Cambios de Rol derivados de los nuevos roles ocupados por las mujeres una vez instaladas en la sociedad de acogida, como empleadas y proveedoras de las nuevas familias que se construyen en las sociedad de acogida y sus consecuencias tanto positivas como negativas.*

Hip.4. Se espera que los *cambios de rol* experimentados como consecuencia de la inmigración tengan consecuencias positivas y negativas. Entre las primeras se espera encontrar que los nuevos roles sean percibidos como fuentes de reconocimiento, respeto, prestigio social y de oportunidades para lograr autonomía y libertad personal, así como fuentes de autoestima y confianza en sí mismas. Entre las consecuencias negativas, se producirá una asimetría en las relaciones de pareja, caracterizada, en algunos casos, por percepción de pérdida de estatus masculino que será fuente de tensión en la pareja y de separaciones. Por último, los cambios de rol de género se manifestarán en la descripción de experiencias de discriminación y sexismo tanto en relación a la sociedad de origen como en la de acogida.

Objetivo 5. *Se explorará la valoración que las participantes hacen de sus experiencias migratorias, considerando tanto los costes y los fracasos como los logros. Interesa en especial la interpretación y valoración de las protagonistas, en términos subjetivos.*

Hip.5. Las mujeres expresarán diversos *costos subjetivos de su experiencia*, que irán desde la sobrecarga emocional (el desencanto y la frustración ante las expectativas no cumplidas), la sobrecarga laboral por las condiciones precarias laborales y las exigencias familiares, el deseo de retorno y los sentimientos de añoranza, la incertidumbre ante el futuro, o la vergüenza ante los retos no cumplidos. Al mismo tiempo, se espera que las mujeres expresen *los logros*, que irán desde los cambios vitales positivos (logros

económicos), auto-afirmación personal por los esfuerzos realizados, logros sociales en la sociedad de acogida (protección sanitaria, educación hijos), sentimiento de seguridad y de libertad de movimiento.

Objetivo 6. *Se estudiarán las redes sociales, su función de apoyo pero también de estrés y tensiones, tanto con sus compatriotas como con las personas nativas.*

Hip. 6. Las *redes sociales* serán fuentes de apoyo social y emocional pero también producirán tensiones y conflictos. Las relaciones con los compatriotas serán formas de solidaridad, apoyo emocional e instrumental, de conocer a otras personas y de distracción, también serán conflictivas, siendo frecuente la rivalidad y envidia por las comparaciones sociales.

En el caso de los nativos, las relaciones se darán fundamentalmente en la esfera laboral, siendo escasas las amistades o la intimidad con personas autóctonas, se percibirán sentimientos de solidaridad y apoyo, en especial instrumental, por parte de los autóctonos, a la vez que se encontrarán sentimientos negativos ante las experiencias de exclusión y discriminación en las relaciones laborales y en las familiares en la caso de parejas mixtas. Finalmente, alguna de las mujeres expresará su experiencia de aislamiento y ausencia de redes sociales.

Objetivo 7. *Se indagará sobre las fortalezas psicológicas derivadas de la experiencia migratoria, como el crecimiento personal o la autoestima, así como las formas de afrontar tanto las situaciones positivas como las negativas*.

Hip. 7. Se espera que las participantes relaten algunas *fortalezas* psicológicas, como es el crecimiento psicológico y la obtención de autoestima. Además, se espera poder clasificar las respuestas emocionales, cognitivas se instrumentales ante el estrés de la inmigración. Entre ellas se encontrarán *respuestas no adaptativas*, como los pensamientos rumiativos negativos, la evitación y el aislamiento social, o la confrontación emocional recurrente de enfado e ira. Entre las *respuestas adaptativas,* se encontrarán modos de regular las emociones negativas por medio del autocontrol, expresar calmadamente las emociones, la búsqueda de apoyo social y compañía, o la distracción.

3.2. Método - Procedimiento

3.2.1. Diseño metodológico de la investigación

Se trata de un sondeo cualitativo que se recoge en diez testimonios. Se realizan diez entrevistas individuales a mujeres de origen latinoamericano, todas ellas con residencia permanente en Bizkaia. Las entrevistas con estas mujeres constituyen un eje central de esta investigación y fueron realizadas durante los años 2012 y 2013.

3.2.2. Participantes

Participaron en este estudio 10 mujeres inmigrantes, de primera generación, no nacidas en España, procedentes de Latinoamérica y residentes en la CAPV (Bizkaia). Las participantes fueron reclutadas entre las mujeres usuarias del Servicio de Salud Mental del Módulo Psicosocial de Rekalde (MAPS) en la ciudad de Bilbao. Los criterios de inclusión fueron ser mujer, procedente de Latinoamérica, de primera generación, con hijos, ausencia de trastornos mentales graves (como algunos trastornos de personalidad, psicosis, depresión mayor y adicciones severas), y con disposición y capacidad (lingüística) para relatar sus experiencias vitales en una entrevista ad hoc. Se buscó reunir un abanico de mujeres, en las que estuvieran representados distintos países, edades, situaciones familiares, y que en conjunto fueran ejemplos de las

tipologías de mujeres inmigrantes latinoamericanas. La extracción social de las participantes responde a un tipo de inmigración de motivación económica y de extracción social baja. A continuación pueden apreciarse las características socioeconómicas de las participantes que se recogen en la Tabla 1 y 2.

Las participantes representan una tipología variada en cuanto a sus características socio-demográficas, así la edad media es de 35 años, comprendiendo mujeres que tiene edades entre 22 y 55 años; todas ellas tienen hijos, de 1 a 3 y con una media de 2 hijos. Respecto a la estancia , el tiempo medio de estancia en España para el conjunto es 10 años, variando desde el caso 10º, que ha llegado en el último año, hasta el caso 9º que lleva 22 años; casi en su totalidad, 90%, tienen permiso de residencia en España. Todas ellas han realizado trabajos sin cualificación en el empleo doméstico y/o en la hostelería, en su mayor parte están ocupadas en empleos de cuidado doméstico y hostelería, y en dos casos estaban paradas, asimismo en su mayor parte (80%) recibían ayudas económicas; en su mayor parte (80%) viven en pisos de alquiler (ver Tabla 1). En relación a la procedencia, están representados varios de los países latinoamericanos de la población inmigrante en el País Vasco, destacando Colombia, con 3 entrevistas, asimismo asumiendo el mestizaje étnico que caracteriza a la población inmigrante latinoamericana, el 50% son mestizas, 40% blanca o caucasiana, y un caso de raza negra.

Por último, y respecto a la situación familiar, la tipología de mujeres es variada, siendo frecuente las separaciones antes de la migración (casos P1, P2) y también una vez establecidas en el país de destino (casos P5, P6, P7, P8, P9), no obstante también están representadas mujeres jóvenes que llegaron por reagrupación familiar de su madre (casos P4, P8). Todas las mujeres participantes son madres, siendo común que algunos de los hijos estén en el país de origen a cargo de la familia (casos P2, P6, P8, P10), también en varios casos han tenido hijos una vez afincadas en España (casos P1, P2, P3, P7, P8, P9). Asimismo, lo más frecuente es que vivan en núcleos familiares compuestos por ellas y sus hijos.

Como puede apreciarse todas estas situaciones familiares configuran núcleos feminizados, matrilineales, cuya cabeza son las mujeres-madres, donde los hijos/as conviven con sus madres, y en los casos de familias trasnacionales los hijos en el país de origen son mantenidos por las madres a distancia (de los 10 casos, en 8, el núcleo de convivencia está formado por la madre e hijos; 1 caso solo por la mujer, y 2 casos son familias con presencia del padre).

Tabla 1. Descripción de las participantes: datos socio-económicos

P1: A	**Origen**: COLOMBIA (contexto urbano) **Edad**: 38 años **Fenotipo**: Mestiza **Tiempo de estancia**: 18 años **Hijos**: Tres (dos hijos nacidos en Colombia, un hijo nacido en destino) **Ocupación**: Empleo doméstico (ha trabajado hostelería) **Convivencia**: sola con hijos **Situación legal**: Permiso de residencia **Vivienda**: Alquilada **Ayudas económicas/sociales**: Sí Separada en Colombia antes de migrar y separada en España dos veces después de migrar.
P2: B	**Origen**: COLOMBIA (contexto rural) **Edad**: 37 años **Fenotipo**: Mestiza **Tiempo de estancia**: 11 años **Hijos**: dos (una hija nacida en Colombia viviendo con el padre y uno hijo en destino). **Ocupación**: A. Sanitario **Convivencia**: sola con hijo **Situación legal**: Nacionalizada (casada con nativo). **Vivienda**: propia **Ayudas económicas/sociales**: No Separada en Colombia antes de migrar y casada en destino con nativo.
P3: C	**Origen**: ECUADOR (contexto rural) **Edad**: 35 años **Fenotipo**: Mestiza **Tiempo de estancia**: 9 años **Hijos**: dos (uno hijo nacido en Ecuador otro hijo nacido en destino) **Ocupación**: Hostelería **Convivencia**: pareja e hijos **Situación legal**: permiso de residencia **Vivienda**: alquilada **Ayudas económicas/sociales**: Sí Casada en Colombia antes de migrar, reagrupa pareja e hijo.
P4: D	**Origen**: BRASIL (contexto urbano) **Edad**: 29 años **Fenotipo**: Blanca **Tiempo de estancia**: 13 años **Hijos**: dos (nacidos en destino) **Ocupación**: Paro (ha trabajado en empleo doméstico y hostelería) **Convivencia**: pareja e hijos **Situación legal**: nacionalizada (casada con nativo) **Vivienda**: propiedad (hipotecada) **Ayudas económicas/sociales**: Sí Reagrupada junto a sus hermanas por la madre siendo menor de edad.

P5: E	**Origen**: BOLIVIA (contexto urbano) **Edad**: 29 años **Fenotipo**: Mestiza **Tiempo de estancia**: 7 años **Hijos**: una (nacida en origen después reagrupada) **Ocupación**: empleo doméstico. Montando un negocio de peluquería. **Convivencia**: sola con hija. **Situación legal**: permiso de residencia. **Vivienda**: alquilada **Ayudas económicas/sociales**: Sí Casada en Bolivia, separada en España después de migrar
P6: F	**Origen**: COLOMBIA (contexto urbano) **Edad**: 55 años **Fenotipo**: Blanca **Tiempo de estancia**: 8 años **Hijos**: tres (nacidos en Colombia, reagrupada a dos hijos, otro mayor de edad en Colombia) **Ocupación**: empleo doméstico **Convivencia**: sola con hijos y nieto **Situación legal**: permiso de residencia **Vivienda**: alquilada **Ayudas económicas/sociales**: Sí Casada en Colombia, separada en España después de migrar.
P7: G	**Origen**: URUGUAY (contexto urbano) **Edad**: 37 años **Fenotipo**: Blanca **Tiempo de estancia**: 10 años **Hijos**: dos (uno hijo nacido en Uruguay otra hija nacida en destino) **Ocupación**: empleo doméstico (ha trabajado en estética) **Convivencia**: sola con hijos **Situación legal**: permiso de residencia **Vivienda**: alquilada **Ayudas económicas/sociales**: Sí Casada en Uruguay y reagrupada por su marido, separada en destino después de migrar.
P8: H	**Origen**: ECUADOR (contexto urbano) **Edad**: 29 años **Fenotipo**: Mestiza **Tiempo de estancia**: 9 años **Hijos**: dos (un hijo nacido en Ecuador y una hija nacida en destino) **Ocupación**: empleo doméstico (ha cuidado personas mayores) **Convivencia**: sola con hijo (hija pequeña en Bolivia país de origen del padre) **Situación legal**: permiso de residencia **Vivienda**: alquilada **Ayudas económicas/sociales**: Sí Reagrupada por la madre. Casada en destino con latino y posteriormente separada, él vuelve al país de origen.

P9: I	
	Origen: PERÚ (contexto urbano) **Edad**: 43 años **Fenotipo**: Blanca **Tiempo de estancia**: 22 años **Hijos**: dos (un hijo nacido en Perú y una hija nacida en destino) **Ocupación**: hostelería **Convivencia**: sola con hijos **Situación legal**: permiso de residencia **Vivienda**: alquilada **Ayudas económicas/sociales**: Sí Casada en Perú, reagrupada con su hijo por su marido, separada después de migrar.
P10: J	
	Origen: HONDURAS (contexto rural) **Edad**: 22 años **Fenotipo**: Negra **Tiempo de estancia**: 1 año **Hijos**: dos hijos en Honduras a cargo de la abuela materna **Ocupación**: paro (sin experiencia laboral) **Convivencia**: sola **Situación legal**: sin permiso de residencia **Vivienda**: habitación alquilada en piso compartido **Ayudas económicas/sociales**: No Pareja de origen africano

Tabla 2. Descripción de la muestra

Descripción de la muestra		
Edad	Media= 35.40 (DT=9.16) Rango 22 a 55	
Tempo de residencia en años	Media= 10.80 (DT=5.84) Rango 1 a 22	
Nº Hijos	Media= 2.10 (DT=0.56) Rango 1 a 3	
Situación referente a documentación	Con permiso de residencia Sin permiso de residencia	90% 10%
Ocupación	Empleada Parada	80% 20%
Ayudas económicas/sociales	Si No	80% 20%
País de origen	Colombia Ecuador Bolivia Brasil Honduras Perú Uruguay	30% 20% 10% 10% 10% 10% 10%
Fenotipo	Blanca Mestiza Negra	40% 50% 10%

3.2.3. Variables e instrumentos: Guión de entrevistas

La entrevista se estructuró según un guion previo, que aglutinaba los elementos centrales de esta tesis. Para seguir la denominación empleada por el programa de análisis de contenido Atlas.ti, que es el que se ha usado, las macro-categorías representan los grandes bloques temáticos, seguidas por las categorías y las micro-categorías. Todas ellas configuran la red de categorías en las que se pueden clasificar el conjunto de ideas relatadas en las entrevistas.

Se partió de un guión semi-estructurado, organizado en torno a las grandes macro-categorías de este estudio; que fueron *los motivos de inmigración*; en segundo lugar, *el estrés de aculturación*, derivado de las separaciones familiares, de la gestión de la maternidad, en especial cuando los hijos se quedan en el país de origen bajo el cuidado de otros familiares, los cambios experimentados en la pareja y las separaciones que ocurren tanto antes de migrar como después, y en el caso específico de las parejas mixtas, los conflictos generados con la familia política; en tercer lugar el *choque cultural* entre las costumbres, prácticas culturales, valores, o el clima. En cuarto lugar, se exploran las consecuencias en los *cambios de rol y posición* derivados de la migración, entre ellos los cambios positivos percibidos como ganancias subjetivas, y también en sus aspectos negativos, en especial la asimetría en la adaptación al nuevo contexto en la pareja, como una fuente importante de estrés. En quinto lugar, se agruparon los aspectos negativos, los costes y fracasos, y los positivos, las ganancias y logros, en términos subjetivos, aquí se exploran en especial el deseo de retorno. En sexto lugar, se exploran las redes sociales de compatriotas e inmigrantes y con los autóctonos, y cómo se vivencia dichas relaciones. Por último, y en séptimo lugar, se indaga sobre las *fortalezas psicológicas* derivadas de las experiencias, desde el crecimiento personal o la autoestima, y las *formas de afrontar las situaciones* negativas, hasta cómo se logra experimentar emociones positivas.

En primer lugar, se recogieron los datos socio-demográficos que se han expuesto en la Tabla 1. Después se procedió a la entrevista siguiendo el guión propuesto (Tabla 3). Dicha tabla recoge las preguntas guía que se aplicaron en las entrevistas. Hay que aclarar que se pretendía que en todas las entrevistas se abordaron las siete grandes macro-categorías, para ello se comenzaba con preguntas generales, el guión servía a la entrevistadora para cerciorarse que todos los puntos eran tratados, solo cuando alguna de las cuestiones no surgía espontáneamente la entrevistadora tenía la misión de mencionarla explícitamente. Se trataba de intervenir solo para orientar o dirigir la entrevista, y ello ha implicado que el orden en el que surgían las cuestiones sea diferente de una entrevista a otra.

Una vez grabadas y transcritas las entrevistas, se procedió a codificar todas las ideas narradas por las participantes. Para ello se uso el sistema de categorización que aparece descrito en la Tabla 4.

3.2.4. Procedimiento

Las preguntas tratan de recoger la experiencia vivida, la realización de la entrevista no tiene una secuencia rígida, se recogen diferentes aspectos respetando también el orden narrativo de las mujeres. La doctoranda, fue la encargada de seleccionar a las participantes, así como de llevar a cabo las entrevistas. Para ello se siguió el guión establecido, donde la entrevistadora introducía el tema con preguntas generales, dejando que la mujer entrevistada fuera expresando sus ideas, sin cortar el discurso, en el que a menudo se pasaba de un bloque a otro. Únicamente se intervenía cuando alguna cuestión no había surgido espontáneamente, o bien para animar o reorientar la entrevista cuando una cuestión se repetía (aplicando el principio de saturación).

Todas las personas fueron informadas del propósito del estudio, accediendo a que las entrevistas fueran grabadas, firmaron un consentimiento informado en el que se les garantizaba el anonimato, para lo cual se les asignó un nombre ficticio. Toda la información personal que pudiera ser identificable fue borrada de la transcripción (nombres, lugares, fechas). La base de datos construidas posteriormente fueron anonimizadas.

De este modo se realizaron dos encuentros, un breve y primero, donde se hacía la propuesta y, en caso de aceptación, se organizaba el siguiente encuentro. En este segundo encuentro se realizaba la entrevista, en un lugar tranquilo y seguro (la consulta del MAPS de Rekalde). Las entrevistas se llevaron a cabo sin interrupciones con una duración de entre 60 y 90 minutos. Todas ellas fueron grabadas y posteriormente transcritas por la doctoranda.

Tabla 3. Guión de la entrevista: según macro-categorías

Macro-Categorías	Preguntas orientativas
1.MOTIVOS MIGRATORIOS	Empezamos por el principio. ¿Cuántos años llevas ya en España? ¿Y el motivo? ¿Podrías ahora volver atrás…y recordar qué es lo que te empujó salir de tu país y venir a este? Explorar motivos
2. FAMILIA: ESTRÉS ACULTURACIÓN	-¿Cómo vive la separación de familiares y amigos? ¿Qué siente? -¿Qué cree que aporta su esfuerzo para los suyos?, -¿Y para usted? -¿Cómo ha cambiado su relación con su marido, hijos, tíos, padres? -¿Se siente más valorada que antes, o menos? ¿Por qué? ¿Qué ha ganado?, ¿qué ha perdido? ¿Cuando tiene problemas con su familia o las cosas no salen bien cómo reacciona y qué hace: tristeza, miedo, rabia, enfado, ira…?
3. CHOQUE CULTURAL: PERCEPCIÓN DIFERENCIAS CULTURALES	¿Qué diferencias encuentra entre la vida en tu país y en este? Explorar ámbitos: comunicación, ritmo de vida, diferencias de género, estatus, trato en las instituciones, valores, comida, vestido, clima. ¿Qué le ha chocado más o le llamó la atención?: ¿Qué le gusta y qué le disgusta? ¿Con qué se queda? ¿Qué incorpora?
4. CAMBIOS DE ROL	Su situación económica, laboral, cómo ha cambiado: ¿Cómo era allí en su país?, ¿Cómo es aquí? Explorar: Descenso/Ascenso de estatus económicos. Cambios económicos. ¿Ha encontrado oportunidades para mejorar? Cambios en las relaciones de pareja… Experiencias de discriminación
5. VALORACIÓN PROYECTO MIGRATORIO	Valoración del proyecto migratorio ¿Respecto a lo que se había propuesto o de las expectativas que tenía cómo se ve ahora? ¿Ahora ve oportunidades de mejorar? ¿Cómo se siente?
6. REDES SOCIALES	¿Ha tenido problemas en la relación con compatriotas y familiares aquí? ¿Se ha sentido apoyada? ¿Por sus familiares, o por quiénes? ¿Qué amigos tiene? ¿Ha tenido problemas en la relación con la gente de aquí? En el trabajo, en el vecindario, en la calle... Si se ha sentido maltratada ¿qué ha sentido? ¿Qué ha hecho en esas situaciones? ¿Se ha sentido apoyada por personas españolas o vascas? Si se ha sentido apoyada ¿Qué sentimientos ha tenido?, ¿qué ha hecho? *En los matrimonios o parejas mixtas:* ¿Cómo es la relación con la familia de aquí con su familia política? ¿Cómo es la relación de su familia con su marido o pareja?
7. FORTALEZAS Y AFRONTAMIENTO	¿Cómo se ve ahora a sí misma? ¿Cómo se siente consigo misma? ¿Qué cosas cree que ha aprendido aquí?. Explorar: autonomía…libertad… capacidad de decidir por sí misma, conocer otras personas, ¿Cree que ha conseguido aprender cosas nuevas de esta experiencia? ¿Cree que ha aprendido a hacer frente a las dificultades? ¿Has logrado nuevas relaciones gratificantes, positivas, estimulantes…? ¿Qué ha hecho en situaciones como: cuando ha tenido discusiones o malentendidos; se ha sentido maltratada, o discriminada, cuando está enfadada, cuando tiene problemas o las cosas no salen bien, etc…? ¿Cómo reacciona? ¿Qué actividades le hacen disfrutar y sentirte así?

Tabla 4. Sistema de categorías de las narraciones

Macro-Categorías	Categorías y sub-categorías
1.MOTIVOS MIGRATORIOS	1.1. Económicos. Materialismo 1.2. Conflictividad familiar 1.3. Inseguridad personal y social 1.4. Promoción personal 1.5. Reagrupación familiar
2. FAMILIA: ESTRÉS ACULTURACIÓN	**2.1. Separación familiar** **2.2. Maternidad** 2.2.1. Gestión de la maternidad a distancia 2.2.2. Hijos en sociedad de acogida **2.3.- Parejas** 2.3.1. Separación después de la migración 2.3.2. PM: Conflicto - familia nativa/otro país 2.3.3. PM: Apoyo - familia nativa/otro país 2.3.4. PM: Conflicto -Pareja 2.3.5. PM: Apoyo -Pareja **2.4. Distancia etnocultural de origen y de adopción**
3. CHOQUE CULTURAL: PERCEPCIÓN DIFERENCIAS CULTURALES	**3.1.-Colectivismo** 3.1.1. Familismo y Benevolencia 3.1.2. Religiosidad **3.2. Individualismo** 3.2.1. Priorizar las metas personales 3.2.2. Universalismo 3.2.3. Independencia del grupo **3.3.- Jerarquía** 3.3.1. Educación hijos 3.3.2. Respeto 3.3.3. Trato desigual en sociedad de origen **3.4. Diferencias de Género** **3.5. Patrones culturales** 3.5.1. Usos culturales 3.5.2. Estilo comunicativo 3.5.3. Usos del tiempo **3.6. Clima, tierra, paisaje**

4. CAMBIOS DE ROL	**4.1. Posición de rol: mejoras**
	4.1.1. Reconocimiento social
	4.1.2. Igualdad de género
	4.1.3. Autoestima
	4.2. Pareja: Asimetría de adaptación
	4.3. Discriminación y sexismo
	4.3.1. Discriminación en origen
	4.3.2. Discriminación en acogida
5. VALORACIÓN PROYECTO MIGRATORIO	**5.1. Valoración Negativa: Fracaso/Costes**
	5.1.1. Sobrecarga Emocional
	5.1.2. Expectativas no cumplidas
	5.1.3. Estrés socio-económico
	5.1.4. Deseo de retorno
	5.1.5. Comparación Desventajosa
	5.2. Valoración Positiva: Éxito/Beneficios
	5.2.1. Expectativas cumplidas/Cambios positivos
	5.2.2 Ventajas sociales
	5.2.3. Seguridad y Libertad
	5.2.4. Comparación Ventajosa
	5.3. Metas futuras
6. REDES SOCIALES	**6.1. Inmigrantes**
	6.1.1. Redes Compatriotas positivas
	6.1.1.1. Apoyo familiar
	6.1.2. Redes Compatriotas negativas
	6.2. Nativos
	6.3. Ausencia de redes sociales
7. FORTALEZAS Y AFRONTAMIENTO	**7.1.- No adaptativas**
	7.1.1. Sentimientos negativos
	7.1.2. Rumiación y evitación
	7.1.3. Confrontación
	7.2.- Adaptativas
	7.2.1. Regulación emocional
	7.2.2. Afrontamiento positivo
	7.2.3. Distracción

3.3. Análisis de contenido

3.3.1. Sistema de codificación

Como se ha expuesto en el apartado 3.2.1., el sistema de codificación, que puede apreciarse en la Tabla 4 está compuesto por siete macro-categorías. Estas macro-categorías a su vez se dividen en varias categorías y sub-categorías, en total se suman 60 códigos para contabilizar las distintas ideas.

Para la creación del sistema de categorías se tuvo en cuenta la revisión teórica sobre el conjunto de los siete grandes temas o macro-categorías (véase marco teórico). En base a la misma se crearon varios borradores, donde dos expertas o jueces fueron creando el sistema de categorías y sus diversos sub-apartados, esto es, el sistema fue creado por discusión inter-jueces y llegando a un consenso. Partiendo de

este sistema se hicieron varias pruebas previas para comprobar el sistema de categorías y su adecuación al texto de las narraciones.

3.3.2. Tratamiento y análisis de datos: transcripciones

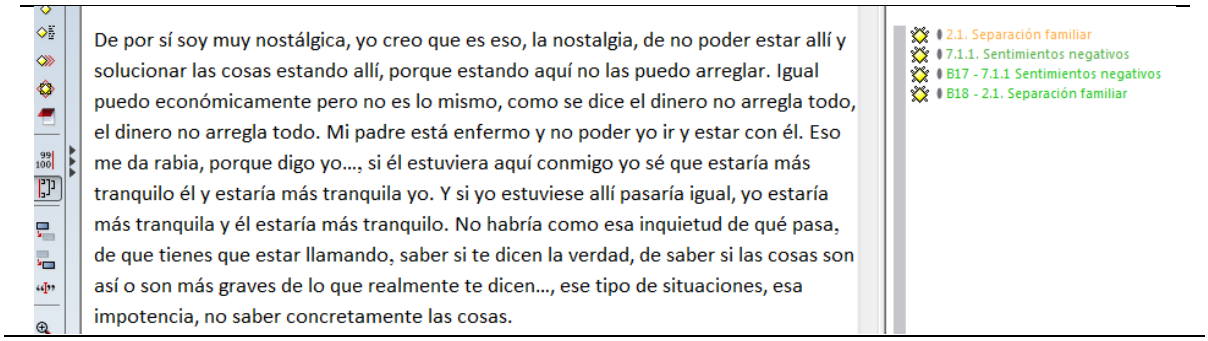
Para el tratamiento del análisis de contenido en el programa Atlas.ti se prepararon los documentos primarios, que se componen de las transcripciones literales de cada entrevista, estos son documentos en formato de texto, organizados en la misma secuencia en la que se dieron cada una de las entrevistas.

Se va a considerar únicamente la información verbal, expresada en las frases transcritas, ello implica que toda la información no verbal y paralingüística queda excluida del análisis. Ello constituye una limitación de este trabajo, conviene destacar la información pérdida respecto a la significativa comunicación no verbal, por ejemplo, los silencios, sollozos, expresión facial, y otros signos como nerviosismo, angustia, humor, etc. Todas estas cuestiones se pueden tratar y codificar con el programa Atlas.ti, pero no serán trabajadas ya que supera la capacidad de este estudio.

Para poder tratar los documentos primarios se respetó el contenido y su orden de aparición en el relato. Se definió como unidad de análisis el párrafo total y las distintas ideas que él pudiera contener. Estas ideas fueran codificadas de dos maneras, (1) individualmente identificando su número por orden de aparición y el código que hacía referencia al participante; y otra general (2) en la que se identifica cada idea dentro del sistema de codificación. De este modo se obtiene el nº total de ideas expresadas por cada participante, ello permite clasificar las ideas en sus respectivas categorías (figura 1). Estas maneras de identificar y codificar fueran utilizadas para facilitar el análisis a través del aplicativo Atlas.ti. Asimismo, fue preciso crear un duplicado de los documentos primarios, de modo que el documento fue partido en bloques que representan cada una de las grandes preguntas formuladas a las participantes, y que se corresponden con las macro-categorías. Esta segunda manipulación era necesaria para poder llevar a cabo las redes entre ideas o códigos (networks), lo que implica analizar cómo se entrelazan en el discurso de las participantes los distintos temas y categorías de análisis.

En los análisis posteriores de los resultados se han seleccionado algunas citas o textos que se corresponden a las frases más representativa de cada código, obviando aquellos contenidos que resultaban irrelevantes.

Figura 1. Ejemplo de codificación (programa Atlas.ti)



Antes de asignar un código definitivo a cada idea era preciso asegurar la fiabilidad de la codificación, para ello, este proceso de categorización o clasificación de las ideas, fue llevado a cabo por dos jueces expertas, de manera ciega, cada una por separado, para posteriormente, comparar cada una de las

clasificaciones y comprobar los acuerdos y desacuerdos. Con todo ello se elaboró una tabla de acuerdos y desacuerdos inter-jueces. Esta tabla se presenta en el De acuerdo a la misma se procedió a calcular los índices de fiabilidad que se exponen más adelante (ver el Anexo en el CD.)

Finalmente y una vez clasificadas todas las ideas recogidas en las narraciones, el programa Atlas.ti permite exportar una matriz a formato Excell y SPSS, que después debe prepararse para poder ser tratada en el programa SPSS como una matriz de datos cuantitativa compuesta por el conjunto de ideas, identificadas por el código de cada entrevista, el nº de idea y su código correspondiente. Como hubo dos jueces se creó una matriz de datos con el conjunto de ideas, y los códigos asignados por cada uno de los jueces (es decir, una matriz de 1522 ideas por dos columnas o jueces), ello sirvió para la estimación de los coeficientes de fiabilidad inter-jueces.

Posteriormente, se discutieron los desacuerdos y se llegó a un consenso o decisión final en el que se asignaba un único código por idea. Por último, se creó una base datos para el conjunto de ideas y los códigos definitivamente asignados después del acuerdo inter-jueces, con ella se calculan los estadísticos descriptivos de frecuencias de ideas que serán presentados en el apartado de resultados.

3.3.3. Funcionamiento del programa Atlas.ti

Para el análisis cualitativo de contenido, se usó el programa informático Atlas.ti (versión 7), y para el análisis complementario cuantitativo de los datos socio-demográficos y descripción de la muestra se utilizó el programa informático SPSS v22.

Atlas.ti: Análisis cualitativo de datos textuales. Es una herramienta informática, cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de textos. Este aplicativo permite integrar la información facilitando su búsqueda, recuperación y representación gráfica de los materiales, por medio de su espacio virtual y sus respectivos componentes (de Luca, 2015):

Unidad Hermenéutica: UH, es un espacio virtual donde se almacena el material para analizar, a modo de carpeta de archivos, donde se almacena, trabaja y analiza los archivos de textos, u otros formatos de documentos (imágenes, sonido). En esta tesis se trabaja únicamente con textos.
Los distintos componentes del programa usados en este trabajo han sido los siguientes:

1º DOCUMENTOS PRIMARIOS: son la base de análisis se corresponden con todos los testimonios. Estos *datos brutos* son en nuestro caso los textos.

2º CITAS: *(quotations- quotes):* Después de asignados los documentos primarios, se crean las citas. Las citas son la primera reducción del documento bruto, más específicamente, fragmentos del archivo, que representan los objetivos e hipótesis de la investigación. En este estudio las citas corresponden a los fragmentos de texto e ideas.

3º CÓDIGOS: *(codes):* Los códigos son conceptos, resúmenes o agrupaciones de citas. En nuestro caso es el sistema de codificación creado para la clasificación de las ideas.

4º ANOTACIONES*: (memos, memorandos):* Son comentarios realizados durante el proceso. La creación de estos comentarios permite un mayor control a la hora de analizar y facilita la redacción y elaboración final del informe de resultados.

5º FAMILIAS: Son cualquier tipo de agrupación de los documentos primarios, códigos y anotaciones *(memos),* y funciona como un recipiente para almacenar estos elementos. En nuestro caso se

pueden crear familias para las macro-categorías, y las categorías y sub-categorías, ello permitirá posteriormente realizar agrupaciones según las hipótesis, y comenzar el análisis conceptual.

6º NETWORKS: Fundamentalmente, las *networks* son representaciones gráficas de los vínculos que se establecen entre distintos elementos, por ejemplo entre las distintas familias creadas. La mayor utilidad de las networks, es que permiten crear mapas conceptuales del material que están vinculados. En este estudio permite representar los vínculos entre categorías e ideas.

3.4. Análisis de resultados

3.4.1. Análisis de las narraciones: Fiabilidad: Acuerdo inter-jueces

Como ya se ha explicado, se creó una matriz de datos con el conjunto de ideas, y los códigos asignados por cada uno de los jueces (es decir, una matriz de 1522 ideas por dos columnas o jueces), ello sirvió para la estimación de los coeficientes de fiabilidad inter-jueces. Posteriormente, se resolvieron los desacuerdos asignando un código final. Esta tabla con el conjunto de ideas presenta la estructura que se describe en la tabla adjunta (Tabla 5). En el (anexo en CD) se ha incluido la tabla de acuerdo inter-jueces que recoge cada una de las ideas de cada entrevista ordenadas alfabéticamente (de manera aleatoria), se especifican las valoraciones de los jueces, las ideas en las que hubo desacuerdo y cuál fue la opción final elegida.

Tabla 5. Explicación de la Tabla de acuerdo/desacuerdo inter-jueces

Participante	Nº Idea	Juez 1-Código	Juez 2-Código	Desacuerdos	Decisión
A	01	código	código	A o D	cód. final
B	01	código	código	A o D	cód. final
C	01	código	código	A o D	cód. final
D	01	código	código	A o D	cód. final
E	01	código	código	A o D	cód. final
F	01	código	código	A o D	cód. final
G	01	código	código	A o D	cód. final
H	01	código	código	A o D	cód. final
I	01	código	código	A o D	cód. final
J	01	código	código	A o D	cód. final

1ª columna: **Nº entrevista**

2ª columna: **Nº de idea**, representa el orden numérico creciente de las ideas de cada entrevista.

3ª columna: **Juez 1 – categorización**, Identifica la codificación de la idea, y el juez que ha realizado su categorización.

4ª columna: **Juez 2 – categorización**, Identifica la codificación de la idea, y el juez que ha realizado su categorización.

5ª columna: **Desacuerdo**, indica las ideas en las que no hubo acuerdo

6ª columna: **Resolución**, Identifica el consenso de los códigos finales que serán utilizados para categorizar las ideas en el programa informático Atlas.ti (v7) y utilizados para el análisis.

Posteriormente y de cara a fiabilizar el proceso de codificación inter-jueces se calcularon los índices de fiabilidad para datos categóricos, para el conjunto de ideas y para cada una de las entrevistas. Se usó la base de datos creada con el conjunto de 1522 ideas, clasificadas por entrevistas y con las valoraciones de ambos jueces. Se siguió el procedimiento estipulado por Krippendorff (2011), aplicándose el Kalpha Macro para SPSS22 (Hayes & Krippendorff, 2007; Krippendorff, 2011). Se aplicó la fórmula para datos dicotómicos, puesto que había dos jueces u observadores (Krippendorff, 2011, p.3).

Tabla 6. Fiabilidad inter-jueces para cada entrevista y para el conjunto de ideas

Participante	Acuerdos	Desacuerdos	Total Ideas	Coeficiente Kalpha fiabilidad
A	125	21 (14.3%)	146	0.852
B	58	8 (12.0%)	66	0.875
C	173	24 (12.0%)	197	0.868
D	161	25 (13.4%)	186	0.866
E	141	19 (11.8%)	160	0.878
F	112	26 (18.7%)	138	0.805
G	143	19 (11.7%)	161	0.878
H	149	17 (10.2%)	166	0.894
I	136	16 (10.5%)	152	0.891
J	133	17 (11.3%)	150	0.889
Total	**1330**	**192 (12.5%)**	**1522**	**0.872**

Como puede apreciarse en la tabla 6, hubo un 87.5% de acuerdos totales. En total se produjeron 192 desacuerdos (12.5%), los porcentajes de desacuerdos variaron del 10%, para las entrevistas H e I, al 18% para el caso F. El coeficiente de fiabilidad alpha de Krippendorff fue 0.872 para el conjunto de todas las ideas, indicando un buen acuerdo inter-jueces (por encima de 0.75). Todos los coeficientes de fiabilidad acuerdo inter-jueces fueron altos, con valores por encima de 0.80, la entrevista F presenta el valor más bajo y la I el más alto. En síntesis, puede concluirse que el sistema de codificación es fiable.

3.4.2. Resultados descriptivos: macro-categorías

La Tabla 7 muestra el conjunto de ideas y su clasificación según el sistema empleado, donde se puede apreciar el recuento de ideas para las macro-categorías, categorías, sub-categorías o códigos. Para la descripción de los resultados se comenzará por indicar la distribución del total de ideas (n= 1522) en las siete macro-categorías, como puede apreciarse en la Figura 2 se presentan el número de ideas de cada macro-categoría y el número de códigos que comprende cada macro-categoría, algunas de ellas son más extensas en cuanto a que tienen más códigos que otras.

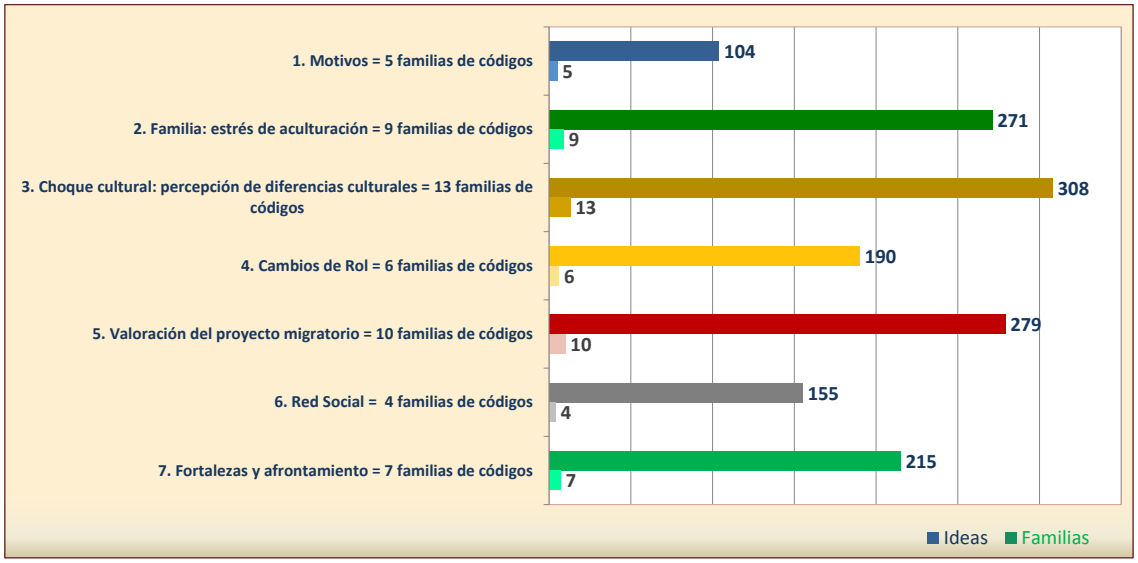
Tabla 7. Clasificación de Ideas de las Entrevistas: macro-categorías, categorías, sub-categorías o códigos

Atlas. ti	SUB-CATEGORÍAS: familias de códigos	Atlas. ti	CATEGORÍAS	Atlas. ti	MACRO-CATEGORÍAS
38	1.1. Económicos -Materialismo	38	1.1. Económicos -Materialismo		
34	1.2. Conectividad familiar	34	1.2. Conectividad familiar		
14	1.3. Inseguridad personal y social	14	1.3. Inseguridad personal y social		
10	1.4. Promoción personal	10	1.4. Promoción personal		
8	1.5. Reagrupación familiar	8	1.5. Reagrupación familiar		
104		**104**		**104**	**1. Motivos = 5 familias de códigos**
Atlas. ti	**SUB-CATEGORÍAS: familias de códigos**	**Atlas. ti**	**CATEGORÍAS**	**Atlas. ti**	**MACRO-CATEGORÍAS**
97	2.1. Separación familiar	97	2.1. Separación familiar		
44	2.2.1. Gestión de la maternidad a distancia				
29	2.2.2. Hijos en sociedad de acogida	73	2.2. Maternidad		
21	2.3.1 Separación después de la emigración				
17	2.3.2. PM: conflicto familia nativa				
5	2.3.3. PM: Apoyo familia nativa				
27	2.3.4 PM conflicto pareja				
22	2.3.5. PM: Apoyo-pareja	92	2.3. Pareja		
9	2.4. Distancia etnocultural de origen y adopción	9	2.4. Distancia etnocultural de origen y adopción		**2. Familia: estrés de aculturación**
271		**271**		**271**	**= 9 familias de códigos**
36	3.1.1. Familismo y Benevolencia				
12	3.1.2. Religiosidad	48	3.1 Colectivismo		
	3.2 Individualismo				
17	3.2.1 Priorizar las metas personales				
14	3.2.2				
14	3.2.3. Intendencia del grupo	45	3.2. Individualismo		
13	3.3.1. Educación hijos				
20	3.3.2. Respeto				
17	3.3.3. Trato desigual en sociedad de origen	50	3.3. Jerarquía		
72	3.4.	72	3.4. Diferencias de género		
	3.5. Patrones culturales				
20	3.5.1. Usos culturales				
26	3.5.2. Estilo comunicativo				
17	3.5.3. Uso del tiempo	63	3.5. Patronas culturales		**3. Choque Cultural: percepción**
30	3.6. Clima, tierra, paisaje	30	3.6. Clima, tierra, paisaje		**de diferencias culturales**
308		**308**		**308**	**= 14 familias de códigos**
	4.1. Posición de rol: mejoras				
15	4.1.1.Reconocimiento social				
33	4.1.2. Igualdad de género				
32	4.1.3. Autoestima	80	4.1. Posición de rol: mejoras		
40	4.2. Pareja: asimetría de adaptación	40	4.2. Pareja: asimetría de adaptación		
	4.3 Discriminación y sexismo				
14	4.3.1 Discriminación en origen				
56	4.3.2. Discriminación en acogida	70	4.3. Discriminación y sexismo		**4.Cambios de Rol**
190		**190**		**190**	**= 7 familias de códigos**

Atlas. ti	SUB-CATEGORÍAS: familias de códigos	Atlas. ti	CATEGORÍAS	Atlas. ti	MACRO-CATEGORÍAS
35	5.1.1 Sobrecarga Emocional				
27	5.1.2 Expectativas no cumplidas				
41	5.1.3 Estrés socioeconómico				
23	5.1.4 Deseo de retorno				
19	5.1.5 Comparación desventajosa	145	5.1 Valoración Negativa: Fracaso/costes		
	5.2				
32	5.2.1. Expectativas cumplidas				
44	5.2.2 Ventajas sociales				
22	5.2.3. Seguridad y libertad				
13	5.2.4. Comparación ventajosa	111	5.2. Valoración Positiva : Éxito /Beneficios		
23	5.3	23	5.3. Metas futuras		**5.Valoración del proyecto migratorio**
279		**279**		**279**	**= 11 familias de códigos**
64	6.1.1. Redes compatriotas positivas (6.1.1.1. Apoyo Familiar)				
34	6.1.2. Redes compatriotas negativas	98	6.1. Redes compatriotas		
41	6.2. Nativos	41	6.2. Nativos		
16	6.3. Ausencia de redes sociales	16	6.3. Ausencia de redes sociales		**6. Red Social =**
155		**155**		**155**	**5 familias de códigos**
18	7.1.1 Sentimientos negativos				
14	7.1.2. Rumiación y evitación				
6	7.1.3. Confrontación	38	7.1. No adaptativas		
34	7.2.1.Regulación emocional				
53	7.2.2. Afrontamiento Positivo				
48	7.2.3.Distracción				
42	7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica.	177	7.2. Adaptativas		**7. Fortalezas y afrontamiento**
215		**215**		**215**	**= 7 familias de códigos.**
1522		**1522**		**1522**	**TOTAL**

Respecto a la frecuencias de ideas, alrededor del 30% de las narraciones tratan sobre las repercusiones de la migración para las mujeres y sus familias, comprendidas en las macro-categorías sobre el estrés de aculturación en el ámbito familiar (n=271, 17.8%) junto a los cambios de rol y sus implicaciones familiares (n=190, 12.5%); una parte importante hace referencia a la percepción de diferencias culturales (n=308, 20%), otra parte importante (n=279, 18.3%) recoge las valoraciones sobre el proyecto migratorio, después destacan las ideas sobre las formas de afrontar el estrés y los cambios en la sociedad de acogida así como las fortalezas experimentadas (n=215, 14%), las ideas sobre las relaciones en las sociedad de acogida, las redes sociales, constituyen un 10% (n=155), y por último, los motivos de la migración forman un 4.7% (n=104). En síntesis, los discursos se centraron principalmente en el estrés de aculturación y los cambios en los roles de género y familiares derivados de la migración, en la valoración del proyecto migratorio y los cambios llevados a cabo por las mujeres y sus familias y en el análisis de las formas de afrontar esos cambios.

Figura 2. Distribución de las ideas por macro-categorías: frecuencias (n)



3.5. Análisis del contenido de las ideas por macro-categorías

En este apartado se describen cada macro-categoría o familia en particular, mostrando sus diferentes sub-códigos. También se ilustra con citas textuales el contenido de cada familia, seleccionado aquellas citas textuales o ideas que representarían mejor cada una de las categorías de análisis.

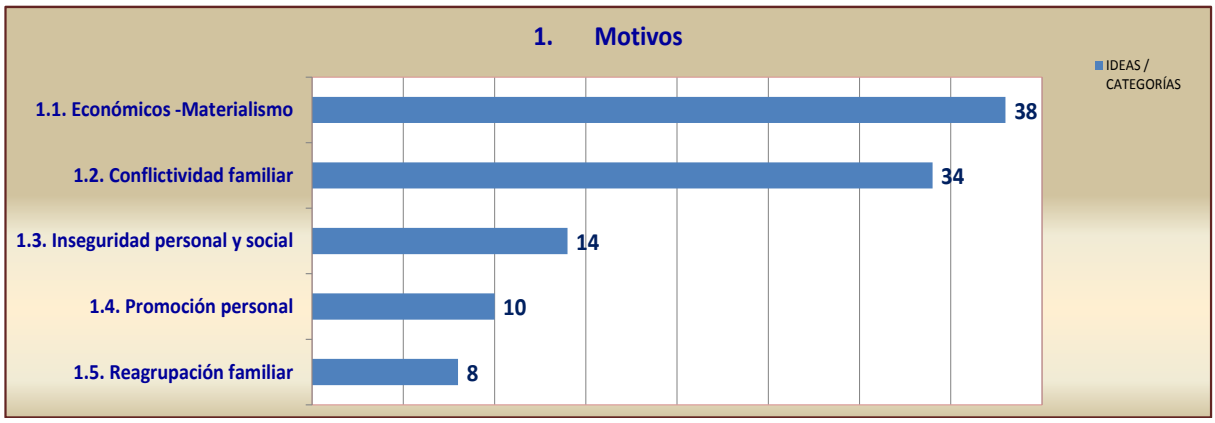
En el Anexo en CD adjunto se ofrecen el total de las ideas clasificadas en sus correspondientes códigos, así como las unidades hermenéuticas, que consisten en las transcripciones de las entrevistas, donde se indica para cada párrafo textual los distintos códigos asignados, de modo que pueden obtenerse todas las citas textuales que representan al conjunto de códigos.

3.5.1. Motivos.

En esta macro-categoría se hace referencia a las razones que impulsaron a estas mujeres a salir de sus países, destacando aquellos elementos que facilitaron la decisión. En sus relatos describen los motivos para migrar, destacando el contexto de las relaciones familiares y su influencia en relación con la precariedad económica y conflictividad familiar, buscando mejorar sus condiciones de vida.

Económicos (1.1): sus relatos hacen referencia a la búsqueda del bienestar económico familiar (36%) aunque este proceso responde no solo a motivos económicos, sino también a factores sociales y psicológicos, que obedecen a elecciones que van más allá de las necesidades económicas y que son difíciles de identificar y verbalizar, en la mayoría de los casos las motivaciones que se describen obviamente se solapan (económicos y familiares). Destacan la falta de oportunidades en sus lugares de origen buscando que la migración les permita independencia social y económica. Refieren como la prosperidad y promoción económica o el ganar dinero es prioritario. Destacan que la motivación es la búsqueda de trabajo, su máxima preocupación es la familia, así los hijos ocupan un lugar decisivo en el proyecto destacando el deseo de lograr un futuro mejor para ellos.

Figura 3. Motivos: Categorías



No sé, era como el sueño de viajar, yo soñaba con salir de mi pueblo, vamos, soñaba con ver mundo. Y luego, cuando tienes hijos tienes la necesidad de mejorar. La verdad que era un pueblo muy limitado (…) (A10). Pues mi madre cobraba una pensión, pero bueno era una pensión deficiente y había necesidad, había necesidad, pues…, pues porque cuando tú has tenido carencias, tú no quieres lo mismo para tus hijos, entonces pues bueno…, yo tenía unos familiares aquí y pues me dieron la oportunidad, y dije: "pues me voy" (A14).

La miraba a mi hija y decía…., quería un mejor futuro para ella y pues dije: "pues no, no me puedo quedar así, si no tengo una carrera pues por lo menos tengo que tener dinero para sacar adelante a mi hija, para que no pase lo que he pasado yo". Y claro, en mi mente pensaba…, tener igual más hijos, pero si se podía, y si se podía acceder a algo… (E62).

(…) pero es justamente por la familia de Bolivia, los que están allá, porque actualmente pues los de acá intentamos mandar un dinero entre todos, pero muy poco digamos al mes, para pues lograr mantener a mi abuelo o algún problemilla más, y para eso, pero para el bienestar digamos de ellos (E86).

Sí, pero de nada sirve que yo esté con ellos y sin darles nada a ellos, sin darles nada para el futuro. Yo quiero a mis hijas y todo, pero yo, yo quiero…., por ellas quiero luchar, y sentada allí con ellas ¿cómo? De nada sirve que yo esté con ellos y sin darles nada a ellos, y sin darle nada a ellas para el futuro, por ellas quiero luchar (J135).

Conflictividad (1.2): uno de los propulsores del cambio es el deseo de huir de experiencias e historias familiares traumáticas, como la violencia intrafamiliar en el contexto de la familia de origen o en la familia nuclear. Así, las mujeres entrevistadas relatan dificultades de moderadas a graves, destacan la violencia de pareja, la fragilidad del vínculo de pareja y las separaciones como motivos para migrar y salir de una situación de desigualdad y conflicto. Las experiencias de maltrato y conflicto en la pareja en origen, se describirán más ampliamente en la macro-categoría 4.

(...) y otra por la separación que había tenido con mi pareja, y no me daba seguridad quedarme allí; (…) (B2). (…)En mi país me preparé para ponerme a trabajar, una vez terminé mis estudios me vine aquí. La relación de pareja que tenía allí no permitía que trabajara y dependía completamente de él (B39).

¡Uf!, bueno…, digamos que…, digamos que sí… Siempre es una confianza, un apoyo, pero yo siempre si he salido fuera del país o algo, era por intentar ayudar a mi madre, porque siempre la he visto sufrir, siempre la he visto salir adelante sola…(E52).

Mi madre sufría muchísimo y nosotras también al ver cómo le pegaba, como bebía…, sí, mi madre es como que decir "huyó" (H26). (…) Nunca ha visto como yo le vi sufrir a mi madre (hija), que le maltrataba, entonces, no, no, nada de eso, alcohol ni nada, y todo eso, entonces… (H50). (…). Sí, pero de ahí…., fue muy duro ver como él se derrotaba bebiendo, no comía…, eso sí, más que todo, los primeros hermanos, que todos sufrimos mucho porque verle como se ahogaba en el alcohol, como lloraba. Claro, mi madre ya no…, ya no retrocedió para atrás, se separó, se acabó y se acabó, veinte años de convivencia y se acabó (H99).

Inseguridad (1.3): se hace referencia a la inseguridad social y personal (agresiones, robos, inseguridad urbana), que deriva de la inestabilidad en sus países de origen, al peligro físico y emocional, también se

incluyen amenazas derivadas de situaciones sociopolíticas, no muy presentes en sus relatos al menos de manera directa, sino de manera indirecta en relación a las condiciones sociales de sus países, señalan que la pérdida de esperanza en el futuro de su país conlleva como única opción la migración. Describen situaciones de inseguridad y miedo que impactan en sus proyectos de vida.

Sí, eso pasaba. Sí, porque a mi esposo lo hirieron en Colombia de día, cerca de la casa para robarle. Allí es muy dura la situación, en el campo peor, robar y matar. Los hombres impotentes viéndolo todo. La guerrilla produce la droga, los laboratorios…, para conseguir armas…, y la gente humilde, gente del campo con dos y tres hijos a la intemperie allí ni hay albergues que los acojan (F8). (…) En Colombia cuidaba niños abandonados, les tocó ver como mataban a sus padres, estaban siempre asustados, no podían oír un ruido, tenían miedo de nosotras que les cuidábamos (F9).

Promoción personal (1.3): hacen referencia a la búsqueda de autonomía y libertad, mejorar el estatus, formación académica, etc., pero destacando como prioritario la familia más que una opción de promoción personal. En último término cambiar de vida desde una perspectiva que idealiza lo que se espera vivir. En cualquier caso y dadas las características de las mujeres entrevistadas es difícil encontrar motivos personales separados de los familiares, más tratándose de mujeres madres. En general se mezclan los motivos, se sobrevaloran los económicos pero hay otros, la inquietud cultural, un modo de vida diferente, cumplir un sueño, etc., se encuentran pocos ejemplos que hagan visibles motivaciones que tienen que ver con aspectos más íntimos e individuales, o con aspectos más emocionales, en las narraciones quedan descritas, sí, pero quedan ensombrecidas por lo socialmente aceptable que son las prioridades familiares frente a las prioridades personales e individuales. Destacar que dos de las mujeres hacen referencia a que migraron por seguir a sus parejas en su promoción profesional, que acabaron en separación, frustración y descenso social para ellas.

¡Uf!, yo creo que cuando eres joven todo el mundo se quiere marchar a algún sitio, yo lo creo que es así, que cuando eres joven todos queremos…, y entonces, yo cuando era pequeña, veía una publicidad del Mediterráneo, entonces los veía a todos tan vestidos de blanco, y yo decía: "yo sé que algún día ¡quiero ir allí!, y quiero ver ese mar azul", o sea, era… (…) (A9).

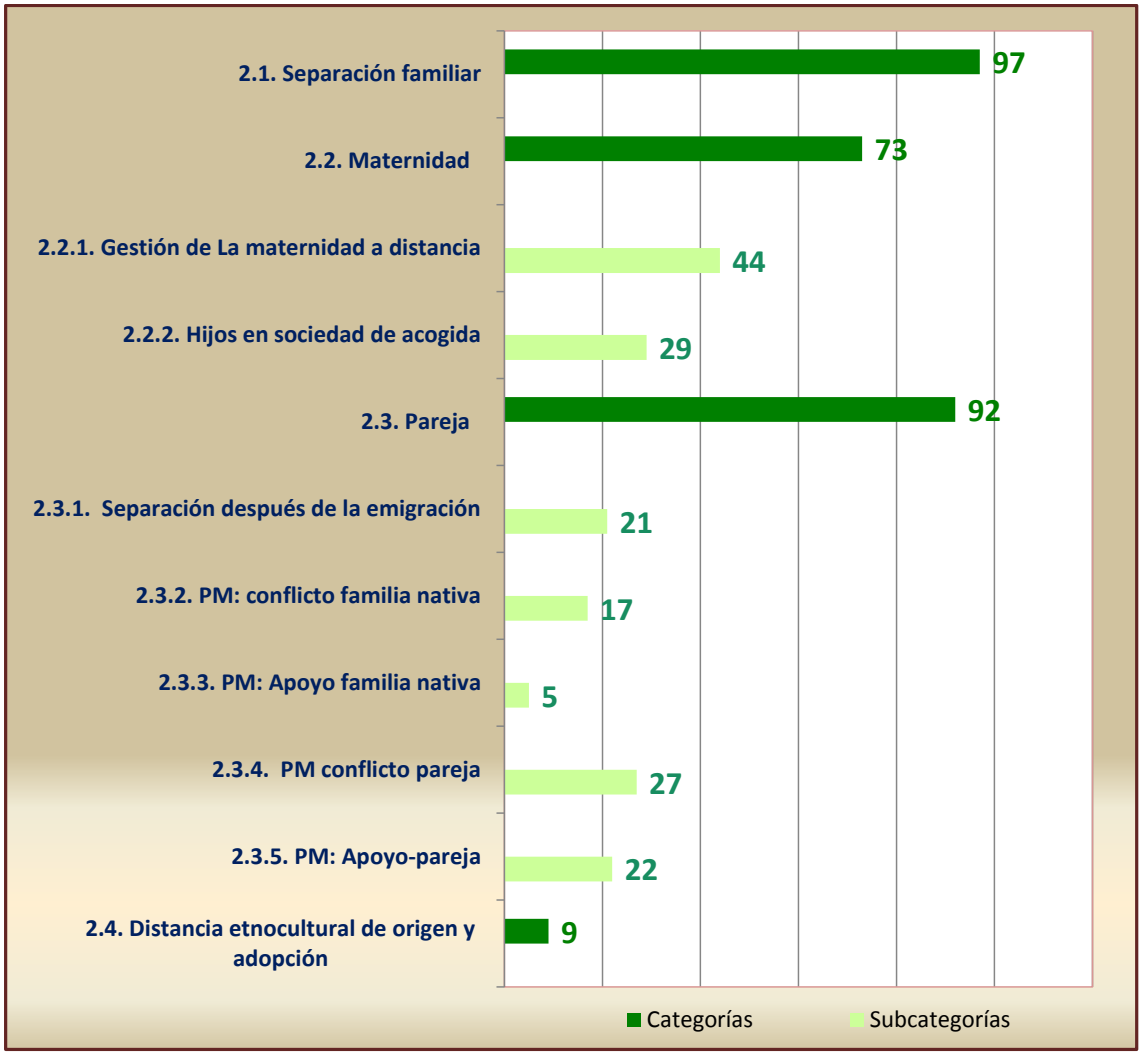
Reagrupación (1.4): la reagrupación no es un tema prioritario, solo un 8% de las ideas de sobre motivos de la emigración hablaban de esta cuestión; hay que recordar que las mujeres entrevistadas son migrantes de primera generación. Precisamente se seleccionó una historia de reagrupación para poder cubrir esta dimensión. En concreto, se utiliza este ejemplo por ser una mujer que migra reagrupada por su madre donde se mezclan los motivos económicos, y la conflictividad intrafamiliar. En general entre las expectativas de estas mujeres esta reagrupar hijos, pareja y padres.

(…) pero lo que pasa es que éramos muchos hermanos, somos cinco hermanas y un varón, más dos de mi padrastro, éramos ocho, más…, era mucha familia, entonces no nos alcanzaba. Mi madre no podía trabajar porque mis hermanos eran pequeños, mi padre bebía mucho, no nos alcanzaba. Entonces pues mi madre le tocó emigrar, se le abrió una puerta por una amiga y vino, luego ella me trajo a mí (H14).

3.5.2. Familia: estrés de aculturación

En esta macro-categoría se hace referencia a las relaciones familiares en general y materno-filiales en particular. Se destacan los ejemplos que ayudan a entender el impacto de las separaciones y su significado. Queda evidenciado que las migraciones de estas mujeres madres han alterado tanto las relaciones en la familia extensa como en la familia nuclear, haciéndose hincapié en la relación con sus parejas e hijos. Como indican las frecuencias de ideas, el estrés de aculturación familiar, se atribuye a las separaciones antes de la migración (35.8%), la tensión por la gestión de la maternidad a distancia y en el reencuentro con los hijos (27%), y los conflictos de pareja surgidos una vez las mujeres se han establecido en la sociedad de acogida (34%).

Figura 4. Familia: Estrés de aculturación. Categorías y subcategorías



Los ejemplos reiterados giran en torno a la dureza de la separación. La soledad, la añoranza la impotencia y la culpa por estar privadas de la presencia y el cariño de los suyos, aunque enfatizan la separación de los hijos sumado a la soledad de la propia migración. Todas las madres reflejan el coste emocional de la separación, proporcionar a sus hijos un futuro mejor justifica la migración pero se cuestionan que hubiera sido mejor para éstos. Después de los hijos la tristeza por la separación de los padres es una constante. Relatan la experiencia de separarse de padres mayores, sus sentimientos cuando enferman y no poder cuidarles, o perderlos definitivamente.

Separación familiar (**2.1):** describen la dureza de la pérdida de contacto con la familia, de dejar a los hijos y a las madres solas en el país de origen, hasta el punto de cuestionarse las visitas para no tener que revivir el dolor de volver a separarse. La impotencia de no poder solucionar los problemas familiares desde la distancia, y la incertidumbre de no saber exactamente en qué situación se encuentran, no contar con ellos en los momentos de crisis o el miedo a perder los vínculos definitivamente también es una constante. Se entremezclan sentimientos de Impotencia y culpa.

Muy dura, muy dura. Mira, que de hecho yo dejé de viajar con frecuencia por eso… porque me parecía que cada vez la despedida era difícil. Lo siento…, dejar a dos niños pequeños…, todo, todo, o sea, es el momento en que duele hasta el aire… (A34). (…). Claro, claro, por eso te he dicho que he dejado de viajar, para que no se me haga…., porque luego me cuesta mucho recuperarme cuando vuelvo, muchísimo, el volver a arrancar de ánimo me cuesta muchísimo, de motores no, porque tengo que comer y entonces no puedes…, y quieras o no quieras… (…) (A83).

De por sí soy muy nostálgica, yo creo que es eso, la nostalgia, de no poder estar allí y solucionar las cosas estando allí, porque estando aquí no las puedo arreglar. Igual puedo económicamente pero no es lo mismo, como se dice el dinero no arregla todo, el dinero no arregla todo. Mi padre está enfermo y no poder yo ir y estar con él. Eso me da rabia, (…)…, si él estuviera aquí conmigo yo sé que estaría más tranquilo él y estaría más tranquila yo. (…). No habría como esa inquietud de qué pasa, de que tienes que estar llamando, saber si te dicen la verdad, de saber si las cosas son así o son más graves de lo que realmente te dicen…, (…), esa impotencia, no saber concretamente las cosas (B18).

Yo me siento muy contenta cuando las cosas en mi casa, digo en mi país, te hablo exactamente de mi padre y de mis hermanas. Que ellos estén bien para mí ya es…, porque sé que mi hija aunque no está conmigo, está bien, me entiendes, no le falta de nada, al menos económica, sentimentalmente puede ser que le falte yo, pero sé que mi padre necesita más. B71

Sí…, es que mi marido ahora mismo se siente extranjero, porque es como decir: "yo soy extranjera ¿no?, me va mal aquí en España y pienso ¡jo! me va fatal aquí, a quién puedo pedir ayuda, o a qué casa puedo ir a vivir hasta que mi vida mejore", y piensas: "¡jo! mi padre no está aquí, mi tía, mi abuela no está aquí", porque iría a casa de mi abuela, o iría a casa de mi padre, pues no, no tienes eso porque eres extranjera (D120).

De miedo sí, sí, de miedo, sí, miedos, sí, muchos. Sí, miedo a no ver más a mi familia…, por ejemplo, a que mis hijos no…, se olviden de sus tíos, de sus primos, de sus abuelos que son muy importantes porque (…) (G20). Extrañé a mi familia. Esta no es mi tierra, eso es mentira. Son los mismos bancos, la misma tierra, es la familia, es tomar mate y compartirlo y comer un asado y compartirlo, que acá te pasa con gente amiga pero es diferente. Es todo (G138).

¡Uf!, saber que mis hermanos estaban pequeños, porque quedaron muy pequeños…., impotencia de no estar juntos fuera de mi país, mi madre no trabajaba aquí, trabajaba lejos, me separé de mi madre también, o sea…, vivía prácticamente yo y mi hijo (H37).

(…) lo que me pone contenta es ver a mis hijos, que estén bien eso me satisface mucho, y hablar con mis padres, sí, eso es, bueno estar y charlar con mi familia cuando puedo eso me llena de ilusión (I153).

Fue difícil, sí, muy difícil, venía con ilusión de conocer un nuevo mundo, de vivir nuevas experiencias, pero de todas maneras siempre tenía la nostalgia de dejar todo atrás: la familia, las costumbres… (I13).

Pues yo he perdido mucho, yo he perdido mucho porque estoy lejos de mi familia, eso he perdido (J39).

Gestión de la maternidad a distancia (2.2.1): La culpa, el sufrimiento por el de abandono y su justificación están omnipresentes, en sus relatos, destacan el arrepentimiento por los años de separación y se preguntan que, si pudieran volver a empezar, después de lo que han vivido y sentido, tomarían la misma decisión. La separación no implica la ausencia de responsabilidad afectiva y material, los vínculos se transforman con la distancia. De modo que describen sus estrategias para mantenerse en contacto así como el endeudamiento de los cuidadores en origen.

Lo que llevo mal, mal, mal es la separación con la hija pero por motivos ya muy diferentes al que haya venido aquí, es por el padre, más no es por haberla dejado porque mi intención era traérmela, y pues…, se ha opuesto su padre, pues nada, no puedo (B7). (…). Ahora tiene 14 años, es lo que más…., que de verdad si tuviera la oportunidad o volviese a hacer el viaje, como se dice echar el tiempo para atrás, me traería a mi hija conmigo. Siento tristeza, porque es ver a otras niñas que tienen su misma edad que viven de una manera y que yo quisiera que ella disfrutará de esas mismas cosas y allí no las vive (B8).

Yo tenía mucha culpa, yo decía: "yo si volviera a nacer no volviera a hacer lo que hice". Porque la persona que me trajo fue mi hermano, yo le dije a mi hermano: "yo quiero llevarlo a mi hijo, tenerlo conmigo allá pase lo que pase", me dijo: "no, si tú necesitas dinero y quieres trabajar, quieres plata, tienes que venirte pero sola, a tu hijo lo dejas allá". (…), porque al venir acá, la primera familia donde yo entré era muy buena familia, me dijeron…, (…). Entonces ya me dijeron: "tráelo a tu hijo", claro, yo como iba a traerlo a mi hijo, no era tan fácil. Sí, si hubiese sido la ocasión en que yo hubiera entrado, así como yo entré sin papeles, rapidito, me lo traía, pero no lo pude traer (…) (C32).

Eso es de lo único que yo me arrepiento en toda mi vida. Sí, la separación del niño (C35).

Fue…, es muy duro, pero bueno, ya va a cumplir tres años de estar ahí, no le puedo traer sin el permiso de él, entonces, tengo que esperar hasta que…., sí, le mando dinero, hablo con ella… (H7). Sí, estaba más protegida aquí, nadie bebía ni nada, entonces al marcharse él (con la hija), estar ahí, claro fue todo…, empezó a beber se empezó a portar mal, mi hija empezó a ver de nuevo esas cosas. Porque aquí él ya se portaba mal (H186).

Sí, porque probablemente yo estoy aquí sola, sola, sola estoy aquí, pero…, bueno estoy sola. Cuando yo hablo con ellos yo siento algo…, hasta tengo ganas de llorar. Por nada me enfado, por nada me enfado, pero por pensar en ellos, me enfado por ellos (J121).

Por teléfono los sábados y por video-llamada, sí, y las veo, el 31 de diciembre las vi a las dos, ¡uf!, vi como que el mundo se me caía encima, pero bueno, después…, por ellas estoy aquí.J19 (…). Sí, tengo miedo, tengo miedo, bastante miedo, porque cuando hablo con mis niñas, la mayor me dice: "mami yo te quiero ver, venir, o si no mandar por mí, yo te quiero ver" y me siento triste hasta llorar (J144).

Hijos en sociedad de acogida (2.2.2): Destacan las dificultades del reencuentro y la convivencia después de años de separación, asimismo, destacan los riesgos de la nueva cultura para sus hijos, que consideran más permisiva e irrespetuosa. Hay hijos que no se adaptan y responsabilizan a sus madres al encontrar una vida peor de lo que imaginaban, también destacan que no ven recompensado ni reconocido el sacrificio realizado.

Sí, y mira que, por ejemplo, yo pienso que eso es lo que nos afecta en la crianza de los hijos. O sea, yo me pongo a ver los hijos nuestros, o nuestra generación, y yo digo: "aquí algo…., aquí algo se nos ha escapado en el camino", porque los comparas, o sea, tú comparas un chaval recién llegado de Colombia, a cómo se te puede convertir en ocho meses, y es un abismo (A94).

Y entonces aquí el niño vino cero, cero, cero, no sabía absolutamente nada. Pero en tres años…, ahora el niño ha progresado, sí, que sí tiene un problemita que es muy desobediente, muy malcriado, es el problema. Con él tengo que estar día a día (C40). (…). No sé pero quiero más a mi hija chiquita que al niño mayor, no lo sé. No lo sé, y yo si lo sé porque no he vivido con él niño (C202). (…). Hay un hueco y ese hueco se nota. Pero de rato en rato yo lo recuerdo y bueno…, beso, acaricio al niño, claro que… hay un tema que el niño es un poquito…, muy despierto, muy malcriado y…, las personas malcriadas no me gustan C203

Mi hijo me chilla me maltrata, (…), quiere volver pero no puede. La esposa de él está con otro (en Colombia) y me da miedo que haga una locura (F14). (…). Sí, porque dice que estaría mejor allá, y gasté muchísimo, muchísimo dinero para poderlo traer y la otra niña también, la pequeña también que traje tuvo el bebé. Y lo dice, todos los días lo dice (F21).

No, no tienen respeto, no tienen consideración, siento que no me quieren, siento que soy un objeto que cuando me necesitan, sí, soy útil para ellos. Por lo menos en el mes pasado no tuve que mandarles, con todo el esfuerzo y todo dejamos de pagar los servicios para tener dinero para él para que mandara para las niñas. Entonces ahí sí, me habla, y ahí sí, se ríe conmigo, el resto se pasan las semanas y no nos hablamos ni nada con él (F26).

Un poco sí, sí, me costó ver a los niños tan libres por ahí, tan pequeños haciendo botellones o contestando mal. O usan muchas palabrotas también, y eso me costó. E37

Separación después de la migración (2.3.1): Al incorporase a la vida local abandonan ideas tradicionales de género para adoptar otras más igualitarias, que plantean reglas diferentes en la de convivencia, esto puede suponer frustración en ambos miembros de la pareja por las expectativas diferentes que manejan. Las entrevistadas refieren como los hombres minimizan el valor de las nuevas oportunidades para ellas, implantándose un desequilibrio de poder que provoca sentimientos de enojo y resentimiento dentro de la relación. Esta elección significa la separación definitiva de sus parejas, e incluso de sus hijos, como explican en los ejemplos seleccionados. En general, ellas migraron primero y ellos se encontraron con una realidad que no esperaban. El hecho de que ellas sostengan económicamente a la familia junto con vivir en un contexto de más libertad genera contradicciones en la relación, implica cambios de rol que ellos no aceptan

(puede verse esta situación en los ejemplos de la categoría 4.2.). Además de la separación también describen el chantaje emocional a través de los hijos como describen en los siguientes ejemplos:

Sí, la verdad nos costó mucho, mucha tristeza, porque claro al trabajar interna, no poder salir, por lo menos siempre estar pendiente de una persona mayor y…, eso pues…, esa parte yo creo que es muy dura, hasta que uno se acostumbra, y bueno, los fines de semana siempre hablaba con mi hija y con él, con sus padres, que eran la verdad personas estupendas también, que han cuidado de mi hija, y luego los traje y lastimosamente pues la historia cambio (E64).

La relación de pareja la ha roto la emigración, la roto la economía porque al principio todo era mi esposo….F37

No, mal, me llevo mal, ahora sí, mal. Me llevé bien toda la vida, pero ahora con el tema de la separación y todo lo demás…, yo qué sé. No me llevo, directamente, no tengo relación (G150).

Lo que pasa…, al principio, a ver, yo ya me separé de él, ¿no?, entonces yo vivía con mi niña y mi niño (…), yo cogí un piso y vivía con él, pero yo ya no quería volver más con él. (…), y yo trabajaba en los portales en ese entonces, (…) y entonces, yo le tengo un juicio de alimentos a él, pero no me dieron porque él era insolvente, o sea él tenía papeles pero no tenía papeles, entonces trabajaba en negro pero él no demostraba eso. (…) como él me decía: "regresa conmigo…". Entonces él le hizo quedar a mi hija, pensando que yo iba volver con él, cuando todo ya… (H177). Él me llamaba, me decía: "si regresas…", pero claro, como yo trabajaba no tenía la opción esa de irme. Entones en junio 2011 se marchó de aquí, le expulsaron del país, (…) ahí es cuando empezó un poco mi sufrimiento, porque, a ver, él empeoró las cosas, porque mi hija… (H185).

¿Él?, tonterías, que no quería separarse que bueno…, aparte de cualquier improperio o insulto. Lo que quería él era tener una vida muy tranquila conmigo y tener "cosas" fuera y… o sea ya.., y yo no …., como yo ya lo dejé de querer, pues ya no sentía ni respeto ni cariño ni nada, nos perdimos el respeto (H108).

Pues a los cinco o seis años de haber venido aquí, ya era poco más una obligación de estar juntos porque estábamos casados, sin más, pero ya no había ese cariño, ese amor que en un principio nos unía, y bueno…, pues lo mantuvimos sobre todo por los niños, más que todo por lo niños y por… (I99). (…). Eh, por mi parte no, yo siempre le decía que esto no funcionaba y que nos íbamos a separar pero él nunca quiso…, él nunca quiso hacer frente a eso (…) y él que no, que no, que no quería separarse y que si me separaba me iba yo pero que los niños se quedaban en casa con él…., él me chantajeaba con eso… (I102).

Pareja Mixta (2.3.2): se incluyen en este apartado los testimonios relacionados con las especiales características de las parejas mixtas o trasculturales, tanto en lo inherente a las relaciones entre ellos como a las relaciones con sus familias respectivas. Destacan el anonimato al que se ven sometidas por parte de sus parejas autóctonas, estas familias rechazan la relación que identifican con el desprestigio por estar con una mujer extranjera. La integración en la familia local es una fuente de tensiones relacionadas con la incomprensión, el rechazo, el maltrato, el desprecio y el racismo. El matrimonio con un nativo se asocia a una posición social ventajosa, de hecho son las únicas mujeres que han podido acceder a un piso en propiedad y a obtener la nacionalidad. Las mujeres que establecen relaciones de pareja con hombres del país de destino son vistas de forma diferente por sus familias de origen aunque esto no queda suficientemente explicitado.

(…) lo que pasa es que yo con mi pareja ya llevábamos igual seis años, llevábamos nuestra relación y su familia no me conocía; entonces claro, ya poco a poco pues me han ido conociendo (B47). (…). Sí, pero no por ellos, sino por mi pareja. (…) durante seis años he sido anónima para su familia, a mí nadie me conocía (B48). (…). Me causaba inseguridad, me causó inseguridad porque yo no sabía si me estaba diciendo la verdad o no. (…). Sí, porque no me daba seguridad. Yo le decía: "tú de mi conoces todo, dónde vivo, dónde trabajo, quiénes son mis amigos" o sea, por lo menos, si él me llamaba y yo no cogía el teléfono él sabía dónde ir, porque me encontraba. Pero yo le decía: "un día que te enfermes tú, estás conmigo y te tengo que llevar el hospital a quién le aviso" (B49). (…) Sí, tristeza sí, pero yo no diría rabia, yo diría inseguridad más que nada. Ese tipo, yo le decía: "yo quiero conocer a tu familia y quiero que me conozcan, quiero que sepan que estoy contigo y también quitarme la duda de que no me estás engañando, porque igual tienes una relación y estás conmigo igual me estoy metiendo donde no tengo que meterme", necesitaba saber que tenía entre manos (B52).

No, no, en general no me han tratado con respeto, ni valorada, ni nada. Yo creo que…, es por el tema de que eres extranjera, eh…, no tienes un estudio. Si yo fuera abogada o fuera médico, me hubieran tratado mejor, aunque fuera peruana, mejicana o brasileña, pero tener unos estudios…, yo creo que si tuviera un estudio ellos me hubieran tratado mejor, o fuera rubia, no lo sé. Yo creo que en ese aspecto ellos siempre…., mal, mal. D58

Y no quito la razón de ellos, de que es verdad que fue rápido, (...), y ellos igual piensan que es por mi situación de extranjera, de querer papeles, y eso que yo les decía: "si queréis os enseño el DNI, porque lo tengo". Pero claro, tú piensas es tu amigo, pero no, ellos piensan: "ésta viene a lo que viene" (…) (D26). (…) Pues que vino llorando a casa muchísimo, o sea, fue un paso terrible para nosotros. Quería casarse conmigo, decía que no iba a escuchar a los demás y que sabía dónde se estaba metiendo, y digo: "pues vale, pues para adelante" (D64).

Sí, sí, ha habido. Maltrato, sí, sí ha habido, ¡hombre! es difícil decir que te han tratado mal pero…, pero dos al menos me han hecho demasiada pupa, su hermano a mí me ha hecho daño, claro, sí, todos en general, pero si digo de pasar miedo, con su hermano (D65). (…), y mi cuñado ahí me amenazó, me dijo: "porque tú no te casas con mi hermano, porque yo te voy a matar", me cogió por el brazo quería pegarse conmigo, (…). Ahí pase miedo (D67).

(…) está bien que miréis a mi marido, que le cuidéis, que miréis de dónde vengo, pero una vez comprobado, porque ya llevo tiempo en esa familia, si al principio habéis comprobado que eso iba bien, que habéis visto que soy una buena chica, que vengo de buena familia, pues ¡hombre! ¡no hay problema!, no sigáis con ello, el racismo (D70).

Del problema económico, sí,(…), si ves que no tienes apoyo, y estas pidiendo ayuda y nadie te ayuda, tampoco te vas a abrazar con ellos mientras ellos están comiendo en la cocina (D164).

Pareja Mixta. Conflicto (2.3.4): en estas parejas se dan dos visiones del mundo en conflicto, destacamos cuatro ejemplos relacionados con la percepción diferente de la importancia de la reagrupación de los hijos para estas madres, con la debilidad de un hombre nativo no apoyado por su familia de origen, con la violencia de género y con las diferencias religiosas.

Lo que pasa que él siempre me decía que le diera tiempo, que él no estaba preparado, y entonces los niños se estaban haciendo grandes, y yo lo que no quería era traerles muy grandes. Yo tampoco lo presioné, porque en un principio éramos novios y yo no tenía papeles…, hace tanto tiempo que no pienso esas cosas… (llora) (A64).

Sí, sí, tomaba esporádicamente drogas, (…), porque se supone que el día ese que me agredió estaba drogado. Además yo tenía mucho tiempo sin verle, yo tenía…, y si no es por esos chicos me mata, o sea, me mata, literalmente, me mata. (…) (A67).

No, no, siempre ha sido así, cualquier problemilla que hemos tenido, pues no le cuento, sí, siempre ha sido un chico que le dices algo malo y ya se cae rápidamente, es muy débil, él se ve muy fuerte pero…, pero no (D234).

Es, es, demasiado es (religioso). Él me dice que intente, que intente hacer lo que él hace, pero yo le digo que todo a su debido tiempo, todo a su debido tiempo, y cuando yo pueda pues yo lo voy a hacer, porque eso no se hace de la noche a la mañana tampoco (J119). (…) Él quiere, quiere a musulmán. Él quiere que me convierta a musulmán, pero yo tan fácilmente no. Y él quiere casarse también conmigo, quiere casarse… (J120). (…) Sí, sí. Pues de vivir, tampoco voy a vivir a su país, a su país jamás. Yo no voy a vivir a su país ni aunque él lo quiera (J123).

Distancia etnocultural de origen y de adopción (2.4): destacan las dificultades de identificación con el país de origen y el de destino o la desvinculación de ambos, la migración de años convierte a estas mujeres en "exiliadas" en el sentido de sentirse extrañas en todas partes o sentirse de "ningún sitio". Las estrategias que adoptan son de identificación bicultural o bien marginal, donde no se identifica con ninguna de las dos culturas. La conexión con la nueva cultura modifica la percepción de la cultura de origen y con el paso del tiempo, o cuando visitan su país, perciben que los vínculos sociales han cambiado, se van atenuando los lazos afectivos y la identificación con el país de origen se relativiza, e incluso puede llegar a menospreciarse.

Sí, es que yo siempre digo que yo me siento sin patria, allá somos españoles y acá somos colombianos (A147).

Ahora ya…, cuando he ido allí de vacaciones en el 2001, eh… pensé que iba a llegar e iba a abrazarlos, iba a llorar y decir "!ay! cómo os echo de menos", pero cambias, cambias mucho (D44). (…) y me he hecho una de ellas ¡eh!, no te

creas que…., cuando he ido allí en el 2001…, porque vi a ellos tan diferentes, y digo: "huy cómo he cambiado", y ellos también me lo dicen (D83). (…). No lo sé, yo creo que como he cambiado tanto, choco mucho con ellos, con los brasileños y las brasileñas, choco, choco mucho, entonces si voy para allí seguramente estaré todo el día chocándome con todos, no lo sé. Igual luego te acostumbras…, pero la manera de pensar que tienen ellos es muy diferente de la mía (D204).

(…) Y cuando fui a Uruguay hace año y medio, es mi tierra, es mi gente (se angustia). Y…, igualmente la gente notó un cambio, a parte de mi forma de hablar, aunque ustedes piensen que hablo como uruguaya yo voy allá y me dicen: "¡gallega!"...G133. (…) Sí, he crecido, (…), viste cuando vos extrañas, viste cuando no sabes de dónde sois, que te pasa a veces…, soy ciudadana del mundo o de dónde soy yo. Me pasó que no me quería ir, pero sí me quería venir, una cosa rarísima (G134).

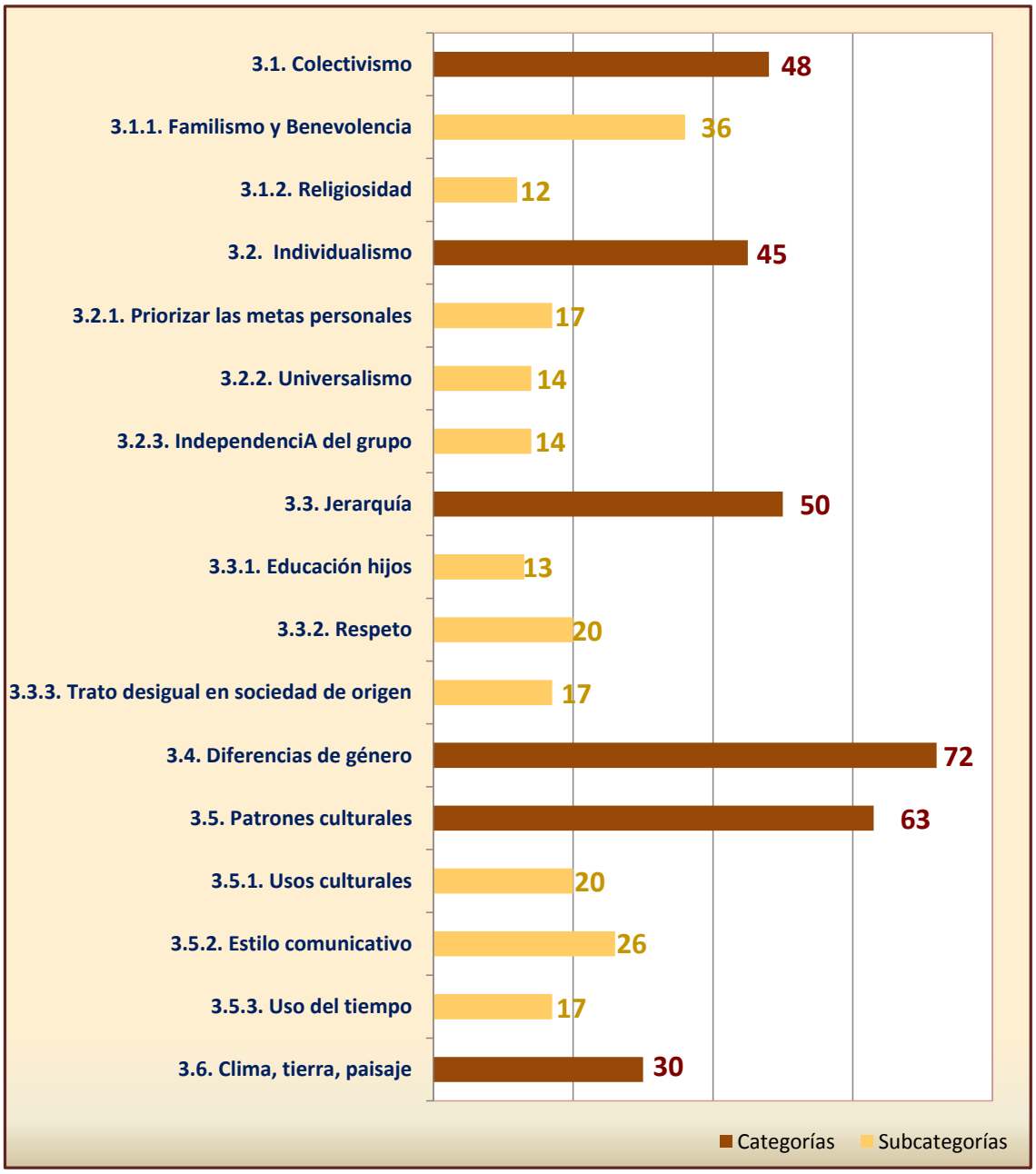
3.5.3. Choque cultural

Se destacan los ejemplos más significativos en aquellos aspectos donde se perciben mayores diferencias culturales o las que han producido más impacto en las participantes. Las diferencias culturales más remarcadas se relacionan con las dimensiones culturales del colectivismo, y dentro del mismo, el familismo latino ya descrito por múltiples estudios (de Luca, 2015; Hofstede, 2001; Organista et al., 2003), y el Individualismo más propio de la sociedad de acogida (30%). Otros aspectos especialmente impactantes en las mujeres es el relativo a las diferencias de género (23%). Asimismo destacan los valores de jerarquía en contraposición al igualitarismo (16%). Otras fuentes de choque en las prácticas culturales como los estilos de comunicación fueron destacados (20%), así como el duelo por el clima y el medio ecológico (la tierra o el paisaje) (9.7%).

Colectivismo (3.1)

Familismo y benevolencia (3.1.1): describen que los nativos se caracterizan por un débil sentimiento de pertenencia y vinculación familiar, de responsabilidad interpersonal y de obligaciones hacia los otros. Ellas se perciben más identificadas con la familia extensa, con mayor implicación interpersonal y más solidaridad. Destacan en los nativos su indiferencia, y en ellas, y sus endogrupos, el apoyo mutuo. Se reiteran ideas sobre la "amabilidad latina" en relación al trato cariñoso amable y cortes frente a la "brusquedad" local que para ellas no muestra interés ni consideración sino indiferencia

Figura 5. Choque cultural: percepción de diferencias culturales. Categorías, subcategorías



(…) Yo digo que aquí el egoísmo es: "yo, perderme yo las vacaciones por ti, búscate la vida", y en el mundo latino no es así. (…) Mira, los dominicanos, ellos son muy sagrados con los niños, mucho, por encima que nosotros los colombianos, ellos son muy especiales con los niños, para ellos los niños ¡son sagrados!, pero no sabes hasta qué punto ¡eh!, tendrías que mezclarte con ellos para saberlo. Hasta el punto de que a una amiga no le importa cuidarte a tu niño, o sea, a ella no le importa que tu vayas y le dejes el niño todo el día, y ella bañarlo, vestirlo, darle de comer, y todo, (…) ¿me comprendes?, por la sola condición de ser un ser un niño. Entonces, yo esas cosas a mí…., si mi vecina me dice: "¿te puedes quedar el niño?", no me importa que me pida el favor mañana y pasado, mientras si ella lo necesita, igual a veces pasas por tonto, también te lo digo. Veo que aquí, a veces, hay menos disponibilidad (A100).

(…), y de hecho allí tienes tu abuela, tienes tu padre, tienes casa donde ir…, tus tías, todos me abrirían la puerta de su casa, todos, todos, para recibir a mí, a marido y a mis hijos, todos, mis tíos, mis tías, mis primos… (D203). Allí te abren el primer día. Puede que te den confianza o puede que no, pero te abren. D86. (…) y de hecho allí tienes tu abuela, tienes tu padre, tienes casa donde ir…, tus tías, todos me abrirían la puerta de su casa, todos, todos, para recibir a mí, a marido y a mis hijos, todos, mis tíos, mis tías, mis primos… (D201).

Sí, sí, sí, eso sí, ¡claro! ¿Nunca has ido a una discoteca latina? Pues te reirías un montón, cuando alguien quiere bailar contigo y en vez de preguntártelo a ti se lo preguntan al otro (se ríe). Pero mira, parece anticuado, pero es una forma de respeto. Pero…., depende, a mí ahora me choca, pero…, de repente, en ese aspecto, los hombres son muy caballeros, dejarte la silla…. Que yo pienso que esas cosas del machismo les hacen mucho daño…, yo las veo como una tradición, no sé… (A125).

Es que los mayores en Colombia son muy muy cariñosos. F59. (…). Somos muy cariñosos con ellos y ellos con nosotros, En cambio aquí son como más retraídos, como un poco….gruñones. F60. (…) Sí porque en Colombia hay vínculos, hay muchos vínculos con la vecina uno se desahoga. Con la vecina yo: "¡Ah que José me pegó! o que ¡José no vino hoy! o que ¡José no me dio plata para…!". Como mi vecina, me puedo relacionar mucho y hay mucha comunicación. Es en cuanto que la vecina le cuenta todo a uno (F100).

Sí, fría, que no es cariñosa. Nosotros en Uruguay, por ejemplo, damos un beso ¿no?, acá dan dos, pero si nos vemos treinta veces al día, nos damos un beso treinta veces. Y ustedes se saludan una vez y se terminó, por más que te cruces y te veas con ella en el mismo día varias veces, allá en Uruguay todas las veces un beso, un abrazo…, eso se extraña (G85).

(…) allá en Perú quedábamos en las casas, siempre pueden venir, o sin avisar ni nada, pueden, vienen a casa, y aquí es pues quedar en el bar, fuera de casa, y en casa pues pocas personas, las más allegadas, pero en el Perú pues cualquiera… (I200).

Sí, sí, nos dicen véngase, no sufran más, que aquí en cuanto se haga un arroz con huevo les ayudamos. Nos apoyan mucho de allá para acá, nos han apoyado mucho (F95).

Religiosidad (3.1.2): La religiosidad hace referencia en este apartado al tradicionalismo y a las creencias religiosas. Se consideran más cercanas a valores religiosos que los nativos y se ejemplifican circunstancias de volverse más religiosos en el proceso, como agradecimiento o esperanza en que las cosas puedan mejorar. En otros casos la dureza de la experiencia migratoria y de las situaciones traumáticas que conlleva, hacen "tambalear" la fe. El hecho de agradecer a "Dios" es una constante. La adaptación se percibe más difícil sin referentes religiosos y se sorprenden de que las iglesias ya no son un centro de rituales "aquí las iglesias son frías y vacías", asimismo sorprenden de la desaparición o la falta de interés de rituales religiosos tradicionales y esto para estas mujeres es difícil de entender. La pérdida de rituales tradicionales estaría en relación con los valores de una sociedad basada en lo material y poco interesada por lo espiritual.

Sí, porque yo antes era muy religiosa, antes era muy creyente. Ahora… menos, casi nada, no sé cuánto hace que no voy a misa, ¡buf! no sé…, ya no sé, son tan…, son muchos años. (…) Además, siempre que pasaba por una iglesia, cuando pasaba por una iglesia, me echaba la cruz y todo el mundo me miraba. Algún día tengo como esa reacción, como que es ese instinto, porque paso todos los días por una iglesia. Tengo mucho tiempo que no voy a misa (A109).

Sí, es diferente porque por ejemplo a la religión…, aunque haya mucha gente católica, a la iglesia solo va la gente mayor y los niños que hacen la comunión (E110).

Sí, soy creyente, no voy mucho a misa pero sí, soy creyente católica, sí, leo mucho la Biblia, creo en Dios, y cualquier cosa que me interesa en Dios leo, no voy mucho a misa pero sí sé que Dios está, y que está en todas partes y nos protege (I83).

Dios no desampara a los suyos (J88) (…) Tal vez más allá Dios me ayude y todo mejore, y tal vez todo ese tiempo que yo he perdido me vaya recompensar más allá J95. (…).Pues no, pues aquí…., la única confianza que tengo aquí es !Dios! ¡Solo Dios! (J110).

Pero llegué aquí y no, porque la misma iglesia no me inspiraba eso y no, una va y la iglesia se ve vacía, fría, pues no, nunca volví a ir y… (E112).

Priorizar metas personales (3.2.1): Las mujeres analizadas tienden a idealizar el apoyo mutuo, y manifiestan más predisposición a anteponer los intereses colectivos frente a los individuales, para ellas el individualismo se mueve por el egoísmo y la insolidaridad. Para las mujeres analizadas la baja tasa de

natalidad ilustraría la idea, destacada por ellas, de que las mujeres autóctonas anteponen los logros personales a los familiares, por eso tener hijos o se posterga o se descarta. Unido a las diferencias en las funciones reproductivas estaría la baja religiosidad, y la importancia que ha perdido el cuidado de enfermos y ancianos. Se parte de la idea más materialista del contraste cultural que es la prioridad de metas personales como el éxito personal y social, el prestigio profesional y la posición económica. Tienen una idea muy polarizada al respecto, o prestigio social o prioridad familiar, opinando mayoritariamente que los valores familiares están absolutamente al margen de las preferencias de los nativos. Se prioriza vivir el presente y el trabajo tiene sentido para situarse en la escala social y para disfrutar de calidad de vida sin compromisos. Ellas destacan sus obligaciones y compromisos transgeneracionales que las atan a los miembros de la familia de origen hacia su pareja e hijos. Esta valoración que ellas hacen puede estar mediatizada por la distancia y la culpa por la separación.

Sí, a ver, lo que veo yo aquí por lo menos, o escucho mucho de muchas mujeres, es que no quieren tener hijos hasta no tener un piso (B34) (…) Sí, más importante es eso, aunque lleguen con 40 años a tener un hijo. Yo creo que una mujer joven, luchadora, trabajadora, saca adelante su familia tenga o no tenga piso, más duro, más difícil, como lo quieran llamar, pero saca adelante a su familia. Mientras que la mujer con 40 años, aunque tenga piso, no tiene la misma paciencia para aguantar a un niño de 2, 4 o 5 años que son más inquietos. Eso sí que lo veo yo, se le da mucha más prioridad al nivel económico que al nivel de familia, de formar una familia (B35).

Eso sí, tienen la manera de ver la vida diferente ustedes aquí. Un ejemplo, hoy en día yo con mi edad tuviera cuatro o cinco hijos, a ustedes eso no les importa. O sea, no les importa, no les importa demasiado, ¿por qué solamente pueden tener un hijo? No pueden tener más por el dinero, por esto, por el otro…, entonces nosotros eso no miramos, pero hoy en día en este país si tenemos que mirarlo (C99).

No lo sé, no entiendo, porque hay gente que sí y hay gente que no, es que sí que hay gente que va por la familia, y pues: "sí mi familia es todo y sobre ello estoy y punto". Pero, sí, aquí hay mucha gente que va por el tema del trabajo, del dinero, y luego la familia. Pero, claro, no es la mayoría ¡eh!. Pero digo que hay gente de los dos extremos (D117).

Que no aceptan, que han dicho: "pues iros debajo del puente", no nos aceptan, no. Yo creo que no solo a nosotros, lo harían con cualquier miembro de la familia, si pasa con otro miembro de la familia lo van a decir igual, no, no. Yo creo que ellos son: "hoy como solomillo, y no voy a dejar de comer solomillo para comer lomo por compartir contigo" (D124). Yo creo que la mayoría, yo creo que la mayoría piensan así, todos no, pero la mayoría son así, ellos prefieren comer todos los días solomillo…., no comparten (D126).

Ustedes valoran más las cosas materiales. Por qué oigo que antes de ser una mujer casada se tiene que tener su piso, ya tiene que tener su vida organizada; no como nosotros, que no. Nosotros no tenemos nada. Pero tenemos hijos sin tener nada, en cambio ustedes no, ustedes piensan para tener un hijo, que me parece fenomenal (F50).

No, aquí no, y sí, eso me llamó la atención. Yo creo que es porque es diferente, es un sitio donde no son tan cálidos, porque yo creo que por el clima también, yo creo que hace mucho el clima en la forma de ser una persona, y…, pues es eso. Y no es que sean personas ni frías ni distantes, lo que pasa es que tienen otros objetivos en la vida, otra forma de ver la vida. Sí, yo creo que les importa más la economía. I92

¿Qué cosa es importante, quitando lo de extranjeros y todo? la familia, los hijos y el marido, no hay más (D105).

¡Hum!, allí la familia, la familia, la familia y la casa, los hijos, las relaciones sociales, en Perú, y la economía después, pero sobre todo lo primordial allí es la familia, sí (I89). (…) Y aquí pues…, es primero la economía y luego…, ya todo lo demás, la economía, la salud, la familia… (I91).

Universalismo (3.2.2): destacan las reglas y normas comunes para todos y el trato más igualitario independientemente de la posición socioeconómica (en la codificación 3.3.3 se amplía las opiniones sobre diferencias en el trato que quizá se solapen con este apartado). Destacan como ejemplo de funcionamiento local la burocracia, mayoritariamente hacen una valoración positiva, junto con opiniones críticas del tipo "aquí hay de todo", reconocen que la administración y la burocracia son complicadas, y las quejas se

relacionan con la obtención de documentos como permisos de residencia, trabajo y reagrupación. Su condición de migrantes implica una relación reiterada e intensa con algunas instituciones (extranjería, servicios sociales, etc.) y su calidad de vida depende del apoyo y prestaciones de estas instituciones. La burocracia dificulta o favorece, en general son positivas las diferencias que encuentran en el funcionamiento institucional, pero no en todos los casos, manifestando que aquí "sí, mejor, pero no en todo", perciben el caos administrativo y burocrático pero siempre en relación con su propia experiencia.

Además me gusta muchas veces, cosa que no se ve en mi país, que vas a una oficina y tienes que respetar tu fila, tu turno y en el momento en el que alguien se te cuela se protesta por ello, y se hace caso a lo que…, y eso me gusta con ese respeto (B22).

Para mi diría bien. Bien…porque…aquí tienes que ir a alguna parte y tienes que respetar el turno, allá también. Ahora…, ahora, porque antes no era así, pero ahora ha cambiado (C133).

Aquí yo creo que no, aquí no hay viejito ni nadie, tú tienes que esperar ahí, ahí le toque y punto. No, allá eso sí… (C136).

Sí, muy diferente. Jefe trabajadora no más. O eso es lo que yo estoy viendo ahora, jefe y trabajadora. Ninguna más relación para pedirme algo me llama por teléfono (F61).

Que en Colombia no hay que sacar tantos papeles (F67).

Comparado con Uruguay esto es ¡un lujo!, ¡un verdadero lujo! Nosotros tenemos mucha burocracia, mucha. De ir mil veces a por un sellito, a por un papel y salir mal de ahí, agobiado y mal, eso a mí, acá, no me ha pasado nunca (G104).

¡Uf!, aquí es mucho mejor que allá ¡por supuesto! Sí, allá para hacer un papel ¡bueno!, a parte de que…, bueno yo vengo de Lima que las distancias son inmensas, como una capital de una gran urbe pues…, y estar ahí, bueno es horrible, para hacer trámites es lo peor, bueno porque hay mucha burocracia, siempre hay problemas, siempre hay que esperar mucho y…, y hay mucha gente y no… (I78).

Hay de todo un poco, aquí de todo un poco. He topado con gente muy amable, muy formal a la hora de darme información, como he encontrado gente también que vamos…, como que cierran su día e intentan sacarte lo más rápido posible y te vas como…, y luego tienes que volver, y volver y preguntar, y te dan la información ¿Pero antes por qué no me lo habías dicho, si había que hacer esto o tal, sabes? En ese tono o en esa forma. B23

No, eso no, en Inmigración por ejemplo, el Departamento de Inmigración es un ente muy dificultoso, porque hay que hacer muchas colas para sacar papeles, hay que despertar a las seis de la mañana para poder acceder a información, para coger una ficha…. Eh…, luego a uno no le dan siempre una información completa, (...) Y si reclamas a uno le dicen…, o sea, uno es el culpable, no son ellos: "es que usted pues podía venir…", "pues he venido tres veces y no he alcanzado a las 20 fichas que dan al día…". E46

En Colombia no hay que hacer esas colas y aquí para cualquier cosa son cantidad de papeles; vaya para allí, vaya para allá, váyase aquí a hacienda, váyase aquí a la vía laboral, váyase aquí a Etxebide..., bueno, muchos apeles se piden para una cosa.F69

Independencia del grupo (3.2.3): el primer ejemplo que se presenta es significativo en el sentido de que mientras los latinos sigan identificados y comprometidos con sus grupos primarios no prosperarán, la ambición y la orientación hacia las metas personales son lo que permite a los autóctonos prosperar. En otro ejemplo y de manera paradójica se interpreta esa independencia individual positivamente porque significa que cada uno va lo suyo sin inmiscuirse en la vida de los demás.

Sí, yo pienso que cuando dejemos…, o sea, en un grupo destacará, por ejemplo, el latino, el que se individualice, pero mientras de una persona, de un sueldo, tengan que comer veinte, cuándo vas a progresar. Lo único que avanzas es para abajo. Pero no nos importa, o sea, no nos duele, nos enriquece. Entonces, nos sentamos a comer y como están comiendo los de allí (su país) pues comemos a gusto, como que nos harán efectos todas las vitaminas (A107). (…) Porque igual nosotros somos así, pero por el avance…, yo pienso que aquí ya la gente ha avanzado, hasta ese punto

que se ha vuelto individualista. Y nosotros, todavía no hemos dejado de ser grupo, y yo creo que progresaremos, o yo creo… (A301).

Yo creo que priorizan más el trabajo, yo creo que el dinero y el trabajo, el dinero es el que priorizan más. Aquí son muy trabajadores ¡eh!, pero también el dinero. Aquí el dinero, bueno creo que mueve al mundo y todos aprecian más el dinero. (…). Se ha perdido un poco eso por el trabajo, y por el ritmo de vida tan acelerado que se lleva aquí, el trabajo aquí es muy acelerado. Y eso lo veo un poquito…, pues no lo veo muy bien (E114).

En un principio, sí, cerrada, sí, fría. G84. (…) Y no es así, pero en realidad es su forma de ser, nada más, en realidad es cultural, pero cuando empiezas a conocer dices: "pero sí éste es un pan de dios" como decimos nosotros (G 89).

(…) Tienen otra forma de…., no tan: "ah, mira ella no vino hoy o ella si vino hoy". Van a lo suyo y ya está (H137).

Jerarquía (3.3): se hace referencia a la distancia que marca la jerarquía que hace que las personas no sean iguales y posean diferentes niveles de poder, esta distancia condiciona los valores y patrones de comportamiento.

Educación de los hijos (3.3.1): La educación que ofrecen los padres nativos a sus hijos es vista mayoritariamente como negativa, las entrevistadas perciben que "malcriamos y mimamos", describen el modelo permisivo de padres que no saben imponerse ni controlar a sus hijos. No hay disciplina, y la norma es el cumplimiento inmediato de los deseos de los hijos frente a sus contextos donde, según ellas, el orden y la disciplina no tienen discusión. Matizan que los padres están desautorizados hasta por las propias instituciones. Consideran que se asigna poco valor a la educación de los hijos. Los padres no atienden a sus hijos por estar más preocupados de su trabajo o su mundo social, compensan esta carencia con la sobreprotección y, sin esfuerzo, los hijos se convierten en inmaduros y dependientes. Refieren que para las mujeres nativas el cuidado de los hijos no es lo prioritario, "abandonando" el cuidado en manos de cuidadoras, con las que tiene más relación que con sus propias madres. Asimismo, se sorprenden de que los hijos permanezcan viviendo en casa de sus padres durante demasiado tiempo, destacan la dependencia financiera de los padres y consideran que estos hijos son incapaces de sobrevivir por sí mismos. La falta de autoridad les convierte en exigentes, egoístas y dominantes, esto lo consideran una diferencia cultural importante.

(…)Bueno pero, por ejemplo, la libertad que tienen los chavales no me gusta. Me puede gustar hasta cierto punto…, no, no es eso, lo que no me gusta es el extremo, porque aquí pasamos de la protección a dejar a los padres como tontos. Y yo pienso, o sea, que ni el gobierno, ni la sociedad, pueden asumir el papel de un padre, yo lo pienso así. Porque yo, a fin de cuentas, en esta vida me he regido por lo que han sido mis viejos, a eso yo me refiero (A130).

Claro, pero de todas formas es que…, y así mismo, la misma institución te desautoriza. Yo me acuerdo que mi madre chapaba aquella puerta con llave y allí ni dios decía nada. Y tú ahora cierras la puerta a un chaval y si quiere llama a la Ertzaina (…). Y sabe que lo puede hacer, y lo usa, ¿me comprendes? Socialmente, de pronto, esas cosas sí me chocan, porque ahí es donde empieza a fallar el respeto, porque yo considero que aquí los padres están totalmente desautorizados. Porque los chavales tienen todos los derechos del mundo pero ninguna obligación. Porque yo, por ejemplo, mis hijos tienen una norma en mi casa, a mí me importan tres pepinos si la ley dice que a los 16 años son libres para no estudiar. En mi casa esa norma no existe, (…), porque el que no estudia trabaja, y si no estudia ni trabaja, no puede vivir en mi casa (A132).

Sí, supongo que sí, pero ellos no tienen la culpa. Si yo soy un chaval, que encima no me gusta estudiar, y alguien me dice: "bueno hasta los 16 años tienes la obligación ¡eh! luego si no quieres no". (…), tu tendrás la obligación de estudiar mientras comas y duermas en mi casa o…, si no quieres estudiar, pues trabajarás, (…) (A133).

Se ha dejado de lado un poco la familia, porque por experiencias de trabajo he visto que muchos niños se quedan solos, y más comparten con sus cuidadoras que con sus propios padres, o sea, que un niño incluso puede querer más a su cuidadora que a sus propios padres, incluso confiar…, la confianza es mayor (E115).

Acá es ¡horrible!, no sé si es porque es ahora…, yo la verdad que no tengo ni idea pero digo: "¡cómo puedes estar hasta los treinta y pico viviendo con tus padres!, ¡cómo te aguantas esa situación!". Ahora, es cierto, económicamente capaz que es difícil, pero nosotros comíamos pan y estábamos ¡felices de la vida! G66. (…) Sí, sí, a mí me llamó mucho la atención de que la gente acá , estoy hablando tanto de mujeres como de hombres, viven hasta treinta y pico años, cuarenta años, con los padres, y yo me fui de mi pueblo a los 18, a estudiar a la capital, que es Montevideo (G94).

Pero acá me parece una cosa extraña, de verdad, yo si fuera la madre de ese ¡pelotudo! de treinta y poco años le diría: "mira nene, ándate por favor". Estamos hablando de que es una persona mayor, ya grande, que no puede ser que opte por comprarse un coche y no por pagarse un alquiler. Eso me parece como…, como que no encaja, pero también es porque yo estoy acostumbrada a vivir otras cosas !no! (G98).

Sí, aquí es más protección a los niños, muchísima, yo… (H80).

También cómo se tratan los niños aquí, demasiado los miman, demasiado los miman a los niños, en mi país no, (…). En mi país si el niño está haciendo algo malo le castigan, aquí no, solo te riñen la madre y los padres y, yo he observado todo eso, y en mi país no… J67. (…) ¡Claro!, aquí son consentidos, ¡demasiado!, y eso es malo, malo, porque el niño se pasa, y así como la madre lo castiga, así quiere castigar también el niño a la madre, y en mi país así no. J68. (…) Sí tienen, tienen cosas diferentes aquí, (…), así como tienen cosas buenas así tienen malas, así como nosotros en Honduras. Pero hay cosas que a mí me gustan aquí, me agradan, y hay cosas que no, como, por ejemplo, el trato de los niños, como hablan los niños o como los tratan aquí (J74).

Respeto (3.3.2): El tema del respeto a los mayores es otra de las cuestiones de choque de valores culturales que queda evidenciada a largo de todas las entrevistas. La opinión de estas mujeres sobre el trato a los ancianos sorprende por su dureza. Destacan la falta de respeto de hijos adultos a padres. Destacan, asimismo, el aislamiento, el abandono y la pobreza de las relaciones que se mantiene con ellos. Consideran este abandono como la máxima deslealtad familiar, idea, basada en una cultura que ellas consideran extremadamente individualista, que no favorece el esfuerzo por el cuidado de los otros (ni siquiera perteneciendo al grupo primario). El sentimiento de culpa por el abandono de sus propios padres, puede estar condicionando sus respuestas, por la manera en que procuran el cuidado de sus padres a distancia. En su cultura, al menos en el imaginario tradicional, la diferencia de trato es clara cuanto mayor es una persona más alto es su estatus y las generaciones más jóvenes les deben respeto y obediencia. Las mujeres analizadas ven un importante componente de hostilidad hacia las personas mayores y una llamativa brecha generacional que se manifiestan en la comunicación, la compresión y en el trato "frio y desconsiderado". Ellas alegan el respecto incondicional hacia los mayores. Estos desacuerdos culturales implican las diferencias sobre la lectura de lo que es verdaderamente una familia.

A peor, porque no asimilamos ese ¡boom! de libertad es que…, por ejemplo, nosotros en Colombia, a una persona mayor no podemos decir: "Margarita ven aquí", tienes que decir Doña Margarita, entonces no… (A96). Es que yo pienso que el respeto se ha perdido en el camino, es que yo…, yo me siento incapaz de levantarle la voz a una persona mayor, y yo aquí he visto chavales… (A97).

Y para nosotros culturalmente…, o sea, si no queremos ser señalados como lo peor, no podemos abandonar a nuestros padres. Es que los viejos nuestros viven con nosotros, o sea, un viejo en Colombia no vive solo, o sea…, un…, vive con un hijo, los mayores nuestros no viven solos, es que seríamos vistos como, como lo peor. Y es que, yo creo, que aquí no hay ni una persona (latina) que no esté cobrando el sueldo y no esté pensando en mandar dinero, yo creo que está pensando primero en el giro que en pagar el alquiler, antes que comer, ¡eh! (A99).

entiendo que es la forma de ser de aquí, y que yo estoy de fuera, que vivo en otra…, y también de lo que nos han enseñado nuestros padres el respeto por los adultos, ceder la silla las personas mayores, a los enfermos, a las embarazadas…, ese tipo de cultura que tenemos allí (B27).

Allá hay mucho respeto, eso sí, el respeto sobre todo… (C127). Aquí sí, mucho, mucha crítica si ha habido…, porque allá cuando…, si la mujer cuando está embarazada te dan el asiento, van los niños pequeños te dan el asiento,…las personas mayores no pueden caminar le dan un asiento o, así sea que…tenga alguna enfermedad, te dan el asiento, te respetan. Lo que si veo la diferencia es…, no tiene nada que ver pero sí. (…) (C128).

Sí…, allá pues el viejito que está haciendo cola pues lo sacan de ahí y lo ponen en primera fila porque es más mayorcito y así…, allí, sí, sí (C134).

(…) todavía allá, en Bolivia, a un niño le pueden coger en una plaza, y si está iniciando igual a beber a ocultas, lo cogen, lo llevan a comisaría, y sus padres lo tienen que venir a recoger, y es así, e incluso una persona mayor…, porque a una persona mayor no se le puede faltar al respeto, entonces coge la persona les quita las bebidas y le dice: "a su casa", pero aquí como uno haga eso ¡pobres!, porque les contestan mal (a los mayores). E32. (…). No, no tanto, no tanto, lo miraría como un punto malo, no tanto, mucho respeto a los mayores no hay (E34).

El respeto por personas mayores no veo, no. Lo que más me choca son las personas mayores, o sea como ese abandono en que viven las personas mayores, y muchas veces el trato que tienen los hijos con los padres. Yo te hablo de hijos mayores, no te hablo de los jóvenes, sino los mayores. De los adultos con sus padres ya muy mayores. Pues…, no sé, cómo ya eres mayor pues ya no te enteras de las cosas, o lo hago así porque lo digo yo y tú no tienes que opinar, o tú no tienes nada que decir, o cuando ellos están expresando lo que piensan: "es que es un pesado" o: "es que no se entera, este no sabe, preguntarme a mí que ya te digo yo". Porque en mi trabajo lo vivo, entonces como lo vivo, en mi trabajo muchas veces veo en esas personas mucha tristeza, en las personas mayores veo mucha tristeza (B28).

Sí, muchas, bueno en las…, con las personas mayores mucho, porque allá a las personas mayores se les…, tienen un nivel muy especial en la familia, se les respeta, se les quiere muchísimo y se les cuida, y aquí como que les apartan un poco de su vida y les dejan un poco de lado, es muy triste…, eso…. (I76).

Donde yo cuidaba una yaya, que ella trataba a su madre como que estuviera tratando a su hijo, así, y a mí no me gusta eso… J77. (…), igual que a un niño, pero tienes que tratar a tu madre con más respeto (…). Ella la trataba como que fuera su amiga y a mí no me gustaba eso, sin respeto… (J78).

Trato desigual (3.3.3): hacen referencia al manejo de la distancia social en situaciones jerárquicas o de distancia interpersonal Desde esta perspectiva hacen críticas a sus países respecto a las desigualdades entre clases sociales, destacando como existe indiferencia por los contextos familiares menos favorecidos, incidiendo en la importancia de tener dinero o contactos para poder llegar a "conseguir ser algo en la vida", destacan que la corrupción es alta y la falta orden social y legal que permita un trato igualitario, destacan, asimismo, la falta de confianza en sus gobiernos y que en sus países el enchufismo, el padrinazgo y la excesiva burocratización beneficia a unos y perjudica a otros. El trato igualitario lo relación con la cobertura sanitaria, prestaciones por enfermedad, jubilación etc. (se señalan también en el código 5.2.2.). En sus testimonios queda reflejada el peso de la diferencia jerárquica en las relaciones sociales perciben a los nativos con un trato más igualitario. El manejo de la jerarquía social lo relacionan con el trato con la administración (burocracia) y el trato con personas de autoridad. Respecto a la burocracia se mezclan las críticas con los elogios (también comentados en el código 3.2.2.).

Se supone que no, porque en Colombia el estatus te lo da el estudio. Y el estudio te lo da el dinero…. entonces es difícil salir…, a no ser…, como no se vuelva traficante…, etc., etc. (A154).

¡Claro! ¡Claro!, en Colombia no. Ten en cuenta la gente que está en el campo, que está en zona de conflicto, en esas condiciones de qué te sirve querer. Nosotros nunca estudiamos con todos los libros completos, que recuerde yo, (…), nunca. No tiene una persona las mismas oportunidades, nunca, nunca, nunca (A156).

Sí, claro, aquí…, en Colombia hay algo que se llama "la rosca", y el que no está dentro de ella no está en nada. Sí, sí, hay mucha corrupción…, Todo cuesta dinero, hasta las jeringuillas de la Seguridad Social. (…) (A158).

No solo cuando hay maltrato, yo creo que en cualquier circunstancia, es que el estado…. El sistema en Colombia es nulo, ¡nulo!, todo lo que tú quieras conseguir en Colombia lo consigues por politiqueo, si no nada, o pagando, o porque eres amiga de fulanito o de fulanito, o porque el político fulano… (A186).

Sí, porque allá en mi país me lo rechazaban. Con 7 años no lo querían coger en ningún sitio diciendo que él no era un niño normal. Allá los niños discapacitados, no los tratan…., van los discapacitados a la escuela y que él no tenía que ir allí, lo tenían de lado a lado hasta que…, mejor dicho lo retiré de la escuela (C39).

¡Ah, sí!, muchísima diferencia, en Bolivia todavía…, bueno dicen que ahora se ha cambiado bastante, pero todavía se hacen las cosas con dinero, y aquí no, aquí lo bueno…, aunque en muchas cosas se demoren en los papeles, eso no pasa (E48). (…)Bastante, sí, bastante, porque si uno quiere hacer un trámite que dura un mes, lo puede hacer en quince días si aporta algo más de dinero a la persona que le está haciendo el trámite, es todo…., en Bolivia todavía hay eso, y siempre ha sido así, pero aquí no (E49).

De los niños más, que por ejemplo allá, yo desde los ocho añitos ya trabajaba, allá hay niños que con seis, siete años, están andando sin zapatos, ayudan a sus padres, aquí no…pues…. (H178).

(…) pues allá igual, allá hay más…, no sé, hay más formalismo, quiero decir que…, que hay mucho más respeto, hay mucha más distancia, muchísima, en cambio aquí se trata más directamente (I77).

Diferencias de género (3.4): La percepción de las diferencias de género que relatan, no está tanto en relación con su experiencia vital concreta, está en relación con una percepción general de mayor igualdad entre mujeres y hombres. Para ellas la igualdad de género es evidente pero con matices, puede ser un nuevo escenario de oportunidades pero destacan que problemas de machismo y sexismo "hay en todas partes"[78]. Entre sus reflexiones destaca la oportunidad de ganar en autonomía personal, refieren que aquí las mujeres son más libres, están menos subordinadas a los hombres y menos controladas por la sociedad en general. Librarse del control y el sometimiento parejas y padres es posible porque ayuda el gobierno y las leyes "aquí si una mujer aguanta es porque quiere", idea más o menos mitificada de diferencia con sus países. Son reiteradas las cuestiones respecto a la libertad en general, a la igualdad entre hombres y mujeres, y a la autonomía en el sentido, que ellas manifiestan, de "poder hacer lo que quieres" Contrastan hábitos, costumbres y situaciones nuevas con sus países de origen. Una de las ventajas que priorizan es la forma de relacionarse, "poder quedar y salir cuando quieras", pero sobre todo con hombres, "allí todo comentarios y críticas", y la libertad de horarios, de normas, de formas de vestir, etc. Destacan la libertad sexual, se sorprenden de los cambios de pareja, refieren que las relaciones duran poco, y son inestables "relaciones sexuales rápido y eso choca". Consideran que hay menos violencia sexual, y menos relaciones sexuales sin consentimiento. Destacan el hecho que aquí las mujeres se pueden permitir tener un empleo como una alternativa al matrimonio "no tener que depender de un hombre", pero muestran ambivalencia frente a la convicción de que las responsabilidades del cuidado de los hijos son prioritarias. Las diferencias de género quedan implícitamente reflejadas a lo largo de todos relatos, describen como, los roles derivados del género, como el cuidado de su familia va en detrimento de sus proyectos personales, así como el control por parte de los hombres, que las mantienen en los patrones clásicos de amas de casa que no permiten relaciones de reciprocidad.

Es que yo pienso que el hombre latino es menos formal, (…), entonces lo comparas aquí y de pronto…, por otro tipo de principios ¡eh! Pero, yo pienso, que los hombres son…, mira, yo por lo menos tengo un tipo de conclusión para los hombres, para mí son como los pantalones, para mí son como los pantalones, anchos, pitillos, piratas, pero van todos por el mismo corte (A75). La diferencia que yo veo entre el de aquí, es que el latino es menos formal, o es más descarado, porque yo…, yo por lo menos también tengo una conclusión, no porque el hombre latino es más mujeriego y no sé qué. Y yo digo: "pero en Colombia no hay tanto puticlub como hay aquí", entonces es una cosa por la otra. El latino es más descarado, no es que sea más fiel el de aquí que el latino (A78).

O sea, yo los tengo…., es el análisis que yo he hecho de ellos. (…) Porque yo he trabajado en muchísimos bares, ¡y anda que no he dado vinos a gente mayor, a chavales y todo! Y, no sé por qué, pero a me han intentado ligar no sé cuántos hombres en este mundo. (…) Porque he llegado a la conclusión de que unos tendrán un tipo de educación diferente y todo, pero llegado el momento X actúan todos igual (A76). Es que son iguales, los hombres tienen una debilidad que son las mujeres, y depende cómo, cómo les dé el amor, porque es más, los hombres, es mentira, no se comportan igual

[78] En otro contexto de entrevista menos asimétrico puede que las respuestas hubieran sido diferentes. Al ser entrevistas por una mujer y en un contexto de trabajo sus opiniones acerca de las diferencias de género y sus comentarios pueden ser más positivos destacando una imagen de mujeres nativas emancipadas que se corresponde solo en parte con la realidad, en otros apartados la imagen que tienen sobre las mujeres nativas es menos positiva.

con todas las mujeres ¡eh!, ¡eso es mentira!, los hombres no se comportan igual con todas las mujeres.(…). Entonces no, yo…, no es que yo tenga…, es cuestión de personas. No, yo nunca me hago una idea, ni por cultura, ni por color, ni por religión, ni…, no, es por personas, somos cada uno únicos, pero en ciertas formas de actuar para mí los hombres son…, en general, tienen otro tipo de educación, son educados de forma diferente, pero son iguales (insiste) (A80).

(…) pero, sí, físicamente…., tenía miedo…, que yo dormía con un cuchillo debajo de la almohada, porque era…., no se marchaba de mi casa, y…, yo no…, yo no podía ir a ningún sitio sola…, sí, para él todas mis amigas eran putas, y así en ese concepto de hombres y mujeres… (A65).

Aquí hay mucho machismo también…, pero bueno está más escondido (I54).

Ah!…eso sí, allá hay mucho más machismo. Lo de aquí…, hasta ahora no he visto ninguno, pero yo…, yo los chicos aquí no los puedo…, distinguir, porque no lo sé (C300).

La manera de tratar a las mujeres no, porque, convengamos que América Latina es muy machista. (…) hay casos de violencia doméstica todos los días (G74).

En Uruguay pasa, y acá también. (…) y sí, existe el machismo, y no es siempre de los que vienen de fuera, existe acá también, me pareció muy parecido, la verdad, parecido (G101).

(…) No, no lo era. En Colombia no te matan te pegan y te pegan, no es como aquí que las matan, allá van a buscar otra (F111).

Allá, sí, sí, pues no, el tema de…, por ejemplo, de salir las mujeres de fiesta solas, o de cena, no se ve tan bien a no ser que…, a no ser que igual han cambiado las cosas allí, pero…, no, no se ve bien, y no se ve bien y eso en el aspecto ese, y luego pues la inseguridad que hay y que…. (I71).

En mi país es muy, muy complicado, y más si eres una mujer sola o soltera, ya te estigmatizan ¡no! y no, como…, yo creo que me hubieran visto de diferente manera, digo yo, si estoy sola y salgo o lo que sea, pues creo que me hubieran visto como una mujer fatal…, o una cosa de esas, o… (I139).

Se gana en libertad, en Colombia una mujer fuma en la calle y eso está mal visto, igual es…, no es que no puedas fumar, pero luego dicen…, pero oyes siempre el comentario: "ya sabes que las que fuman en la calle son las putas" (A92).

Yo veo mucha diferencia, porque aquí…, la chica de 18, 15, 17 años se pone a tomar con hombres, los botellones, eso en mi país no hay. Rotundamente no hay. Yo en mi época eso no he vivido, la juventud de mi época ha bebido pero solamente los hombres, porque las chicas siempre en su casa (C109).

(…) Las chicas son de la casa. Y aquí digamos son de su casa pero tienen demasiada libertad, que eso nosotros…, libertad no hay (C110).

¡Muy rápidos!, sí (las relaciones con hombres). Sí, sí, o sea, que directamente, o sea…, y le pueden, tal vez, agarrar a uno o lo que sea y empiezan a conocerle, pero creo que le basta dos veces para conocerle ¡y ya!, pero yo creo que hay que… (C143).

(…) yo creo que todavía tengo la mentalidad un poquito cerrada. Porque a la segunda cita…, pues me invitan a tomar algo y yo qué sé, lo que sea, pero a la segunda cita pues igual ya querían irse a la cama, o qué sé yo…., y es algo que todavía me choca…, que no… (E142). (…) Más lento, yo creo que uno tiene que conocerse bien, incluso, conocer a la familia, pero también son relaciones, igual, más estables. Aquí uno puede cambiar de pareja, igual muchas veces, o sea…, también yo creo que es ese el motivo (E145). (…) Sí, sí, porque pueden durar un mes, pueden durar máximo dos meses o tres meses, como tenía una compañera de trabajo que decía: "!Uf!, si ya estamos bastante tiempo con mi novio, si es nuestro aniversario", y yo decía: "¿cuánto tiempo hace?", "cuatro meses", y yo decía: "!cómo!" (E146).

Un poco, sí, a él un poco, le chocó mucho la forma de relacionarse, a mí también, al principio a mí también, pero luego me di cuenta de lo positivo, digamos que hay…, la libertad, la tranquilidad…, es la libre tranquilidad de expresión que uno pueda tener aquí sea niño o…., de su sexualidad…, o de experimentar más cosas, o eso…. Por ejemplo, la verdad, en Bolivia no es normal ver a dos mujeres besándose en una plaza, o sea, es que si no…, lo ojos les comen, o las miradas, o los murmullos…, pero…, pero aquí es normal, y uno se da cuenta, y uno aprende a apreciar esas cosas pues como virtudes (E27).

Sí, allí la mujer tiene que estar en casa cocinando y el marido trabajando, sí (D93).

Ah. Sí, sí, eso sí; que se respeta tanto los hombres nos respetan a nosotras como las mujeres respetan a los hombres o viceversa. (…). Porque no hay un insulto, no hay una pelea como en Colombia, que se pelea por cualquier cosa. Aquí no. La educación con nosotras, los hombres son muy educados (F57). (…) Con las mujeres no, aquí si hay mucha educación con los hombres con las mujeres (F58) (…) Eso es lo que he ganado y lo que he aprendido aquí. He aprendido, porque yo he oído que las mujeres de aquí no se dejan, pues eso lo he metido yo (F107). (…). Eso también lo he incorporado yo. En Colombia nos dejábamos mucho, aquí ya no. Aquí digo: "Esto se hace hoy y hay que hacer esta vuelta y hay que ir a tal parte y hay que barrer la casa, hay que limpiar….", soy la que mando. Soy la que dispongo la casa de todo. De qué se va a hacer para comer también (F110).

(…) porque en mi país casi la gente allí no trabaja. No, allí trabaja el hombre, la mujer no trabaja. Ahora, hoy en día, sí, sale a trabajar la mujer (C102).

Sí. Lo veo yo en el trato del hombre para la mujer, ese respeto…, son muchas cosas que también a mí me han gustado (B33).

No, igual yo creo que sí, yo he escuchado que sí, porque yo he escuchado que las mujeres aquí son mucho más amarradas a los pantalones. Que…no se dejan mandar, que son ellas las que mandan (C123).

(…) sí, se hacen viejas antes allá, sí, sí… (C228)

A cierta edad, o muy jóvenes, lo que hacen es casarse para… ¡para qué sé yo…! para formar nuevas familias, es digamos la independencia entre comillas, pero que no es una independencia (E17).

Claro, claro, pero cuando uno se casa no estudia los problemas añadidos, el hecho de ya tener un hijo…, hacerse cargo de una casa entera…, o de un hogar…, atender al marido…, si una está embarazada pues al niño que va a venir…., dejar de estudiar porque ya sus padres ya no le pueden mantener, sino que uno tiene que mantenerse solo… (E18).

Sí, sí. Pues me parece muy bien, a mí por lo menos, eso de mayor…, o eso de que lo tengas más…., también nosotros en Colombia a los 15 años ya tenemos los hijos (F54).

Si bien es cierto, que nosotros en América Latina, y no digo solamente en Uruguay, las mujeres tienen familia muy jóvenes. Te estoy hablando que ahora están teniendo hijos con entre 14 y 15 años. Pero pasa acá también, en este barrio, continuamente. Eso es diferente, sí, porque la mujer acá…., y no está mal que la mujer piense eso. No sé, hay que tomarse tiempo para todo. Lo que pasa que en América Latina nos dicen: "tenéis 18, sois mayor de edad, tenéis que conseguirte un novio". O sea, no en mi familia, pero en general, sí, en general es así, tienes que estar casada (G90).

No, en mi familia no. Yo me casé a los 22 años bajo protestas. Yo me casé a los 22 ¡y ya era vieja!, (…):"¿cuándo vas a tener un hijo, cuándo vas a tener un hijo?", era agobiante. (…). Porque la familia te presiona, pero bueno, acá las mujeres se piensan un poquito más las cosas. Las mujeres y los hombres también porque…., se piensan un poquito más y eso no lo veo mal, la verdad. Lo que sí me da pena… (G91).

Aquí, sí, uno se siente más…, como que uno vale, por el intermedio como que uno se trabaja, se es más fuerte que en nuestro país, porque en nuestro país pues el hombre no le deja trabajar, y una se siente como más…o sea más…. Se socializa más, se puede salir y todo eso, en cambio en nuestro país es muy diferente, cuando a una le catalogan, le ven así, que es abierta dicen: "!ah! ésta es fácil o lo que sea", entonces, sí, mucha diferencia (H52).

Si, aquí como…, al mismo me dicen…, tener un hijo soltera, como…, más…, en cambio allá es como más discriminado, allí dicen: "mira ésta fracasó", en cambio aquí es como que a una le dan más valor, sobresale uno adelante, sí (H54).

Me chocó el ritmo de vida de las mujeres (H170) (…) Porque, bueno yo le veía a mi jefa, no, cuando yo estaba, que ella le decía a su esposo: "me voy a tomar un café con mis amigos" y él se quedaba con los niños, entonces eso a mí me causó mucha impresión decía: "mira en mi país, es que no existe eso". Entonces eso es lo que yo más…, y eso es lo que yo con mi…, yo con mi pareja quería…., o sea quería, decía: "pues quédate un rato con los niños que voy…" (H171).

Era de Bolivia. Y no lo hallaba eso, o sea, no, él decía: "no, no, tú tienes que estar con los niños", eso es lo que a mí, o sea, me sorprendía muchísimo, y la forma, o sea, también el como uno se trabaja como mujer, y se sobresale, no se necesita dependencia de un hombre (H72).

Y también valoro…, valoro mucho la situación de la mujer aquí, como está aquí, allá en el Perú pues…, siempre estamos detrás de un hombre que…, aunque sea profesional la mujer y económicamente independiente no…, pues la mujer como que no es igual al hombre, no en el Perú, no…. I53 (…) Para poder ser ellas mismas, hacer su trabajo, moverse por donde quieran, desarrollarse… ¿no?, eso lo valoro mucho…, valoro mucho eso aquí. I60. Sí, allá más dependientes, más dependientes, sí, sobre todo económicamente y luego…, eh!..., emocionalmente también (I156).

Patrones culturales (3.5)

Usos culturales (3.5.1): son pocas las cuestiones que se mencionan sobre los usos culturales, apenas destacan dos ejemplos, uno de ellos sobre las manera de vestir, y otra sobre los rasgos físicos y el fenotipo que provocaron situaciones discriminatorias.

No, no. Porque incluso cuando trabajaba de interna la señora esta me llamó la atención un día, me dijo: "esa forma de vestir no me gusta, te tienes que vestir con ropa ancha, yo te prestó mi ropa". Me quiso poner su ropa…, y me puso su ropa, pero en su casa, yo en la calle ni loca, no le quise salir con esa ropa…, yo me puse mi ropa y punto. C93

Yo soy más morena de piel que ellas, pero a ellas se les nota más que son brasileñas que a mí, por la manera de vestir, por la manera de…., por la manera de vestir sobre todo, se nota un montón que son extranjeras. Yo ya me visto más de aquí, ellas van más ajustadas, o igual se ciñen un poco la tripa, van con tacones muy altos, sí que se nota que son extranjeros, la manera de vestir se nota mucho (D147).

No, ¡ah! me gustó mucho…, Bilbao por lo menos, hay estilos muy diferentes que me gusta apreciar. Hay gente que tiene muy buen gusto también para vestir. Vistiendo la verdad es que creo que son muy, muy elegantes, más que en otros sitios que he visto (E100).

La comida ¡me encanta! (G73). Les invito a tomar algo, porque me acostumbre a algo, me acostumbre a eso del poteo. Impresionante aquí cómo se toma, y a comer, o le hago un regalo o simplemente viéndolos ya está, nada más (G146).

Estilo comunicativo (3.5.2): Las mayores diferencias están relacionadas con el estilo comunicativo, que impacta fuertemente, como se destaca en los ejemplos seleccionados. Adaptarse al acento y las expresiones locales es uno de los condicionantes del estrés de aculturación. Las expresiones nativas pueden estar interpretadas a través del estilo ya señalado característico de la "amabilidad latina", así en sus relatos es una constante la referencia a la brusquedad y a la falta de respeto en las expresiones de los nativos, que por ejemplo insultan a Dios, a la comida (que consideran "una bendición") u otros aspectos que ellas consideran "sagrados". Se sorprenden de las normas específicas de comunicación que utilizan los nativos en determinadas situaciones**,** la diversidad en las expresiones culturales complica y dificulta "hacerse entender". Las alusiones a las bromas, el humor, las expresiones de enfado, agresividad, malhumor pueden ser malinterpretadas, destacan las dificultades de traducir el "doble sentido" de algunas expresiones, muestran sorpresa y temor ante la brusquedad, la "grosería", la falta de amabilidad y el tono alto, fuerte y frío. Asimismo, destacan las diferencias en relación con la jerarquía social, donde las culturas jerárquicas diferencian el habla y los estilos de comunicación en función de la edad, el sexo o el estatus de la persona a la que se dirige.

Cuando recién vine, que era muy creyente, me chocaba mucho el ¡cago en...!, ¡oh! decía: "dios mío va a ir al infierno", y me ponía mala. Y si tenía un poco de confianza con la gente decía: "te pido que no, porque es que no puedo…", entonces…, se reían muchísimo (A110).

¿Chocarme? que la gente habla muy fuerte. Nosotros hablamos en un tono mucho más…, no sé, cuando subimos el tono de voz es porque estamos muy enfadados, pues porque realmente explotamos; pero aquí es que la gente te chilla y muchas veces dices: "pero porque me está chillando si no hace falta", pero por lo demás nada (B21).

Bueno, en mi país, allí la gente trata con mucho cariño somos muy melosos de por sí, o sea, es sólo entrar por una tienda y te digan: "hola, ¿Cómo estás? buenos días, ¿En qué te puedo ayudar?, si necesitas algo me avisas", sabes… en cambio aquí entras a la tienda y te están persiguiendo, o sea ese tipo, pero no te dicen: "Hola buenos días", ese tipo no, este trato de aquí. En cambio allí, sí tu entras a una oficina: "Hola buenos días", te contestan. Aquí muchas veces ni

te contestan, las cosas te las dan en la mano, muchas veces aquí te las tiran, allí por lo menos te dicen: "Por favor", aquí muchas veces: "Tráeme tal cosa". Un poco es también…, (B25).

Bastante, porque nosotros…, por ejemplo por la influencia de España, el catolicismo, nosotros somos muy católicos, entonces, por ejemplo, no podemos…, no podemos usar la palabra Dios sin un buen pensamiento, pero aquí lo usan a cada segundo: "me cago en..., en la mar, en todo lo que se pueda", y al principio yo miraba y decía…, de quedarme totalmente callada y anonadada y decía: "por qué". Pero luego me di cuenta que es simplemente una manera…, una forma de hablar, una forma de expresión, que igual tampoco la analizan tal vez… (E38).

Si, más que todo, hay veces que yo lo sentía hasta ofensivo, porque yo era muy católica y decían: "!me cago en…, me cago en la leche!", y yo decía: "no, pero si el pan y la leche es una bendición". Entonces a mí…, yo lo sentía todo un poco como ofensa, pero luego lo entendí, es un modismo, es una forma de hablar (E105).

Sí, sí, el sentido del humor sí, también, porque a veces son como un poco….., eh…., no sé cómo exprésalo ahora mismo, son un poco drásticos, eh…., bruscos. Son un poco…, aparte de ser un poco bruscos, a veces son como…, como…, es como si dijeran las cosas al revés y…, pero es una broma, cuesta entender, cuesta entender…. (E41).

Exacto, con un doble sentido, yo miro y digo: "pues me costó entenderlo pero lo entendí" y bueno, me…, me hice a eso poco a poco, día tras día, y cada vez que miró hacia atrás y recuerdo mis primeros pasos, pues me doy cuenta y digo: "cuando llegué no usaba estas terminaciones, no decía ¡vale!, no decía muchas palabras como: "!ay dios!, o…", y ahora me parece normal. Yo creo que es igual, es igual el vocabulario de todos, que al final uno se habitúa a eso y se hace a eso, pero claro, todo lleva su tiempo, no puede ser…, y también entiendo el choque de cualquier inmigrante, que le cueste…, que le cueste eso de…., de poder…, de poder inmiscuirse en lo que es la sociedad o sea, porque cuesta, a mí me ha costado años. (E42).

(…) Sí, sí, porque hablan muy alto y uno se asusta a veces, porque dicen muchas palabrotas, el doble sentido, las expresiones… (E102).

Pero lo que sí me chocó es la manera de hablar de acá, grosera me parece… (G76). Grosero, las malas palabras, pero que ahora estoy acostumbrada y, es más, ahora… Al principio me chocó muchísimo las malas palabras, o sea, no sé si lo puedo decir acá: "hostias", o si haces una pregunta, o estás en un grupo de gente, te contestan de una manera agresiva que no sé si me está hablando bien, me está hablando mal, o es su forma de hablar. G78. (…) Me descolocaba, y en realidad no era eso, era su manera de hablar, y sin más, y después me pedían disculpas: "mira si te agredí o te dije…" (G79).

No, castellano y todo eso, que me costó muchísimo, me sentía que digo: "joder, estoy metiendo la pata en cada cosa que digo". Ahora no me choca. Pero bueno, luego te acostumbras porque empiezas a hablar con la gente. Acá parece súper cerrada, pero luego empiezas a hablar y no es así (G82)

Pues, a ver, cómo te explico…, poco cariñosos, muy fríos, muy…, la verdad que sí (D84).

Sí, ¡Uf!, el hablar, bueno muchas cosas, porque a veces me decía por ejemplo: "pásame ese cacharro" o así, y yo "qué", y así fui aprendiendo, sí (H76).

No, y les gustaba porque no sé, somos como más cariñosas, entonces… (H107) (…) Sí, por ejemplo, más cariñosas, y a mí, las abuelas me decían: "que no, que venga ella, que me vista que es más cariñosa", claro, sí, las chicas eran cariñosas pero en el aspecto de "vístete" (tono brusco), en cambio yo "vístete" (tono suave), entonces, no, no, nunca me he sentido marginada, hasta ahora gracias no (H108).

¡Ah, bueno!, ¡me costó muchísimo!, sí, era complicado, al principio no entendía muy bien, no entendía muy bien la forma de hablar, me parecía muy rápido, que hablaban muy rápido, y muchas palabras pues que no terminaba de cogerlas, y que son diferentes, o sea que significan diferente en mi país que aquí, pero bueno, sobre un año o así, o un par de años… (I74).

(…) ahí tienes una forma hablar más pausada, más callada, más dulce, más baja, el tono de hablar más bajito, y aquí pues el hablar muy fuerte y decir muchas veces improperios los hombres, sin pensarlo dos veces, pues molesta un poco sí, me parece una falta de educación, o falta de sensibilidad, o cosas de esas, pero bueno, pero ya veo que es una forma natural de expresarse sin más (I75).

Uso del tiempo (3.5.3): Se hace referencia en este apartado a la cultura del tiempo, a las diferencias que encuentran en la planificación del tiempo, el ritmo, la prisa, la puntualidad, etc., códigos en muchos casos desconcertantes para ellas. Destacan como en un principio les costó adaptarse pero posteriormente lo ven como "algo bueno", en el sentido de "seriedad y organización", considerando la puntualidad, por ejemplo, una cuestión importante para que "las cosas funcionen". Pero también hacen referencia a las dificultades para acostumbrarse al "ritmo de vida" local. Con la noción del tiempo y cómo administrarlo se está considerando las cosas que son importantes. La cultura del tiempo tiene una lógica en nuestro contexto de eficacia y es una adaptación considerada como imprescindible. Cabe destacar, asimismo, que las nuevas tecnologías imponen nuevas normas en el uso del tiempo y han supuesto cambios no solo en nuestro contexto, las concepciones respecto al tiempo se están globalizando al menos en contextos urbanos.

Sí, nosotros por naturalidad somos muy cumplidos, y aquí es muy…, es algo que es mala educación, pero nosotros vamos como más tranquilos. Aquí el ritmo de vida es más acelerado: "porque me tengo que ir aquí, porque tengo que hacer esto, porque tengo que ir allí a la hora tal y no me da tiempo". Muchas veces la gente no llega a mí a comer, comen un bocadillo o se come algo en el camino para poder llegar a todos los sitios. Allí no, allí si llegas, llegas, y si tienes que pedir disculpas: "oye discúlpame" o te llaman y te dicen: "oye no puedo llegar a esa hora". También depende de la cultura, de la educación que tengan las personas (B30).

Aquí hay más estrés, la gente va más estresada, somos muy secos aquí !eh! (D82).

Eh, yo creo que eso es bueno, la puntualidad es lo mejor creo, porque uno aprende, y dice pues tengo…., aprende a manejar una agenda, porque la verdad allí o aquí todavía seguimos usando nosotros los bolivianos: "hora Boliviana u hora de aquí", porque los bolivianos siempre llegan una hora tarde, siempre (E106).

Sí, yo creo que acostumbrase al ritmo de vida cuesta, (…), llama la atención, (…) (E108). (…) Se ha perdido un poco eso por el trabajo, y por el ritmo de vida tan acelerado que se lleva aquí, el trabajo aquí es muy acelerado. Y eso lo veo un poquito…, pues no lo veo muy bien (E116).

No. Me parecen muy cumplidos. Si, muy bueno eso, que si le dicen a una las cinco, están antes de las cinco; y eso sí lo he tomado yo, eso sí lo llevo yo (F47) (…) Sí, a mi manera de ser. Porque si yo digo entro a las ocho, entró faltando quince para las ocho. Y todo lo que hago, antes de la hora que me digan eso lo hago. La puntualidad, sí, eso me ha gustado muchísimo de aquí (F48).

SÍ, también, sí, sí. Sí, me sorprende, hay que estar puntual porque claro, en cambio, claro en mi país, bueno si llegas tarde no pasa nada, en cambio aquí…, al principio claro, a la una, una, a las doce, doce, o así. H89 (…) Sí, me costó muchísimo, sí, a correr, me acuerdo, al principio yo decía: "mami espere", ahora me he acostumbrado al ritmo rápido que todos… (H90).

Sí, sí, es diferente como…, por ejemplo, aquí cuando hay una entrevista tú tienes que estar a la hora, a la hora, y en mi país no, en mi país cuando te dicen a las dos tú llegas a las cuatro, así, eso me gusta porque aquí, son puntuales (J7).

Clima, tierra, paisaje (3.6): Destacan en los relatos el impacto del clima. El rol del medio ambiente en el estado de ánimo, así son constantes las referencias al clima o al paisaje. La añoranza es muy destacada en este sentido. Sorprenden las referencias reiteradas a la nieve "había mucha nieve" o "nevaba cuando llegue" algo que no es un común pero ellas lo relatan como tal, en su imaginario está el "frio del norte" y la imagen de la nieve, que también se puede relacionar con el frío en el sentido emocional, el ambiente frío, triste, oscuro, lluvioso poco acogedor del inicio, referencias que pueden derivar de percepciones subjetivas relativas impacto de la llegada a un país desconocido, comentarios que connotan con sentimientos depresivos (tristeza, soledad, nostalgia y miedo a lo desconocido). Son sentimientos que van desapareciendo con el paso del tiempo y que tienen que ver con el periodo de adaptación propio del estrés de aculturación. Se puede interpretar tanto como reflejo del choque por el cambio real en relación a marcadas diferencias o por el sentimiento de añoranza y melancolía por lo perdido "no poder ver las estrellas".

A mi mucho, a mi mucho porque yo…, pero bueno lo habría superado por temporadas. Y luego tuve que vivir en una casa muy fría, que lo pase ¡tan mal! que me volví de nuevo friolera, pero sí, me chocó muchísimo. Del clima recuerdo…, (…). El primer invierno yo estaba trabajando (…) recuerdo que aquella navidad, que quería salir a llamar a casa, me quedé encerrada en la cabina porque nevó tanto, nevó…. Lo mío fue un choque, porque ese invierno, el invierno era impresionante, no lo… (…). Sí, me chocó mucho el frio, pero me chocaba, pero lo veía….bueno.... (A5).

Cuando yo llegué, llegué a un sitio donde hacía muchísimo frío aquí en Bilbao, hacia muchísimo frio, pero no era…., no era…, porque era un día normal de aquí, pero era por las condiciones en las que estaba el piso donde yo vivía. Frío podía hacer pero no estaba en una vivienda acondicionada para poder estar. ¡Claro!, vienes de un país cálido y te vienes aquí, a un frío, normalmente es el clima de aquí, pues asimilas ese clima, pero además de asimilar el clima llegas a un sitio donde hacía mucho más frío de lo que tienes fuera, yo duré dos días durmiendo, yo no me levantaba, estaba muerta de frío estuve dos días durmiendo (B37).

¡Ah, eso sí! Mucho, mucho, mucho…porque. Yo cuando salí de mi país para acá no sabía lo que era el metro y…le tenía tanto miedo al metro. Me encantaba el avión, toda la vida cuando era niña soñaba subirme a un avión. No le tuve pánico al avión, ni miedo ni nada. Pero el metro…, cuando mi hermana me fue a ver, y veo esas escaleras eléctricas me pegó unos sustos, un susto porque…, yo decía que eso me comía el pie… (C145).

Y cuando hemos llegado, aquí hacia mucho frio, nevaba, estaba nevando y hacía mucho frio, era cerca de las navidades, noviembre o diciembre, por ahí, como ahora. Claro, allí era verano y aquí era invierno (D21). Aquí he visto muy oscuro, cuando llegué, ahora ya me he acostumbrado. Pensando, pensando, era todo muy oscuro, de día era como oscuro. Allí tienes mucha claridad, (…), y aquí el día era oscuro, y digo: ¡uf! qué oscuro es todo, era como todo blanco y negro, todo muy oscuro (D127).

No, no me disgustó pero…., es que hay mucho cambio de clima en Bilbao, yo no…., ese punto me sorprendió. Cuando llegué hubo como mucha nieve, que desde ahí en 2005 no se repitió, y ¡huy que frio (…) (E119).

El olor sí, el olor sí, ahora ya no lo noto, no lo siento, pero recordando…, pero recordando cuando llegué había un olor más contaminado, sentía a veces por la mañana cuando salía…, sentía un olor como que salía de las cloacas, y decía: "pero qué será, la ría" y miraba muchas veces y pensaba: "!pero puede haber tanta contaminación!", eso y el hecho de no ver las estrellas, porque se ven pocas, y muy rara vez, las estrellas aquí (E120).

Se pueden ver, por lo menos, tres veces a la semana. Si no hay nubes se ve un cielo totalmente estrellado y limpio, son como luces las estrellas y no entiendo la diferencia, pero si hay, y la luna siempre esta redonda y alumbra ¡y es preciosa! La altura también, puede ser, pero es que hay imágenes preciosas que no puedo olvidar de allí, ¡imágenes preciosas! pero se reemplazan por otras de aquí (E121).

Sí, ¡horrible!, ¡horrible! Yo la primera vez, en el 2002, cuando vine, que fue en noviembre que llovía y llovía…, dicen que antes era peor ¡me muero! (G107). Llovía y llovía. No, pero a mí me amarga eso, me pone mal, no aguantaba y después el invierno totalmente diferente, o sea, nosotros tenemos cuatro estaciones, igual que acá, pero acá ¡es mentira!, (…), llueve mucho, es cierto tenemos ¡un verde divino! (aquí), eso sí, por algo está así. (…), a aparte es precioso ahí, el invierno es invierno, sí, pero no es tan crudo como acá, eso me costó… (G108)

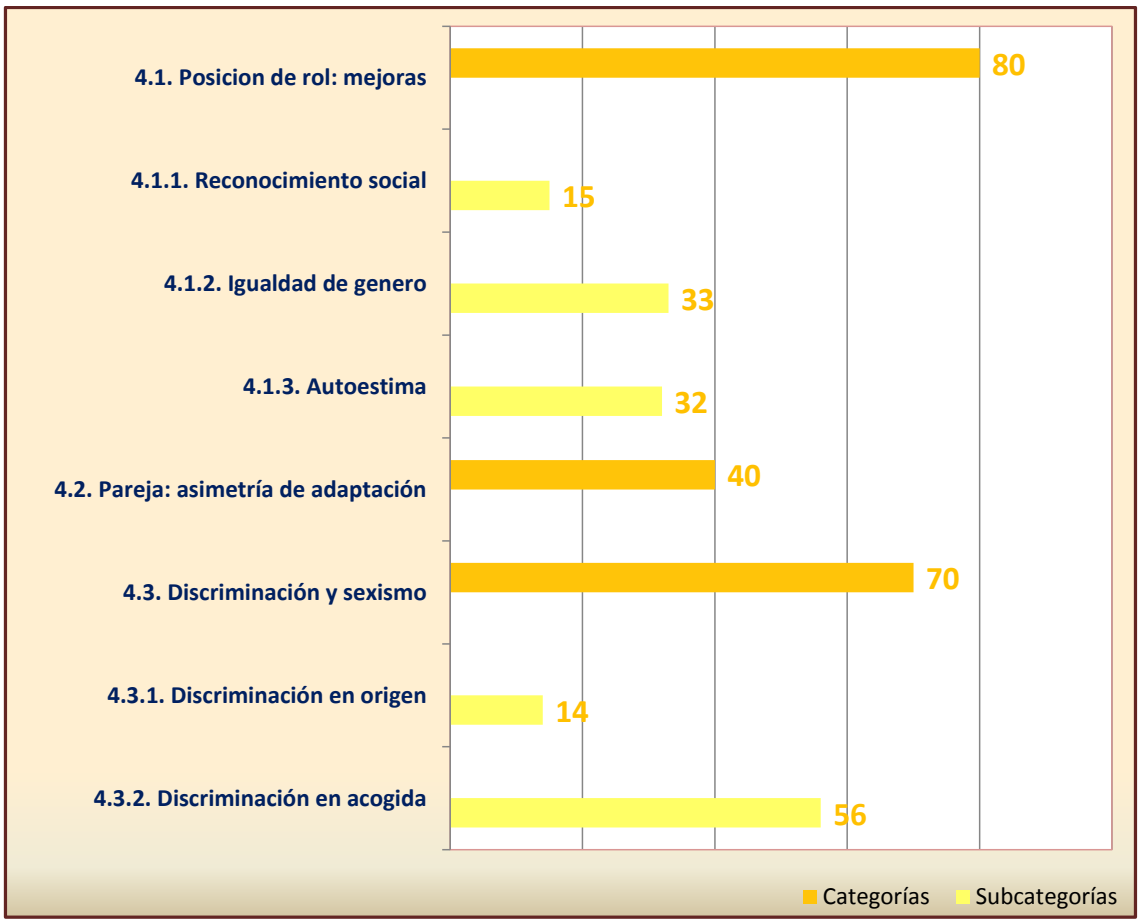
¡Me encantó!, sí, sí, me encanto este paisaje, sí, me encanto la ciudad. Nosotros tenemos todo llano, para ver montañas o cerros tenéis que ir…, (…). Y sí me encanto esto (G110).

Bueno, me chocó…, me chocó mucho el tiempo, que vine en invierno, noviembre o diciembre, y vine del verano de Perú. Que llovía muchísimo, era muy gris, mucho, yo decía: "pero cuándo saldrá el sol, cuándo dejará de llover", eso sí, sí, eso sí me ponía triste, un poco melancólica, me hacía recordar más del Perú, del sol tan radiante que hay en mi pueblo, y de…, el sol te da vida, sí, así es (I62).

3.5.4. Cambios de Rol

Los cambios de rol suscitan una serie de cambios de estatus, cambios en los roles de pareja y situaciones de discriminación en las relaciones intergrupales.

Figura 6. Cambios de rol: Categorías y sub-categorías



Hay cambios importantes positivos (42%), en los que las mujeres han ganado en posición social con la migración y la obtención de trabajo propio, que han significado en su experiencia vital mejorar en la igualdad de género, en la independencia y en las oportunidades. Estos cambios también han tenido consecuencias en las relaciones de pareja (21%), donde la situación de asimetría, en muchos casos originada por el acceso al trabajo de la mujer, pero no del hombre, que tiene más dificultades de inserción laboral, conduce a tensiones en las relaciones de pareja. Al mismo tiempo, otras consecuencias negativas están relacionadas con las experiencias de discriminación y sexismo (36.8%).

Posición de rol mejoras (4.1)

Reconocimiento social (4.1.1): relacionan las ganancias que la migración les ha generado con el derecho de ser compensadas y reconocidas por el esfuerzo realizado. La experiencia les ha supuesto nuevos roles y un cambio en la posición que ocupan frente a sus familias. Perciben la admiración y el respeto por haber podido desarrollar habilidades personales y laborales para poder ser independientes y contribuir al bienestar de sus familias y, que a pesar de las situaciones de falta de soporte emocional por las separaciones y, la precariedad económica por el trabajo que realizan, han logrado prestigio personal y social en sus grupos de origen. Es el estatus lo más valorado por ellas o por su grupo doméstico, estatus devaluado en su cultura de origen antes de migrar. Rescatan así los aspectos positivos que representa esta experiencia, destacando explícitamente el reconocimiento de los padres, por ser “emprendedoras” y capaces de sacar a la familia adelante, reconocimiento que se escenifica en los viajes de visita y en los comentarios de admiración que escuchan de sus familias por primera vez. Ser aceptadas por los suyos es básico, y el sacrificio de la experiencia se justifica por este reconocimiento familiar.

Muchísimo, me ha cambiado la vida totalmente, sí, tanto económica como emocionalmente, y todo, muchísimo, emocional y económicamente, también por mi hijo. Yo A mi madre le agradezco mucho, me abrió una puerta, un camino donde mi hijo…, mis hijos salieron adelante y sigo luchando por eso (H165).

Y a nivel de mi familia, pues que aunque sé que los quiero mucho, que me hacen mucha falta, que anhelo pues estar en momentos con ellos también le aporto a ellos; pues igual frases que nunca se me dijeron cuando yo estaba allí y que me las dicen ahora que estoy aquí (B12). No, siento que me acogen con más amor. Anteriormente como estaba allí pues nunca había la palabra: "te quiero mucho", o: "mami te amo" como me suele decir mi padre muchas veces, o sea le cuelgo el teléfono: "mami la amo mucho, te extraño", cosas así, cosas que cuando yo vivía con ellos nunca me dijeron (B13).

Sí, y cuando voy allí es la tensión de que va a llegar mi hija, de prepararlo todo, de tenerme un buen recibimiento…, o sea es totalmente distinto (B14).

Yo creo que sí, me han valorado porque creo que no me valoraban mucho. En el sentido de que quizás no hubiese luchado, porque yo si he luchado mucho, muchísimo, por mi familia y por mi hogar, he luchado mucho, y sigo luchando (C46).

Igualdad de género (4.1.2): reiteran los ejemplos sobre la igualdad de género a lo largo de todas las entrevistas y de todos los temas tratados. Se sienten mujeres trabajadoras e independientes, relacionan su emancipación con su actividad laboral. Encuentran las desigualdades de género más débiles que en sus países. Se sorprenden de que las mujeres autóctonas vivan en situaciones que las dañan y no huyan de sus parejas; ellas carecen de refugios y recursos contra la violencia machista. La sensación de libertad con la que pueden desenvolverse es una constante, aun en los casos donde no se han cumplido las expectativas, valoran esta sensación. Aunque su deseo sea volver encuentran más oportunidades en general para el desarrollo personal, no solo desde una perspectiva económica sino desde el enriquecimiento psicológico y cultural. Salir adelante, luchar y no depender económicamente de un hombre es básicamente la diferencia que encuentran, junto con la creencia de que el igualitarismo entre hombres y mujeres es un principio. La comparación social con la situación en los países de origen les lleva a no entender cómo las mujeres autóctonas pueden sentirse desprotegidas.

(…) también el cómo uno se trabaja como mujer, y se sobresale, no se necesita dependencia de un hombre (H73). Sí, porque yo he sufrido, practicante he sufrido sola, he luchado sola adelante, entonces ya no me siento de esa persona que dice: "!ay! si me dejan", yo me sentía antes así: "si él me deja me muero, no puedo vivir sin él…" (H151).

¡Uf, y más oportunidades!, el hecho de haber podido estudiar, el hecho de haber podido trabajar… (E132).

Para mí a nivel de persona mucho, mucho, (…)…, poder tomar mis propias decisiones, como ser independiente, o sea, saber que sólo dependo de mí, de lo que yo haga.B10. (…) En mi vida personal he incorporado lo de las mujeres. Es esa fuerza, ese empuje que tienen las mujeres de salir adelante, de luchar, ser independientes, no depender económicamente del marido, sino de ellas…, es lo que ha marcado mi vida, es lo que más me ha gustado. Que un hombre te venga a mandar, que te diga lo que tienes que hacer, no, tú eres la que decides lo que quieres hacer, y si lo quieres hacer, o no, es cosa tuya, compartes con tu pareja pero al final decides tú también (B32). Aquí no, aquí yo trabajo, manejo yo mi economía, en que me lo quiero gastar en que no me lo quiero gastar…, en ese sentido aquí yo creo que ha sido mejor, para mí ha sido lo mejor (B40).

Sí, sí ha mejorado, creo que me ha aportado muchísimo, muchísimo. Siento que porqué he dejado a mi familia allí, pero creo que esto era lo que yo quería vivir, independencia, poder tomar mis decisiones, enfrentarme a los problemas y solucionarlos yo, el no ver que si haces algo te están señalando como suele pasar en mi país. No, yo si quiero ir a ver el cine me voy al cine, sí me quiero tomar una copa no tengo ningún problema de entrar en un sitio y tomármela; o sea ese tipo de cosas que no se pueden hacer allí por la cultura que hay. La mujer es de la casa y de los hijos y poco más (B43).

Yo aquí sí, muy apoyada. Hay apoyo, por lo menos para la mujer, aquí hay muchísimo apoyo. Cuando me separé, eh….me apoyaron mucho, me explicaron los derechos y las obligaciones que tengo, y mi hija se quedó conmigo, o sea, me ayudaron mucho (E89).

¿Libertad aquí?, yo soy la que mando, yo soy la que mando aquí, y hablo y dispongo lo que hay que hacer (F105). Como una libertad que no se tenía en Colombia. Aquí tengo más libertad (F11). Sí, yo puedo entrar en casa a la hora que quiera y salir sin pedir permiso, antes había que pedir permiso (F116). Sí. Yo le decía a mi esposo: "¿Me dejas ir?, pues no". En cambio ahora: "¡Hasta luego!, cierro la puerta y adiós" (F116).

Sí, sí, sí, bastante, sí. Yo nunca…, es que sentirte desprotegido aquí ¡es de tontos! Aquí una mujer…., la que sea, latina, árabe, de aquí mismo, sí está bajo un techo aguantando los insultos o los golpes de un hombre es porque quiere, ¡eh!, porque el sistema se lo pone fácil para empezar otra vida, yo lo veo así, una mujer en Colombia con cuatro hijos que no tiene nada, que no tiene donde irse… (A184).

Autoestima (4.1.3): un sentimiento casi generalizado de autoconfianza deriva del hecho de haber podido "plantar cara a las dificultades". Se consideraban débiles antes de la experiencia. Se consideran más sensibles con el dolor de los demás y sienten que han crecido como personas y de la experiencia. Todas las mujeres entrevistadas señalan que han ganado en confianza en sí mismas, en el sentido de sentirse más fuertes (al menos en determinados momentos del proceso), destacan el poder valerse solas, actuar con eficacia, sentirse a gusto consigo mismas. Valoran el hecho de haber sido capaces de adaptarse y organizarse en un entorno desconocido, poder seguir el ritmo de vida y costumbres, el grado de individuación que han logrado respecto del núcleo familiar, el poder hacer vida social y cultural y estar satisfechas con los roles que desempeñan. En los relatos seleccionados señalan de nuevo el hecho de no depender de ningún hombre, alegando que precisamente en eso está su estima y en haber salido reforzadas por la experiencia. Se confirman como mujeres activas y capaces de reconstruir su vida considerando la experiencia un aprendizaje (ideas también destacadas en la macro-categoría 4.3.).

He mejorado…, bueno, sí, he mejorado, por lo menos en independencia, sí. De pronto, las posibilidades de trabajar y ganar el dinero para sostenerme libremente, o decir puedo vivir sola, en mí casa, yo sola. Esa oportunidad la puedo tener aquí. Allí la podía tener, o con marido o con mi madre, porque…, entonces no…., no me apetecía ninguna de las dos. A135Me veo fuerte, eh…., con mis debilidades…, he aprendido muchísimas cosas, he aprendido a ser grande…, he aprendido a ser grande, he aprendido a ser grande (repite) (A140).

Sí, aquí he aprendido mucho, a ver la vida de otra manera, a vivir las cosas de otra forma (B89).

Creo que…, emocionalmente estoy mejor, pero yo creo que es más porque me estoy queriendo más…, siento que me estoy queriendo más, es el problema que tengo ya…, es que estoy aprendiendo a quererme, si hablan pues que hablen ¡genial!, lo dejo ahí y ya (C55).

(…), yo he ganado mucha independencia, he ganado independencia. En cuanto a…., trabajo yo, he estudiado yo, me lo he pagado todo yo. Si quiero comprarme algo veo si me queda dinero, pero me lo compro yo, y lo que yo quiera, y lo que mi hija quiera ¡o sea yo! (E131). (…) La verdad, a día de hoy, me siento más dueña de mi vida y…, (…) (E149). Sí, sí, me siento feliz, sí, me siento muy segura, y segura de poder criar a mi hija, y feliz de poder salir adelante. Me siento muy feliz (E154).

Satisfecha en lo que he logrado de ser independiente, de quién soy yo, porque antes no era yo sino... F114. (…) No. Me han hecho más fuerte. Me siento como más grande, aunque tengo mis altibajos, mi depresión…pero como mujer me siento satisfecha de lo que he hecho, de lo que he logrado, que he traído mis hijos con mi esfuerzo. Me siento satisfecha de haber hecho eso, porque fue muchísimo dinero que yo gasté en traerlos (…). Entonces por eso me siento satisfecha, por mi satisfecha (F119).

Yo ahora me siento que soy fuerte, o sea yo, con la pareja que ahora tengo, ya no es como antes. Qué valgo, será también por el esfuerzo de mi trabajo que digo: "yo trabajo y yo no dependo de ningún hombre", entonces será por eso que yo también me he hecho fuerte (H148). Si, ¡uf! me he caído muchas veces pero me he levantado. Y ahora, sí, me siento valiente, o sea, me siento fuerte, valiente (H152). Sí, en lo emocional, el sentirme más fuerte, más valiente (H175).

De esta experiencia se aprende muchísimo. El desarraigo me ha enseñado mucho, me ha enseñado, no sé…, a ser más humilde, no sé, me ha enseñado a pensar en los demás (I141).

Pareja: asimetría de adaptación (4.2): En nuestro contexto la situación de las mujeres es mejor, las condiciones de vida y de acceso al mercado laboral han hecho que opten por permanecer en un contexto más seguro y con mejores expectativas, y así lo reflejan. En las parejas el distanciamiento de su cultura de origen va estar en relación de las ganancias o las pérdidas que aporte la vinculación a la nueva cultura. El alejamiento de sus familias de origen, falta de redes de apoyo, la inestabilidad económica juegan en su contra. Las mujeres que vinieron en pareja y se han separado después son una constante. Relatan las dificultades de los hombres para adaptarse, opinan que las mujeres se adaptan más rápido, y que los hombres, más inmaduros, regresan a sus países, o expresan su deseo de hacerlo con quejas permanentes que giran entre la añoranza y el "no ha merecido la pena". Ellas se quedan, esta elección significa para muchas la separación definitiva de sus hijos y de sus familias. Las relaciones de poder dentro de la pareja pueden cambiar tras la migración, y los ritmos de adaptación, de cada miembro de la pareja, también. En las narraciones se explicita esta asimetría, que tiene consecuencias que van desde el empeoramiento de la relación, a la imagen negativa del otro, las diferencias de opinión, el trato humillante y la minusvaloración, el control de movimientos. Descartan el retorno enfocan su proyecto migratorio más a largo plazo, piensan más en quedarse y en la reagrupación familiar. Las razones responden a los diferentes roles que juegan hombres y mujeres en la familia, ellas están más presionadas e implicadas en el cuidado de sus hijos, así viven el proyecto más como una estrategia familiar que como un proyecto individual, reflejan en sus testimonios que los hombres tienen menos culpa e implicación. Ellas ganan autonomía y ellos (más tradicionales) pierden poder, esto deriva en conflictos y en separaciones. Describen algunas de ellas que están solas porque su pareja las abandonó, o porque escaparon de matrimonios donde recibieron maltrato, o están casadas pero solas, en el sentido de ser las responsables de sacar adelante a sus familias, incluido a sus parejas, incapaces de salir adelante sin ellas.

¡Claro!, es que de hecho la migración es para la mujer, por lo menos en estos países. Aquí, ahora, o cuando ha habido la obra (construcción), el hombre ha tenido una oportunidad, pero ahora mismo, si ves, la que está llevando el pan a la casa es la mujer latina. Porque para cuidar niños tú no se los vas a dejar a un chico. Viene mi marido, por ejemplo, y vengo yo a decirte, y tú me dejas tus niños a mí, no se los vas dejar a él, sí…. Además, en el fondo, la migración más que todo, no nos ha hecho bien a nosotras, a ellos, ¿sabes? La migración no nos ha hecho bien a nosotras las mujeres, porque en el fondo Colombia siempre ha sido un país de matriarcado ¿sabes? La migración no nos ha hecho bien a nosotras, eso les ha hecho bien a ellos, ¡a ellos!, que han aprendido a limpiar culos, a empujar sillas. Sí, sí, es así (A129).

Muy duro, solamente la pasaba llorando y llorando y…, el marido renegando, claro, porque los hombres son hombres y no tiene sentimiento de padre, ni culpa ni nada. C31. (…). No lo sé, yo creo que es más liberal y tiene mucho tiempo más por su forma de trabajo. Yo como trabajo en hostelería pues nada. C78. (…) Pero aquí sí…, se me hizo más agresivo y todas esas cosas. C113. (…) De alzarme la mano, de pegarme…, de hacerme cosas que no tenía que hacerme, y todas esas cosas. Hasta que un día, que bueno, me atreví a denunciarle… y….esa fue la historia. Sí…, ha sido bastante,…bueno…, el hombre siempre, naturalmente, el extranjero siempre es bastante celoso (C117).

Sí, un poco, sí, peleamos mucho sí…., fue un problema, él siempre se ponía un poco de que quería…., de que: "por qué no nos vamos", que: "él aquí y su familia allí", le tocabas eso y él se quería ir (E70).

Claro, yo en parte no entendía eso y decía: "pero estás ahora con tu familia qué más quieres", (…) y al final él…. Aquí lo malo también es que hay muchos bares, y a toda hora y todo, entonces al bar…, empezó a salir mucho, eh…, yo a reclamarle también mucho, otras personas pues que decían: "!ay! tu mujer es muy amiguera…que salía" y él era una persona muy tradicional: "!ah! pero tú estabas sola y aquí… y no puedes estar así porque me tenías que respetar…". Yo le decía: "yo te respeto pero eso no quiere decir que no pueda tener amistades". Y Supongo que él creía que no podía existir una amistad digamos…, él creía que no podía existir una amistad entre un hombre y una mujer y yo decía: "pero puedo tener amigos tanto como amigas" (E71).

(…) estoy separada. (…) justamente porque el choque cultural fue brutal para él, porque…, bueno…., yo estaba sola, y yo me integré fácil, porque al principio trabajaba…, cómo se dice…, interna. Y en mi soledad y tal no tenía…., nadie dependía de mí, estaba sola y el trabajo era todo para mí. Pero cuando ellos llegaron tuve que cambiar de trabajo,

cambio un poco mi forma de vida, ya tenía que volver a acostumbrarme a estar con ellos, a que eran mi responsabilidad. Él empezó a trabajar pero lo que…, lo que no veía bien era ese cambio, o sea, ese cambio que hay aquí, él decía: "ah, pero aquí son muy liberales, qué cómo un niño puede estar así, en la plaza, tan tranquilo…, tan pequeño pero ya tiene novia y tal…", y yo decía: "bueno eso es normal…" (E325).

Por las circunstancias, porque él ve que yo trabajo y él no puede trabajar, entonces pues…él se ha puesto un poco más apartado de mí. Y cuando yo le diga -que no importa, que pues…él está cuidando del bebé…que eso no importa… dice que no (F28).

(…)Venía mal, somos muy diferentes, eh…, no sé, yo soy más liberal, opino otras cosas y eso fue acarreando, acarreando y… nada, yo me fui a Uruguay, me separé (G119).

Ahora sí, antes yo…, yo no, o sea, el padre de mi hija me hizo sentir una persona que yo no valía, me sentía pisoteada, sin conversar con nadie, no salía ni al parque porque él me decía no era capaz de buscarme otra persona en mi vida, porque él me decía que nadie me iba a mirar. Cuando él supo que yo me cuide (anticonceptivos), me decía que solo las putas se cuidan, muy marginada, me flaqueé, era superdelgada, no comía, muy mal, pero ahora….(H139). (…) Claro, no me pegaba, pero psicológicamente me tenía bien pisoteada, o sea de no salir ni a un parque juntos, tenía vergüenza de mí, me decía que él está solo por mi hija (H141). (…) Al principio éramos: "vuelve, separamos, vuelve, separamos", así yo estuve como dos años, porque ya le tuve a mi hija y todo. No fue un embarazo de alegría, como decir: "ella va a tener una hija mía", porque era niña, no, todo fue desgracia tras desgracia, él bebía alcohol y todo eso (H143).

(…) pero luego ya el contrapunto era que nuestra relación ya no funcionaba…, ya los dos queríamos cosas diferentes, ya no había cariño. I97. (…) Eso fue duro en un principio, pero como tenía las cosas claras ya con él, no me…, y ya no podía llegar a ningún acuerdo con él, pues tuve que tomar cartas en el asunto, tuve que denunciarlo… (I103). Sí, por malos tratos, porque hubo, hubo malos tratos, la situación se puso ¡tan, tan mal!, ¡tan tensa! que hubo hasta malos tratos y todo, malos tratos físicos y psicológicos (I104).

La mujer se adapta mucho más, mucho mejor, muchísimo mejor, los hombres todavía mantienen ese rol machista, ese rol protector, no terminan de adaptarse a esta nueva sociedad, no abren la mente, no terminan de crecer, y pasa lo que pasa que no..., sí, y hay choques. Ya del hombre de por sí, por su naturaleza es bastante inmaduro, y le cuesta un poco crecer, adaptarse a un nuevo mundo pues más, es así, no sé, así es mi perspectiva (I113).

Discriminación y sexismo (4.3)

Discriminación en origen (4.3.1) / Discriminación en acogida (4.3.2): se rescatan los comentarios relativos a los modelos femeninos de sus culturas de origen, donde se han sentido marginadas social y económicamente, donde domina el control masculino y la cultura patriarcal. Por primera vez son protagonistas, inmigrar como mujer sola puede ser desaprobado por la familia, mujeres fáciles, que se arriesgan a ser juzgadas negativamente por el discurso social, que critica y degrada la reputación de las mujeres independientes. Las mujeres entrevistadas, por ejemplo, refieren como en sus países si las mujeres trasgreden son calificadas en términos muy duros, por eso es difícil que las mujeres aspiren a ser independientes, en el espacio público existen reglas implícitas que prohíben determinados comportamientos (señalado en la categoría 3.4). Las mujeres no tienen confianza en sus gobiernos porque no garantizan protección como mujeres en los casos de violencia, ni protección sanitaria, educativa o jurídica, así es difícil sobrevivir sin depender de familias y parejas. La relación de estas empleadas domésticas migrantes con las familias para las que trabajan es asimétrica se hallan en una situación de dependencia tal que pueden ser objeto de explotación.

No sé…, me miraban como…, me miraban…, no sé…, como bichos raros… (C87). Porque todos nos miraban…, y eso me ha pasado…., principalmente a mí (C88). (…) Dejé de maquillarme por un comentario y cada vez que me pinto pues recuerdo eso, y a veces hago caso y no hago caso, porque…, la gente…, bastante…, la gente mayor es bastante como el hombre ¿no? Principalmente piensan mal, (…) C90. (…) Porque a mí me gusta mucho el maquillaje, me alegra la vida, el alma, yo digo…. Y me dijo…, escuché un comentario de los viejitos que siempre se dice: "eso así no más solo lo hacen las putas, antiguamente lo hacían" y eso me sentó fatal, yo cogí y nunca más me pinté. C89. (…) Puede ser machista para mí, digo conmigo porque soy inmigrante. Por eso también… (C120).

Y con el tiempo piensas: "no, han cogido confianza, no, no, sí que me quieren", pero luego siempre sale por algún sitio el racismo. Y dices: "me estoy engañando yo sola, no es que me aceptan, es que ya saben cómo soy, saben quién soy, y me aceptan un poco", pero el racismo sigue ahí, cuando hay un problema sale. Sale, sale, parece eso, que esta tapadito pero no, no. (D60). (…) Hemos sufrido cuando la boda, cuando la boda hemos sufrido, porque confiábamos en mucha gente, pensábamos que no existía eso, porque con mis amigos digo: "!qué va! me aceptan completarme", y el día que hemos dicho que nos casamos, ahí, ahí hemos visto todo el racismo de todos, de su familia, de sus amigos, de todos.(…) (D63).

¿Problemas?, sí, de discriminación. Yo creo más discriminación en los derechos, porque primero, al no tener documentación, uno no podía alquilar ni un piso, ni una habitación. Sin tener documentación a uno, si alquilaba una habitación, no le empadronaban, y son cosas o derechos que uno debe tener (E137).

(…) Y hay veces que a la gente mayor le cuesta adecuarse y habituarse a un sitio, a la gente…, porque los jóvenes siempre son más abiertos, más colaboradores, más sencillos…E4 (…) Sí, sí, a los mayores de aquí les cuesta más aceptar, según siempre los lados, porque hay gente mayor que entiende muy bien lo de la emigración, por la historia de inmigración que ha habido también en Bilbao, y lo entienden muy bien, pero hay personas que no, o sea que…, que no entienden, y pues piensan que igual venimos a robarles el trabajo, o el dinero, pero no, yo creo que si uno… (E6).

(…) Y con una tuve también un problema, con una…. como se dice… una señora importante que me tocó ir a hablar con ella me trató como a una mierda. -Que estos inmigrantes le estaban quitando las cosas a los vascos y que no debíamos estar aquí y…- No me oyó, yo le hablaba y le hablaba y se hacia la de que no me escuchaba (F90).

Hay veces…, personas…., en San Francisco… igual…, o sea, personas nacionales, pues igual insultan mucho a personas extranjeras, sea cual sea su sitio de emigración, pero hay mucho racismo: "ah, no, este chico…", por ejemplo, una expresión muy común: "es moro te va a robar, te va a robar", o: "ah, este borracho". Generalmente las personas o los hombres latinos son…, beben mucho, entonces la reputación es esa. Pero en mi opinión, yo creo que el que trabaja, trabaja, y el que roba, roba, o sea aquí y en cualquier sitio… (E8).

La manera de ser de las personas. Allá hablamos todo, conversamos todo. Eso no hay aquí en el vecindario, nos tienen rabia, no nos quieren, todo lo que pasa es por nosotros. F42. (…) En el sentido de que no saludan. Cocinamos… y los olores, siempre los colombianos, que no sabemos hablar, o que hacemos ruido, le llaman a la dueña de la casa y se lo dicen. Me dicen: "que no corra el niño que estoy durmiendo" y yo no le puedo decir que no corra. En el piso donde nosotros vivimos es poca gente, no nos conocemos, pasan por encima de nosotros, no nos saludan, pero me reprochan mucho, (…) También la comida y el frío. F43. (…) No. Bajan por encima de nosotros y no nos saludan, como si fuéramos una…, más que todo porque somos emigrantes. F45 (…) Sí, somos los únicos colombianos que vivimos en ese piso, entonces no nos quieren. Todo les choca, la bulla, les choca que hablemos duro…. les molestan los olores de la comida, porque nosotros echamos mucho condimento a la comida. Nos han llamado la atención por eso. Todo les molesta lo de los colombianos, todo les molesta. F46. (…) No. No, no porque las personas de aquí no quieren tratar con una colombiana veo yo, yo siento eso (F92).

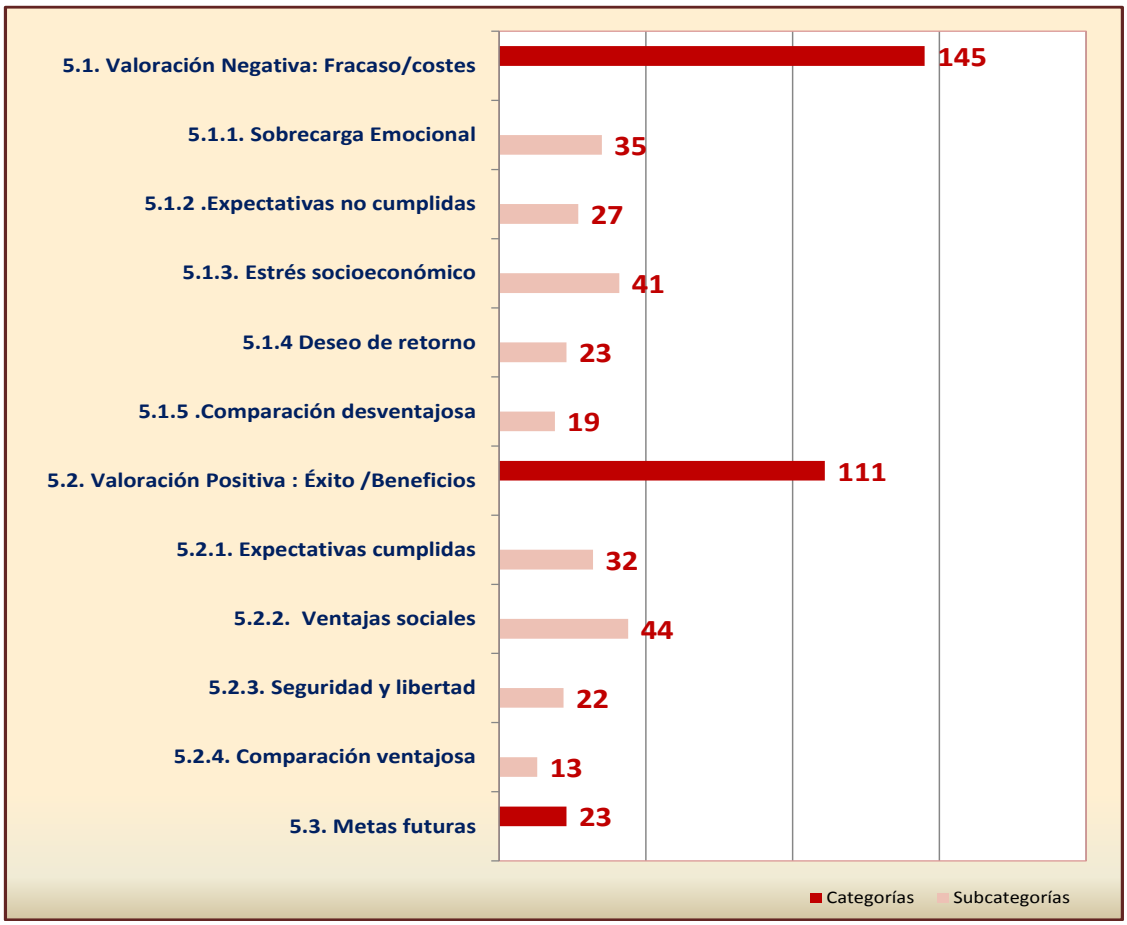
Sí. Es lo que siento yo. Lo veo, lo siento porque uno muchas veces salió con una persona para ver si puedo hacer trato, si puedo conversar con ella…, y no, no. Entonces digo yo, no hay modo, no hay modo (F93). Igualmente, convengamos que yo soy rubia y blanca, si yo fuera negra, fuera con rasgos indígenas, yo creo que la cosa sería muy diferente (…) (G68). Eso pasa en mi país, pasa acá y pasa en todos lados, eso pasa en todos los lados, en todos lados, y va a seguir pasando (rubia más fácil integrarse). (…) (G70).

3.5.5. Valoración del Proyecto Migratorio

Se exploran las expectativas que se cumplieron y las que no. El nivel de expectativas estaría en relación con la percepción de éxito o de fracaso de su proyecto, en general destacan ambos aspectos, lo que han ganado y lo perdido. La valoración negativa de su proyecto migratorio (52%) supera ligeramente la valoración positiva (40 %) junto con las metas expectativas positivas futuras (8%), como se ve en la figura 7.

Dentro de los aspectos valorados negativamente se encuentran la sobrecarga de rol, el estrés socioeconómico, la frustración por las expectativas no cumplidas, las comparaciones desventajosas respecto a los compatriotas y el deseo de retorno. Sin embargo, otros elementos se valoran positivamente, como la realización de las expectativas, los logros obtenidos y las ventajas sociales respecto al país de origen, así como las metas futuras.

Figura 7. Valoración del proyecto migratorio: categorías y subcategorías



Valoración negativa (5.1):

Sobrecarga Emocional (5.1.1): este apartado identifica el malestar por sentirse desbordadas por las circunstancias, vivir situaciones de precariedad y tristeza. Son muchos los efectos desmoralizadores que afectan a estas mujeres como los sentimientos de desencanto y frustración, la percepción del alto sacrificio personal y de esfuerzo desproporcionado, a pesar de haber manifestado que el esfuerzo por la familia es su máxima preocupación En las narraciones la idea es mejorar también su calidad de vida, sin embargo, perciben que las exigencias económicas y emocionales hacen difícil lograrlo y por tanto difícil de consolidar la autonomía que buscan. La experiencia migratoria no siempre es positiva, no siempre hay ganancias, los

sentimientos de depresión derivados precisamente del sentimiento de fracaso y de expectativas no cumplidas que conlleva una sintomatología clara. Las remesas son una "atadura" que precariza su calidad de vida, sienten que en sus familias abusan de estos envíos de dinero (en origen el bienestar depende de ellas). Si trabajan como internas están más expuestas a prácticas discriminatorias. La sobreexplotación de las empleadas de hogar también está relacionada con el sacrificio por la familia y el envío de dinero.

No, era yo creo el esfuerzo de tirar para adelante con todos, no solo con los niños o sea, porque…, pues eso. Eso es lo que he hecho siempre ayudarlos a todos, de mi trabajo nunca se ha beneficiado precisamente mis hijos, de mi trabajo se ha beneficiado mi madre, mis hermanas… (A22). (…) Mandaba dinero, durante muchos años. ¡Claro!, y aun después de traer los niños, mientras mi madre estuvo en Colombia. Y después de que traje a los niños también, también (A23).

Pues de todas formas como allí también todo lo que buscaba era para ellos, pero sí ¡hombre!, tú sabes que todo feo con dinero es bonito, (…), no hay que ser hipócritas es así y luego vas allí diciendo de moral muy limpia, no, no, no. (…), hay mucho, mucho abuso también, o sea ya….,no es lo mismo tú ganar un dinero aquí, que tienes que limpiar, yo por lo menos que he tenido que trabajar dieciocho horas diarias, porque yo en el restaurante E., yo entraba a las diez de la mañana y salía a las cuatro de la madrugada, y dormía en el piso del restaurante, en un colchón en la cocina, al lado de la lavadora, me hice al ruido de la lavadora pero al centrifugado nunca. Y no es lo mismo ganar así el dinero que estar allí sentado viendo novelas, recibiendo dinero todos los meses. Es que hay mucho abuso también (A24).

¿Que ha aportado? para los míos, nada. Porque ellos no han agradecido lo que yo he hecho. F19. (…) Sí, a mis hijos. Porque supongamos mi hijo me costó mucho dinero para traerlo y todavía en este momento me reprocha que lo hubiera traído de Colombia. Me reprocha, me dice que no quería venirse (F20). El esfuerzo se ha quedado en nada (F134).

No. Ahora tengo la residencia y permiso de trabajo. Y nada, no pude ir y eso también me costó muchísimo, no pude ir porque tenía miedo de que no me volvieran a dejar entrar (G40).

En un principio sí, sí, claro, sí, porque tenía la niña pequeña y yo no podía trabajar, y luego pues casi cometí la locura de embarazarme casi al llegar y tener al niño y los tenía casi seguidos. Lo positivo es que los he criado juntos, pero claro que a mí me ha supuesto no poder trabajar, y no poder estudiar o no poder formarme más… I38. (…) No poder trabajar, no poder formarme, no poder estudiar una carrera por ejemplo, lo que todos mis hermanos han hecho, pero porque…., bueno porque…, porque me casé antes también (I40).

Yo tenía 17 años, sí, 17 años tenía, y luché por mi niña, luché, como no tenía padre pues luché sola. Y después mi tía me ayudó para…, mi tía me dijo que me viniera para acá y, (…) (J4). Pues ellas me dicen que tenga paciencia, porque yo ya estaba desesperada para irme, y me dicen que tenga paciencia, que por algo estoy aquí, y por eso no me quiero rendir (J33).

Expectativas no cumplidas (5.1.2): relatan la decepción, no han conseguido lo que buscaban cuando no han logrado satisfacer sus necesidades personales, familiares y económicas. Relatan como ahora son tiempos difíciles por la crisis, se han degradado las condiciones de vida, el futuro es más inseguro y reflejan ese "deterioro" y el descenso social. En sus testimonios queda reflejado un sentimiento de explotación injusta, el miedo al desempleo, y sentirse "estafadas por sus parejas" en sentido emocional o material.

La situación económica es complicadísima, complicadísima. D130

(…) Se fue deteriorando todo, vinimos con mucha ilusión los dos de conseguir algo para podernos ir y vivir la vejez, esa fue la meta que nosotros nos montamos en el avión y dijimos nos vamos seis o siete años, trabajamos para conseguirnos una casita y luego nos venimos, y vivimos de lo que vamos a ahorrar; y así una vejez tranquila que nadie nos tenga que dar nada. F39. (…) por la pobreza que hay en mi país, porque no tenía recursos, tenía muchas deudas, para poder salir de allá y mandar el dinero que trabajaba, mandarlo allá. Y la meta de nosotros era comprar una casa, trabajar para comprar una casa allá y para cuando nos quisiéramos ir tuviéramos con qué vivir a vejez. Ese era el proyecto de nosotros al principio (F1). Las mismas metas que tienen aquí las tenemos nosotros. Sí, (…) algo que sea propio de nosotros, es la meta que nosotros teníamos. De conseguir algo para que los hijos no tuvieran que dar nada. F73

Ha descendido mucho, mucho, mucho. De allá a aquí hemos descendido mucho aquí (F74) Sí, la mitad, porque mi esposo lleva tres años sin trabajar y mi hijo lleva dos. Y desde ahí, desde que él dejó de trabajar todo se fue al traste, bajamos completamente todos (F130).

Sí, donde vivo mal, donde cuesta llegar a fin de mes, en una palabra, no, no, de verdad que no, no ha merecido la pena (G114).

No, no. Yo creo que vine…, la primera vez que vine, vine inconsciente, estaba inconsciente porque si lo hubiera pensado de nuevo no venía, ¡no venía!, porque en realidad vine por A., (…), para que él hiciera su vida (G49). Y fue eso, entonces, yo dejé mi trabajo, dejé lo que me gustaba, que sí, que es cierto que lo puedo hacer acá, relativamente, pero dejé todo, dejé mi familia, y dejé todo por eso. Y ahora me siento que…, que ahora estoy separada y qué no pinto…., que no quiero estar acá. G50. (…) Sí, me da rabia, me da rabia y lo reclamo. O sea, vine por vos, hice un esfuerzo., tampoco es la manera, porque yo también tenía la opción acá de hacer otra historia, de hacer mi vida, (…) (G53).

Pues ya, pues para venir acá yo me vine con pasaporte, solo con pasaporte, pero llegado con el pasaporte ya no me puedo regresar, tengo que tener mi…, mi…, el papel de aquí de España, y yo digo que es un poco difícil porque todavía no lo tengo. (…). No tengo residencia, no, no tengo aun (J81).

¡Uf!, me siento triste, me siento triste por eso, porque por eso…, por eso he venido acá para mandarles dinero, y cómo si apenas encuentro para mí comida… J27. (…) Sí, nada, no he mejorado nada, para nada (J90) No, no ha habido oportunidades, porque por lo que yo he venido no lo he conseguido (J91). (…) Sí, y por no tener trabajo, para mandar dinero a mis hijas, porque no, no mando nada, porque no estoy trabajando, (…) (J23).

Estrés socioeconómico (5.1.3): Destacan como la crisis ha afectado a su calidad de vida. Añadido a las dificultades emocionales están las condiciones materiales de vida como la precariedad laboral y económica, los obstáculos de acceso al mercado de trabajo y a las ayudas sociales. Todo ello conduce a situaciones de exclusión como trabajos sin contrato, combinan varios trabajos al mismo tiempo, "agotadores" y estresantes, las jornadas laborales son largas. Los problemas económicos dificultan el hecho de poder ir a sus países ni siquiera de visita, ahora la prioridad satisfacer las necesidades básicas, como queda reflejado a lo largo de las narraciones. No se gana y no se puede ahorrar en estos años de crisis, lo que hace percibir la migración como un fracaso, después del envío de dinero a su país los recursos para sí mismas resultan insuficientes.

(…). Yo trabaje ahí mucho tiempo en ese restaurante, sobre todo yo allí entraba.., me levantaba a las ocho de la mañana, (…), y salía a las cuatro de la mañana, no dormía ni cuatro horas. A29. (…) Así estuve un año y medio, un año y un verano, sí. (…) trabajaba una burrada de horas. Después, buscaba métodos como por ganar más dinero. Después cogí una casa a la mañana. (…). O sea, me levantaba todos los días a las cinco y cuarto, y me acostaba a las dos y media. Y el día libre era para limpiar o lavar la ropa, o lo que fuera, entonces no, no…, pensando en los niños..., sí, no había tiempo para pensar tampoco, la verdad… (A30).

Bueno, es que te encontrabas sola, por lo general, los latinos estamos casi todos, por lo menos los que vinimos hace muchos años, estábamos todos en la misma situación. No es lo mismo emigrar ahora que antes, hace 16 años, no es lo mismo. Es que de hecho…., cómo te explico…, o sea, ni los servicios estaban hechos para nosotros, porque no estaban preparados para nosotros, o sea, quienes gozan de servicios sociales buenos, o de salud, es ahora, nosotros no teníamos ese derecho, entonces…, no es lo mismo (A36).

Sí, sí, sí, bueno he tenido miedo a qué pasaría con mis hijos si me pasa algo a mí, que estamos solos. Sí, bueno yo de hecho por eso tengo un seguro, por lo menos para que tengan dinero para volver ¿sabes? Hago el esfuerzo por…, pues…, el…, un seguro de repatriación, y para que si mi madre tiene que hacerse cargo de ellos por lo menos tenga…, por mis hijos (A59).

Pues lo he pasado fatal, no llegó a fin de mes, no…., pero bueno…. Rompí la relación con el padre del bebé, pero bueno…, al principio lo llevé un poco mal porque tenía otras expectativas, pero…, este último año ha sido malo, sobre todo por la economía y por él (A188).

Pues sí, también, de alguna manera, viva donde uno viva, viva uno en casa de españoles o vivas en casa de inmigrantes. Porque generalmente uno busca una habitación para alquilar donde un inmigrante, entonces, el

inmigrante, no le puede empadronar a uno, y si quiere uno empadronarse tiene que buscar un piso, pero para conseguir un piso tienes que asistir a una inmobiliaria o a un sitio así, y generalmente, una inmobiliaria le dicen: "¿tienes nómina?", "no porque trabajo por horas", ¡vale!, "¿eres legal, tienes DNI o tarjeta de residencia?" y dices: "no", y dicen: "pues entonces no te podemos ayudar". Y entonces todo son pegas, son obstáculos y bueno…. (E138).

La situación de ahora es más difícil a la de antes, a la del principio, a cuando nosotros llegamos. F17. (…) Sí, es más bien por eso, por la situación económica. Porque si él estuviera trabajando yo sé que estaríamos juntos, porque en el principio fue así, en el principio trabajábamos, ganamos dinero para pagar allí, para pagar las compras… entonces en lo que hace que él dejó de trabajar ha cambiado mucho, es muy callado, no dice nada; pero él dice que no quiere hacerme daño a mí, entonces dice déjame a mí en la otra habitación (…), porque yo no puedo ni mirarte la cara, me dice (F51).

Sí, sí, sí. Mi padre falleció en un accidente de automóvil en el 2008, en agosto de 2008, yo no pude ir porque en ese momento no tenía la residencia legal (G38).

Qué va, qué va. Tampoco era ese el plan, no era el plan, pero bueno…., si vos venís de otro lugar y tenéis un trabajo que pretendes vivir de él, y sobrevivir…, pero no, no, ahora mi situación es bastante complicada (G116).

(…). Sí, estamos en una habitación alquilada, una habitación, y ahorita…, pero ya nos vamos a mudar a un piso, sí. Es que como él está recibiendo una ayuda y con esa ayuda, de ahí, me ayuda él (J58).

Deseo de retorno (5.1.4): La migración se ha convertido para ellas en una separación permanente, la situación de precariedad laboral, económica y administrativa hace que expectativas de volver no sean posibles en la mayoría de los casos. Han perdido todo en origen y no hay perspectivas de mejorar en destino para ellas. Pensar en volver es adaptativo, la idea de que la situación, si no es la esperada es transitoria y se volverá definitivamente al origen, por la añoranza de pensar que estarían mejor que aquí. La familia juega un papel decisivo en la decisión de emigrar, pero también es clave para el deseo de volver, ya que el sentimiento de pertenencia a un lugar, acaba transformándose en un sentimiento de nostalgia y en un conflicto personal entre retornar o no. El deseo de regreso puede estar producido por el sentimiento de soledad por la separación, las dificultades para reagruparse o visitar a la familia, por carecer de permisos de residencia o por los gastos económicos imposibles de afrontar que conlleva la vuelta.

No, sí, he pensado muchas veces en marcharme, pero eso es un segundo destierro y ahora mismo no me siento lo suficientemente fuerte, igual porque tengo un niño pequeño para movilizar ¿me comprendes?, entonces…A137

No, a ver, hay emigrantes que están aquí que dicen: "¡jo! se ha acabado la oportunidad de trabajo me vuelvo a mi país", pero yo creo que son gente que realmente ha venido en busca de trabajo, han venido a buscarse la vida, a trabajar, a coger dinero y luego marcharse, no han conseguido, pues se marchan igual (D141).

Estoy sin salida, ahora en este momento, porque yo quisiera que me comprarán todo lo que yo tengo, (…) y nos pudiéramos ir. F86. (…), entonces a esperar que Dios nos ilumine, o nos ayude, (…) e ir a alguna parte donde nos ayuden a irnos (F87).

Es que todos quieren irse, con los que conversamos todos están arreglando para irse. Con los amigos así colombianos están arreglando para irse, más que todos los amigos de mi pareja, que él si va a relacionarse, y va a un barcito y todos los días viene y me cuenta: "que mira que éste se va a ir, que esta pareja se va a ir porque ya no aguantan más…" (F96).

Qué va a ser, sí, yo pienso qué va a ser de nosotros si no me alcanza el dinero con el que estoy trabajando ahora, que va ser de nosotros. Con qué voy a responder el arriendo, con qué voy a pagar eso, eso y eso. Entonces es algo que me agobia y me da por llorar, digo: "me quiero ir, me quiero ir para mi Colombia", y no tenemos con qué, entonces no tenemos con qué volver (F82).

(…), y, sí, yo me quiero ir, pero no es tan fácil, primero porque está el padre acá, y está instalado y tiene su trabajo y todo, yo ahora estoy en paro pero bueno…, pero igualmente te queda eso…, es decir… G45. (…) mi meta es arreglar todo y poderme ir, me quiero ir, yo me quiero ir (G129)

Sí, estamos proponiendo de irnos a Perú si las cosas siguen así como están, sí (H170).

Comparación desventajosa (5.1.5): Son habituales las comparaciones entre compatriotas para saber quién asciende y quién desciende socialmente, pero sobre todo en relación con el país de origen que refleja la frustración de abandonar su país para estar peor. El descenso social y la pérdida de estatus que comparan con los que no migraron tienen un impacto en la estima personal cuando buscaban mejorar su vida, su imagen y su valoración.

(…)Sí, tengo, tengo (melancolía) y se los traspaso a veces a mis hijos, y eso cuesta también. Porque claro, uno les quiere pintar que sí, que acá estamos bien, pero también en Uruguay se puede estar bien. Pero está esa balanza que no sabes lo qué hacer, no sabes, uno se instala acá y…. (G32). Pues no la llevo muy bien, no, no llevo muy bien ese tema. Ese tema es diario, a parte, ¡horrible! (G25).

Sí, sí. Yo hablo siempre con mi familia, y quieren que nos vayamos, porque ahí en Uruguay…., ahora en Uruguay las cosas están mejor en realidad, ahora mucho mejor que acá, esto es un cambio cuando allá está bien, acá está mal (G43).

A mí me parece, me parece que fue al contrario que perdí mucho de lo que tenía en Uruguay, en mi caso, no todos los caso son iguales, pero en mi caso, sí (G56).

Sí, claro, he perdido, he vivido sin más, ahí…, bueno dejé un trabajo que tenía, he vivido sin más… (se entristece). Sí, claro, ahí deje también un trabajo bueno que tenía en una agencia de viajes, bueno ya tenía yo mi vida laboral, también estaba…, que estaba bien, y he venido a ser camarera, pero bueno…, lo llevo bien, lo mejor que puedo, he perdido cosas claro. Sí, eso son perdidas también, sí son pérdidas, sí ha merecido la pena sí, pero… (I158).

Valoración positiva (5.2)

Expectativas cumplidas (5.2.1): Valoran cómo se han cumplido sus proyectos. Consideran que en sus países no hubieran logrado las metas propuestas. Entre sus expectativas destacan lo ya señalado en otras secuencias de sus narraciones: la búsqueda de autonomía y libertad al sentir que en sus países de origen no pueden llevar a cabo su proyecto de vida personal y que, a pesar de las dificultades, han encontrado oportunidades. Valoran, asimismo, mantener una familia unida y estable. En esa imagen de éxito, se necesita ocultar los fracasos y mostrar el éxito ante la familia que queda en origen, siempre enfatizando el deseo de que sus hijos puedan tener lo que ellas no tuvieron.

Me voy a quedar con ese recuerdo bonito y la lucha, más que todo en esos cuatro años fue la lucha de luchar por traer a mis hijos, que me sentía muy bien, trabajaba bien día y noche y logré traer mis hijos. Para mí eso fue lo más grande, y el amor, y el amor de sentirlos que los pude traer. Aunque ellos no me agradezcan, pero yo si siento que he hecho algo bueno (F143).

Sí, ha merecido la pena. No, sí, sí, muchísimo, me ha cambiado la vida totalmente (H163).

Me falta una de ellas (traer a su hija) pero creo que sí, creo que sí, aunque me falta una, pero sí. B41. (…) Me siento satisfecha, me siento bien, creo que he conseguido aquí lo que por muchos años que hubiera vivido en mi país no lo hubiera llegado a vivir. Me siento bien, creo que soy en este momento lo que yo he querido ser, en lo que soy creo que me considero una persona afortunada el haber venido aquí para mí ha sido…, me siento afortunada de haber venido aquí, con mis ratos malos, con mis ratos buenos, con todo lo que he vivido, y me ha aportado muchísimo para la superación personal de cambiar de lo que podía vivir allí y la diferencia que estás viviendo aquí (B67).

Sí, exacto. O sea tener un hombre que me quiera, que me respeta, que me apoya, que tengo mi hijo que está conmigo, que lo disfrutamos…, o sea esa estabilidad que me ofrece mi pareja, mi marido, es todo. Los amigos que tengo aquí, todo eso te hace más que nada madura, porque maduras mucho. Yo vine con veintiséis años y tengo ahora treinta y siete y todo lo que he vivido, no me arrepiento de nada (B79).

Yo la experiencia que tengo aquí, y tengo que dar gracias, a ver…, yo estoy enamorada de Bilbao. Tengo que dar gracias a eso, porque yo estoy enamorada de Bilbao. Yo he estudiado aquí, me he realizado aquí, sé que me voy a

quedar aquí, porque me ha gustado mucho. Y he empezado aquí, digamos, mi vida, que allí no tenia, que allí no tenía muchas opciones…, no podía estudiar… (E12).

Sí, sí, me costó pues…, me costó mucho económicamente, y me costó mucho conseguir que a ellos…., tener un respaldo para traerles, a parte del dinero, tener a alguien de confianza que me ayude y que, por ejemplo, me haga una carta de invitación para traerles, y gracias a Dios lo conseguí por una persona que me entendió (…). Era así de claro, y le dije que no, claro que yo no podía hacer nada de eso si me está haciendo un favor, y fue un gran favor para mí. Logré traerlos a mi esposo y a mi hija (E22).

Sí, yo me siento ganadora en eso, y ganadora también en el hecho de que aquí he tenido una oportunidad de trabajar y estudiar, que en Bolivia no hubiera podido hacerlo, en Bolivia o trabajas o…. E90. ¡Hum!, perder, perder… (duda) de perder no, mucho no creo que haya perdido, yo creo que he ganado más… (E94).

Sí, sí porque le puedo ofrecer a mi hija una vida mejor… (E129). Pues por lo menos el 60% lo he logrado, de…, de…, de muchas formas, por lo menos sí, que me queda mucho por hacer porque tengo muchas cosas en la cabeza (E134). Luego…, pues me siento feliz porque creo que he logrado algunas metas, de alguna manera he logrado salir adelante, y me siento feliz por eso, me siento más… (E152).

(…) Aquí me prestaron el dinero y las deudas que dejé en Colombia lo pagué con mi trabajo. Porque en un principio todo me fue muy bien, muy bien, muy bien (F76). (…). Mi experiencia fue eso, de saber que decían: "no, usted no es capaz, usted no es capaz de traerlos y me traje mis dos hijos. (…) y mi hijo me confirmó su contrato de trabajo aquí (F147).

Al principio yo me quería volver, a los dos años !uf!, yo decía: "no, yo me voy, me voy", pero bueno, encontré un trabajo muy bien, trabajaba en N. en una casa. Ella mucho me ayudó. Y así sobresalí. Después ya me cogí el piso, y así poco a poco…H39. (…) Muchísimo, porque…, sí, tanto para mí como para mis hijos, porque mis hijos han tenido lo que yo no pude tener en mi niñez. No han sufrido como yo he sufrido en mi niñez, es mucha diferencia… (H46). Sí, sí, porque mi hijo, aunque vino pequeño, de diez meses, pero ha tenido todo, le he dado todo, entonces no es ese sufrimiento (H49). Sí, ahora me siento muy contenta, tanto con la pareja, en el hogar y todo muy… (H155)

Ventajas sociales (5.2.2): Las consideraciones sobre lo que han logrado con la migración y los motivos por los que quieren quedarse enfatizan (reiterado en todos los testimonios) el acceso a la sanidad, la educación y la seguridad. Destacan, entre las ayudas a las que tienen acceso, las becas para el estudio, el subsidio de paro y el acceso a programas de viviendas sociales. En sus narraciones se repiten los ejemplos de la protección sanitaria y las oportunidades de una educación igualitaria, y lo contrastan con sus países donde no se garantiza la protección frente a la violencia de género, ni la protección sanitaria ni jurídica. Muestran este agradecimiento en los ejemplos seleccionados. Más garantías y oportunidades es lo que prefieren para sus hijos garantizar el éxito personal y laboral de sus hijos al margen de la clase social es difícil en sus países.

La sanidad, sí, claro, ¡por supuesto! Y la educación ¡por supuesto! Mira, y todo con sus fallos, porque nada es perfecto A162 Sí, la PSV, la del alquiler, yo cotizo y… (A180). Yo tengo el trabajo que tengo desde hace ocho años, no, no, entonces…., no he rodado mucho. (A182).

¡Ah!, muy bien, muy muy bien, tengo la Seguridad Social, Osakidetza, y bien…, ningún problema (D106). (…) Si, la escuela estupenda, sí, sí, bien todo (D107). (…) Pero es cierto que viví años buenos, yo compré mi piso, me casé, me compré mi vivienda. Nunca he dejado de trabajar desde que he llegado, siempre he trabajado, mi nómina, mi Seguridad Social, todo al día, todo bien. La verdad que he vivido bien aquí, igual que vivía allí, ni mejor ni peor (D132).

No, no, no, aquí no, y aquí para nada, aquí para nada. Aquí también hay que dar las gracias a la sanidad, porque no es igual que en otros países y…, y siempre pues el hecho de que incluso, aunque uno sea un indocumentado, pues le atiendan de la misma manera que una persona normal que trabaja. Que creo que es un derecho, porque es el derecho a la vida, y me parece…., es un punto estupendo ese (E44).

Completamente bien, mira yo puedo decir, la escuela, la educación estupenda, dependiendo de cada sitio, (…) y me ha parecido muy bien, la escuela estupenda, la calidad, la calidad humana, cómo los cuidan…, unas menos que otras, pero muy bien (E46).

El Gobierno Vasco creo que es una de las mejores cosas que hay, o que regulan muchas…., muchas cosas, porque siempre…, incluso una carta que envié al Gobierno Vasco de la Diputación Foral me respondieron y me facilitaron un número a los tres días, y me facilitaron un número y me dijeron: "si podemos ayudarle en algo pues lo vamos a hacer" y yo me quedé asombrada porque simplemente puse…, puse…, digamos una queja, y me llegó una carta y dije: "pero ¡tan rápido!" (E47).

Sí, sí, lo bueno es que aquí también el Gobierno Vasco o Lanbide o el Inem, si uno está en paro pues puedes recibir el paro, u otro tipo de ayudas, o becas. Las becas de estudio, que creo que son las mejores que existen porque impulsan al estudio, cosa que en Bolivia no hay, el que quiere estudia y es profesional contra viento y marea, porque nadie le va a dar un duro, nada, no te dan nada (E59).

Sí, sí, sí. Sobre el tema de la salud acá, no tiene nada que ver, ¡pero nada que ver!, eso son cosas importantes que uno le tiene que dar a sus hijos y tal, y que ves la diferencia, y la educación lo mismo, igual ahora está…(G105).

Sí, sí, sí, sí. Yo sí, comparado con lo que es mi país, está pero ¡espectacular! acá. Vas…, es cierto que te tardan, vas a hacer un examen y te tardan un tiempo y tal, pero en Uruguay te tardan meses, te puedes estar muriendo que no estás enterado. Igualmente ahora en Uruguay…, ahora es verdad que es diferente, ahora tienen, desde hace diez años, un gobierno de izquierdas que ha cambiado todo. Tanto el tema de la salud como…, y la educación está mejor y todo lo demás. Todo lleva su proceso, no se puede cambiar de la noche a la mañana, pero bueno, está mejor, pero ¡no tiene comparación con esto!, ¡no tiene nada que ver! (G106).

Sí, desde la primera vez que yo vine. Cuando yo vine, yo vivía en B., y yo le metí a la guardería de monjas, y mi hijo era el primer inmigrante, y las monjas, ¡buf!, le querían y yo veía esa…, o sea, esa contemplación hacia mi hijo, que le querían y todo eso, entonces, para mí era como…, que a mí me contratan y a mi hijo le querían, hasta ahora, entonces, sí, muchísima diferencia (H82).

Sí, bueno, ahora, yo de momento estoy en este trabajito que ya estoy años, estoy por horas, más que recibo el RGI, de momento a mí no me está yendo…, como decir, mal, pero bueno hay vamos tirando. Sí, que se ha notado más la crisis, por ejemplo, la crisis se nota más (H102). (…) ¿Cómo lo mejor todo? (duda), el trabajo, el trabajo, sí (H174).

Bueno tengo contratos, no soy fija, pero bueno tengo contratos y de momento trabajo no me ha faltado, la casa no es mía, es de Etxebide, es una casa de protección oficial pero bueno…, tengo todo, todas las comodidades, estoy bien y tengo un alquiler barato (I45).

Viniendo aquí por lo menos he ganado la educación de mis hijos, que estén aquí, que…, eso..., más que todo ellos (I47).

La sanidad muy bien, de hecho valoró mucho la sanidad, cuando di a luz a mi hijo. Desde que quedé embarazada enseguida me hicieron la cartilla de la Seguridad Social. Estuve muy bien controlada y el día que di a luz fuimos solo dos en la maternidad, éramos dos chicas y tenía todo el equipo médico ahí con nosotras, y muy bien, o sea, sí, valoro muchísimo eso. Di a luz, y fue una experiencia muy bonita comparándola con la primera experiencia de R. en Perú, que éramos muchísimas y que me tenían allí un poco olvidada y todo eso…, fue reconfortante (I80).

Seguridad y libertad (5.2.3): Se percibe como prioritario y en contraste con sus países de origen. Perciben un contexto que proporciona sentimientos de seguridad y libertad de movimiento (seguridad en la calle) paz social y orden legal y donde, además, pueden reclamar judicialmente.

No, a no ser que cambie todo aquello, que me digan que no hay muertos en cada esquina, o todo ese tipo de cosas, sí, porque ahora mismo puedo querer mucho, pero…., pero valoro también mucho la tranquilidad. Sí, sí, yo no puedo…, independiente…, es que como ser humano yo no puedo ver morir a más gente. He visto morir muchísima ya. Sí, sí, sí…, yo no tengo fuerza (A150).

Sí, aquí hay más seguridad de todo, de poder salir con lo que uno tenga, con su bolso tranquila; en cambio en Colombia no se puede hacer eso, en Colombia no se puede salir con un bolso porque te lo arrebatan. O unos pendientes que sean de oro….nada de nada (F10).

Totalmente, totalmente segura (G18). Muy bien, muy bien, muy bien. A mí me gusta mucho, me gusta Bilbao, a mi Bilbao ¡me encanta! Eso me va a costar, si en determinado momento yo me tengo que ir, me va a costar muchísimo. La gente…, la diferencia que hay, el respeto, porque a mí la verdad que no me ha pasado nada (G62). (…) No me ha

pasado nada, a mí nadie me ha faltado al respeto, porque la verdad que a mí no me ha pasado nada. A mí nadie me ha faltado al respeto, más que nada anécdotas puntuales cuando empiezas a trabajar (G64).

No, nada. Y yo estuve tiempo ilegal acá, porque tenía que pasar tres años para pedir la residencia, ahora es diferente, ahora cambio esa ley, porque depende del convenio que tengan con tu país. Pero nunca he tenido problemas, ¡jamás!, ni he sentido inseguridad, ni miedo en ese sentido, (…) (G67).

No he tenido problemas con nadie, de verdad. No, no me he sentido maltratada nunca, nunca (G143).

No, pues nunca he tenido malas experiencias, en los trabajos y todo, me ha ido muy bien (H36).

(…) amigos y todo, sí. Y qué bueno dentro de todo, dentro de todo me puedo alegrar de que he estado en un país de Europa, donde hay más orden en cuanto al tráfico y menos delincuencia. Sí, entonces…, y eso es lo que…, por lo menos…, por lo menos con eso es con lo que yo…., y puedo ser independiente, la forma, la forma de pensamiento, por ejemplo, es muy diferente que si estuviera yo en el Perú (I50). (…) Sí, sí, es…, el tráfico es un caos, y hay inseguridad, hay inseguridad. La inseguridad ciudadana, que no puedo salir, no puedo ser libre, no puedo…, a cualquier hora no puedo estar en la calle como aquí (I52).

Sí, yo me siento bien, yo me siento bien a pesar de estar sin trabajo, a pesar de estar sin trabajo, yo me siento bien. Pues sí, yo me siento libre, yo me siento libre y yo me siento relajada (J128). Si más, yo me siento más libre aquí (J131).

Comparación ventajosa (5.2.4): Sus comentarios están relacionados con las barreras económicas que explican la falta de oportunidades en sus países y que obstaculizan el futuro de sus hijos y de ellas mismas. Refuerzan el valor de la migración desde esta perspectiva destacando las ventajas de haber podido ascender socialmente además de compararse con un estilo de vida que claramente prefieren.

Mucho, a mi gusta mucho lo de aquí. Más la forma de ver la vida aquí, sí, sí (B31).

Yo creo que sí, que iba a ser peor allí, igual peor (C149).

Yo tengo primos pobres, y con dificultades muy grandes allí en Brasil, y que han aprendido a vivir con la pobreza, y viven toda la vida así (D100). Sí, más igualitaria, allí si no tienes, no tienes nada, sales adelante pero…… Yo tengo primos de parte de mi madre que son pobres, ninguno tiene el graduado escolar, trabajan, hoy en día tienen hijos, han formado una familia, pero están en la misma situación que sus padres (D111).

Sí, estudie hasta la universidad, pero claro, como allí…, pues…, eh…, somos igual un poco…, la cultura es, o más cerrada…, o todos van a lo mismo E16. (…) Porque creo que no me encontraría nada grato allí, si tuviera allí mi familia, que quiero mucho, como mi madre que está aquí, que la quiero, mi hermana…. Yo creo que lo tengo casi todo aquí. Volvería más por curiosidad, por amistades…., pero por más no (E122). (…) ¡Claro!, allí no trabajaba porque tenía que hacerme cargo de mi hija, y estudiar tampoco podía porque tenía una hija. Y si quería estudiar, pues necesitaba dinero para estudiar… (E128).

Sí, por mejorar todo. Todo fue por mejorar. Al principio si fue bien, trabajamos muy bien, vivimos muy bien y hemos vivido muy bien, no me puedo quejar porque hemos vivido mejor que en Colombia (F4).

Metas futuras (5.3)*:* El indicador clave del grado de éxito o fracaso del proyecto es el cumplimento de las expectativas que se tienen cuando salieron de sus países de origen. En este sentido, encontramos testimonios en los cuales manifiestan su intención de no regresar, encuentran que quedarse está en función del futuro de sus hijos, que como madres es lo que las movilizo a salir de sus países. Manifiestan que volver, sí, pero de visita o en condiciones que permitan una calidad de vida en origen. Se percibe, no obstante, sentimientos ambivalentes al respecto quieren quedarse pero también regresar.

Cuando me jubilé, volvería entonces a disfrutar de mi jubilación, jubilada volvería (B74)

Sí, sí…, y yo…, todavía pienso el momento, no pienso irme para nada, no quiero saber de mi país (C156).

¡Uf!, es que no lo veo….es…, por ejemplo, no volvería a vivir en Brasil por muy mal que este aquí (D139).

Sí, sí, quedarme definitivamente (E124). Pues…, eh…, yo creo que el boliviano ha vivido toda la vida en crisis o sea que a mí no me importa la crisis, y yo estaría aquí, o sea aquí… (E125). Y aprendí que ni era necesario, entonces aprendí a enfocarme y a intentar visualizarme, cómo quiero, qué quiero más allá, o al día siguiente, cómo me veo un año más adelante, o años más adelante, aunque sea más mayor. Y gracias a Dios…, mirar al futuro (E169).

Si, ahorrar dinero para poder comprar una casa allá (F3).

Ahora, ya mismo, es tener un buen trabajo como para no estar complicada todos los meses ¡no! (G124).

La verdad no lo he pensado, a Ecuador no. Ahora lo que estoy haciendo es, con mi pareja, es tratando de reunir para irnos a Perú, porque como está la situación no sabemos…. (H168).

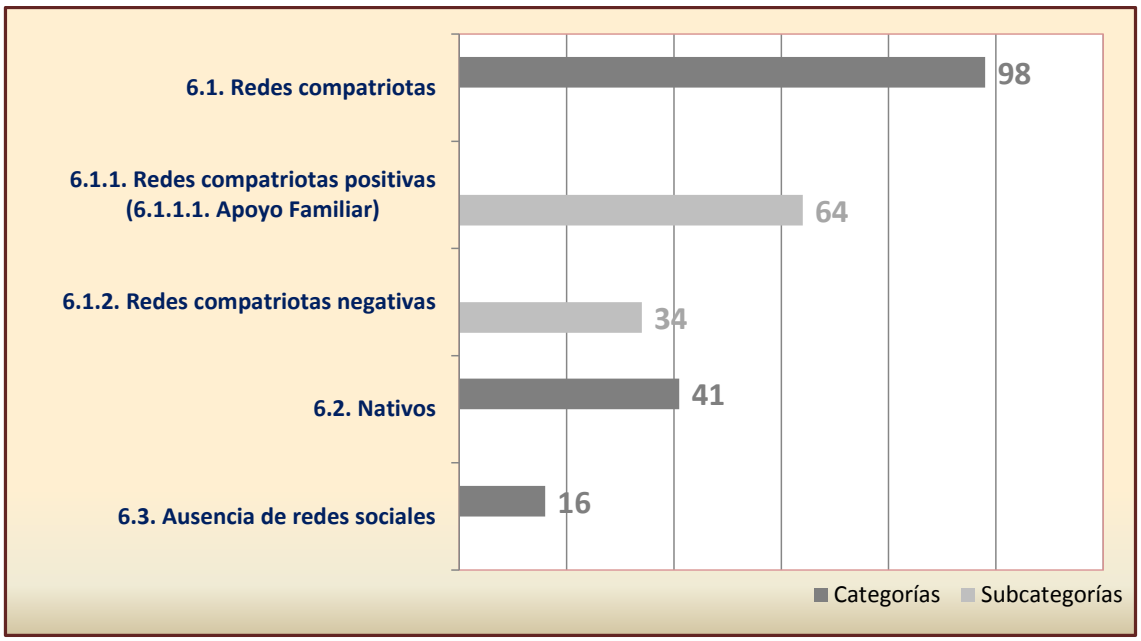
Pues el futuro, el futuro de mis hijos, en este momento sí, por supuesto, hay otros problemas, pero en este momento, en este momento lo más importante…, yo, priorizando, diría que es la salud de mi hija sobre todo (I155).

Sí, me las quiero traer (hijas), pero algún día, cuando todo me vaya bien…, cuando yo trabaje…, y todo… (J142). (…) No, no volvería a Honduras, no quiero volver, a vivir no, sino que a pasear, lo que quiero es traer a mis hijas aquí. No, me quedo aquí (J164).

3.5.6. Redes Sociales

Los comentarios sobre las redes sociales se centran principalmente en las redes de compatriotas (63.2%), y dentro de ellas se destacan más la fuentes de apoyo positivas (65%) que las negativas (34%). Las redes con nativos se mencionan en menor medida (26.5%), y aparecen ideas que reflejan el aislamiento y la falta de redes de apoyo (10.3%) (Figura 8). Se manifiesta en la necesidad de encontrar apoyo mutuo en las condiciones de precariedad y la soledad que presentan y se refleja una mayor sensibilidad para captar las necesidades de apoyo mutuo en otras personas**.** Por la necesidad de encontrar ayuda y consuelo parecen más sensibles a esta búsqueda y encuentran que su situación de vulnerabilidad ayuda a sintonizar con esta necesidad de apoyo mutuo.

Figura 8. Redes. Categorías y sub-categorías



Redes de Compatriotas (6.1)

Redes de compatriotas positivas (6.1.1): las redes de compatriotas tienen un peso destacado en su bienestar, mencionan, asimismo, la ayuda recibida de personas que han migrado antes que ellas. Redes de familiares o amigos que les ayudaron durante el proceso, ayudan en los inicios del proyecto. También hay mujeres que migran sin disponer de esta red. Los relatos cuentan cómo han ido construyendo estas redes de soporte y confianza en unas condiciones tan especiales, y cómo se han ido vinculando y cambiando las relaciones dependiendo del contexto. A veces es difícil separar las referencias a la ayuda precedente de amigos, familiares o bien de los autóctonos. Destacan el apoyo incondicional de los amigos y de la familia, el hecho de estar en las mismas circunstancias constituye un estímulo para esta ayuda. Resaltan los lazos de compromiso y minimizan las experiencias de rechazo.

Pues un primo de mi padre. Yo vine, o sea, él me ayudo a venir, estuve…, pues hasta que empecé a trabajar creo que al mes y medio y luego me marché pues esa era un poco la condición. (…). Y entonces yo le daba pues como pena de verme ahí, con los dos niños, "chavala y tal…", pues no sé (A15).

No, no, porque él se marchó y no pasaba nada más, y luego pues teníamos…., tenía la protección de mi hermano, de mi madre, que pues no me iban a dejar que nadie me hiciera daño en ciertos aspectos, no sé, éramos una piña, un poco nos protegíamos (A20).

Y de mi país tengo amigas íntimas, de mi país, y siento que cuando he estado mal han estado ahí, ahora cuando he estado con lo de mi marido han estado ayudándome con el niño (B62). Sí, amigas y amigos. (…) Pues creo que el compartir con ellos, el estar allí para cuando ellos me necesiten. O sea, lo mínimo que pueda hacer por ellos lo haría sin pensármelo (B63).

(…) yo lo único que tengo es a mi hermana (C77). (…) Sí, incluso ahorita estoy viviendo con dos colombianos, porque no tienen ellos donde vivir, entonces les hemos dado posada. Entonces ellos allí, viven con nosotros. Yo les doy de comer y…, así…, conversamos hasta las diez, nueve y media… (C84).

También. Aprender el valor de las amistades, por ejemplo, que antes no podía ni imaginar. Ver diferentes puntos de vista, porque cada…, he tenido amigas y compañeras de trabajo rumanas, eh…, que son del otro lado…, del otro…, yo soy latinoamericana, del otro lado del mundo, entonces he tenido amigas paraguayas…, o sea, de muchos sitios y aprende uno siempre. Y he visto experiencias de otras personas, que aunque uno no quiera las llega a querer, personas

de mi misma nacionalidad, o de otras, que se han enfermado. Por ejemplo, tuve una amiga que tuvo una niña con cáncer (…) (D156).

Bueno, son muy contadas, pero tengo dos amigas de aquí, de aquí, bilbaínas, y tengo también dos amigas que son bolivianas, y tengo una amiga que es argentina, me apoyan mucho, pero en la que más, más, más me apoyo es en mi hermana, que también está aquí, mi hermana mayor (E81).

Yo agradezco mucho a todas los que me han ayudado y creo que…, sé que igual no puedo devolverles el favor, pero sé que aunque no pueda devolverles el favor, sé que puedo hacer lo mismo por otra persona, ayudar de cualquier manera. Creo que si todos contribuyéramos un poquito, todos, yo creo que igual todo sería mejor, o cambiaria igual de alguna manera. O, si una persona que está en una mala situación, pues por lo menos tendría…, tendría…., se sentiría más tranquila si alguien le ayuda, es que uno solo no puede (E158).

Sí, sí, me llevo muy bien, muy bien, creo que siempre son colaboradores. Y hace años más, porque incluso uno podía estar en la plaza sentado y como la piel latina…, y eso se nota, pues entonces uno le saludaba: "hola qué tal buenos días y ¡ay de dónde eres!" y empezaban a hablar (E79).

Sí, sí, nos dicen véngase, no sufran más, que aquí en cuanto se haga un arroz con huevo les ayudamos. Nos apoyan mucho de allá para acá, nos han apoyado mucho (F95).

Si, gracias a mi madre, si, que me abrió un camino y dijo: "bueno, yo te abrí esta puerta y si tú…", porque al principio yo me quería regresar y mi madre me dijo: "yo he cumplido con traerte, he hecho todo lo posible, si tú te quieres regresar, tú verás", hasta que bueno me adapté, y fui adaptándome, y bien... (H94). Si, al principio, bueno, mi madre si me decía tranquila ya las cosas se irán solucionando. Sí, mi familia sí, me he sentido apoyada (H130).

No, no, ¡nunca, envidia, jamás!, no, nunca envidia jamás, al contrario mucha amistad, y mucha…, y con compatriotas también. I26. Sí, por ejemplo hay muchos amigos que los hemos conocido al llegar y con ellos mantenemos los lazos, antiguos amigos buenos, peruanos, y con ellos cada cierto tiempo siempre nos vemos, y siempre quedamos para estar, (…), que hemos sido prácticamente amigos de toda la vida y que sabemos nuestra vidas, con los que podemos hablar abiertamente,(…) (I127). Sí, por supuesto, sí, porque cada vez que nos reunimos pues cocinamos comida peruana, comemos, hablamos del Perú, es un lazo, es un nexo con nuestro país (I128) (…) somos muy unidos, sé que me van a apoyar siempre y de manera incondicional, como yo a ellos (I134).

Pues yo encontré una amiga cubana, una amiga de Cuba, y esa amiga fue la que me dio la mano bastante. Porque cuando yo me vine para acá…., (…), y conocí a una chica de Cuba y la cubana me dijo: "vamos para casa" sin conocerla ¡eh!, la cubana ésta me dijo: "vámonos para casa para que tú te quedes ahí". Me fui para ahí, para su casa, y ella me dio la mano. Dios no desampara a los suyos (J87). Es mi apoyo, ¡uf! eso yo no lo voy a olvidar nunca, ¡nunca! (J89). No, no, pues aquí, ahora, solo con mi amiga la cubana. (…) lo agradezco, no sé…, que cuando le suceda algo, me llama, y si yo puedo corriendo voy y, (…). Esta chica ha sido lo mejor conmigo, ha sido como una hermana para mí, sí (J113).

Mira, la fiesta le gusta a todo el mundo, pero lo que más a mi gustaba para desconectar, (…), lo hemos hecho toda la vida, todos los domingos sin problemas, era ir al cine con mis con mis hermanas, todos los domingos. Como la otra también, tiene hijos y esperábamos la última sesión para que los niños estuvieran dormidos en casa, eso nos sentaba superbién a las tres, todos, todos los domingos, una hamburguesa y al cine, todos los domingos íbamos todos, todos, que una no podía, pues bueno iban las otras dos, pero siempre hemos ido (H194).

Redes de compatriotas negativas (6.1.2): no siempre la actitud es de confianza y positiva, el compromiso con los compatriotas no siempre se da. También hay competitividad social, rivalidades y conflictos que se manifiestan a veces en el distanciamiento del endogrupo y la desindentificación, con comentarios de menosprecio y descalificación buscando distanciarse.

Es que para ciertas cosas confío más en la gente de aquí. Es que el latino cuando se aburre es poco serio para eso. El latino se divierte con la vida de los demás, y no le importa. La gente de aquí es más prudente para eso, tiene un poco de cuidado de y, con quién, se divierte (A121).

Malentendidos con mis compatriotas sí (B54). (…). (…). Tengo familia (…), pero la verdad muy poco contacto, tengo familia mía aquí en Bilbao, (…) me ha salido muy mal con ella (B56).

(…) aquí no, todo lo contrario, incluso peor (E76).. Ahora como que cada quien pasa un poco y hay más (emigrantes), claro es distinto (E80).

En cambio aquí no, tengo amigas de mi país colombianas: ¿Qué hubo?, ¿Qué hubo? ¿Cómo está?, bien, bien y ya. La relación no es íntima, sino superficial (F101). No. Eso ni a mis compatriotas porque cada uno hace su vida y es el saludo: "¿Qué hubo?, ¿Qué hubo? ¿Cómo estás? y ¿Cómo está tu familia? y ¿Qué están haciendo?.....yo estoy trabajando, ah ya, yo estoy…., ah bueno, hasta luego!". F103 No, no hablo con ellos (F35).

No yo…, al principio si me afectaba, o sea, porque me sentía que…, cómo decir…., como uno dice: "de la gente no se vive" pero…., sí, afecta muchísimo, ¡bah!, al principio, sí, lloraba, o cuando yo recién le mandé a mi hija, porque mi hija se fue de vacaciones y luego se quedó, y claro la gente me catalogaban: "¡ay! qué mala madre, mira como…" (H122). (…) Envidia, sí, o sea, que dicen: "mira esa cómo trabaja, mira, o mira cómo va teniendo y mira como yo no…", o sea, sí (H120). (…) Entonces yo me sentía así…, pero yo decía: "pero si no saben las cosas cómo son por qué me catalogan". Al principio me dolía, pero bueno, lo fui superando. Ahora ya no, ahora, ¡bah!, que digan lo que quieran (H123). (…) No, no me he sentido apoyada (H128).

Pues yo tengo dos amigas hondureñas, pero yo…., muchas veces prefiero estar con otra gente, de otro lado, no con hondureñas igual a mí. Porque muchas veces, en nuestro país, somos demasiado egoístas…, Que no nos gusta ayudarnos mutuamente, ese es el problema, no nos gusta ayudarnos, solo queremos que solo nosotros nos miremos bien, no queremos darle la mano a otra persona para que también a esa persona le vaya bien, y prefiero mejor estar con otra persona de otro lado, no con hondureñas (J106). Me siento más mejor con otras personas de otro lado que con hondureñas, por el egoísmo, preferimos..., por el egoísmo, hay mucha envidia ahí, mucha envidia, cuando tú no tienes nada y la otra tiene, te envidian demasiado, y para eso….(J108). (…) yo me llevo bien con las chicas de Honduras y todo, pero confianza no (J112).

Nativos (6.2): Algunas mujeres informan sobre los nativos con el estereotipo clásico, ya señalado en el código 3.2., "fríos y cerrados" pero cuando "se abren" se pueden considerar amigos para toda la vida. La adaptación es mejor con una interacción positiva con los nativos, ya que se relaciona con la percepción de integración, bienestar y reconocimiento en situaciones de estrés de aculturación como las que se describen.

De agradecimiento, porque se me han dado oportunidades para poder desempeñar lo que me gusta a mí, no he tenido pues en algún momento en que he tenido un problema lo he consultado, lo he comentado y he obtenido una respuesta, un consejo, una opinión..., eso que también a veces, aunque creas que no, te ayuda. Y también pues la gente que tengo, mis amigos de aquí, que considero que para mí son mi familia, son amigos importantes a los que puedo llamar "oye me pasa esto, tengo este problema" o cosas así, considero que tengo amigos (B46).

(…) ¿Apoyada?, sí, sí, sí…, (…). La vecina de abajo era muy peleona pero…, a los dos años que su marido la abandonó, desde aquel entonces la señora es muy, pero muy amable (C69). (…) Muy amable…incluso le invité a la fiesta de mi niña, fue…, les ha regalado juguetes a los niños, donde me ve: "vecina, buenos días" y yo también la saludo y todo (C70).

Exactamente, sí, porque no, si yo tuviera una amistad con una persona vasca…, sí, tengo una amiguita vasca, (…). Con ella conversaba todos los días, (…) (C68).

¿En los amigos?, sí, confió en ellos. ¡Hombre!, es que como no hay… ¿confío en ellos….? Sí…, pues hay, hay amigos, no todos, pero hay, en alguno de ellos sí, puedes coger y hablar (duda) (D150).

Pues tratando de ayudarles a ellos también, porque igual económicamente no puedo, pero de otra forma, sí. Pues…, yo qué sé, pues a una amiga mía, pues ahora como estoy sin trabajar, pues le ayudo a coger al niño en el cole, le llevo a casa, sí…, (…). Sí, si tengo tiempo, y estoy sin hacer nada, y les puedo ayudar en lo que sea, pues les ayudo (D151).

Las dos amigas bolivianas que tengo y las dos amigas vascas, son las mejores amigas que tengo, porque luego hay conocidos, pero ellas son las mejores amigas que tengo. E83. ¡Muchísimo más! y siempre he considerado eso, que los amigos, hay veces que pueden ser más que la familia (E85).

También. Aprender el valor de las amistades, por ejemplo, que antes no podía ni imaginar. Ver diferentes puntos de vista, porque cada…, he tenido amigas y compañeras de trabajo rumanas, eh…, que son del otro lado…, del otro…, yo soy latinoamericana, del otro lado del mundo, entonces he tenido amigas paraguayas…, o sea, de muchos sitios y

aprende uno siempre. Y he visto experiencias de otras personas, que aunque uno no quiera las llega a querer, personas de mi misma nacionalidad, o de otras, que se han enfermado. Por ejemplo, tuve una amiga que tuvo una niña con cáncer, otro señor, que marchó, porque le descubrieron con cáncer también aquí… (E157).

Pero acá me las tengo que arreglar como pueda, y casi siempre me las arreglo con gente conocida, gente amiga, en último caso tendría que pagar una niñera ¡no! pero bueno. Casi siempre con amigas o amigos: "necesito que te quedes con V. tantas horas, o con A…" (G156).

Muchísimo (apoyo), tengo muy buenas…. (H109). (…) No tengo la verdad amigos vascos, no, lo que si he tenido jefas, jefes, pero no…, de la Residencia, sí, pero señoras ya mayores (H110). Sí, porque al principio, claro, yo conversaba con mi jefa y mi jefa me decía: "no te sientas así, son cosas de la vida que pasan", entonces….H125 Eso…, es a mi amiga, a ella, yo, por ejemplo, cosas que yo no puedo conversar con él converso a ella, sí (H132).

Sí, me he sentido bastante apoyada y querida por amigas y por gente de aquí que me parece gente sincera, abierta…, y me he sentido a gusto… I119 En las amigas de aquí sí que puedo confiar, bastante, puedo pedirles ayuda.., sí, sí es gente de aquí, tengo gente de Perú y también gente de aquí. I122 Bueno, pues es que tengo amigas españolas que son vascas que son muy íntimas y también peruanas, también, no, no he sentido esa diferencia… (I124).

Yo la primera vez que vine no me abría a la gente acá. (…) ahí dije: "me voy a poner las pilas y me voy a integrar porque si no me voy a morir", y fue lo que hice, y la verdad que tengo gente muy agradable a mi alrededor y eso es lo que me sirve porque si no yo estaría en Uruguay hace tiempo ya (G55). ¿De toda esta experiencia me estás preguntando? ¡Uh!... (duda), el lugar y la gente (G176).

Ausencia de redes (6.3): Perciben la soledad como la situación más dramática, más viniendo de países fuertemente colectivistas y en los que se valora compartir con otros, pasar el rato juntos, charlar. Una situación que conlleva al aislamiento es el trabajo que realizan. El trabajo doméstico de internas dificulta la vida social, la vulnerabilidad económica reduce las relaciones sociales, en cualquier caso para las mujeres entrevistadas la soledad supone el 10.3 % de ideas respecto a las relaciones interpersonales. La soledad está en relación con su estado de ánimo que va variando en función de su situación socioeconómica y de arraigo. Cuando las redes son débiles es porque ha fallado la familia, los amigos, el trabajo y, por último, la autoestima.

Tengo un par de amigas con…., pero tampoco….., me suelo desahogar en lo superficial (A118).

(…) Quisiera tenerlo pero no lo consigo (C166). (…) Eso…, no consigo esa persona, no consigo (C166). (…) Sí, echo de menos esa persona pero no lo consigo, no lleno ese vacío. Porque tengo mi marido pero, mi marido. Él es…, de esas personas que no le gusta conversar nada, absolutamente nada (C172).

A veces sí, me entra la locura y ya tengo dos semanas que quiero ir a las discotecas a bailar, pero con quién puedo bailar si no tengo. Yo digo ya no importa y un día le digo a mi compañera: "Vámonos a bailar" y me dice: "No, no, que yo mañana me tengo que dormir" y yo: "Sí, sí, estoy así cabreada con mi marido, no quiero saber nada de él" y le digo: "Quiero ir a bailar, vamos a tomar" me dice: "No, no" (C183).

No, tengo amigas y saben de lo que estoy pasando, pero lo que es todo, todo, todo, pues no, esa intimidad…, no tengo, bueno a parte de mi pareja, no tengo (D178).

No, no, amigas de contarnos problemas no (F97). No, no tengo a nadie (F99). En ese sentido no, no tengo apoyo (F102).

(…) me daba pena de no tener a gente con quien quedar más bien, más bien soledad, un poco, sí… I69. ¿Si tengo amigos? Pues todavía no, nada, no, como yo he pasado encerrada…, y hasta ahora salgo…, empiezo a salir ahora… (J104).

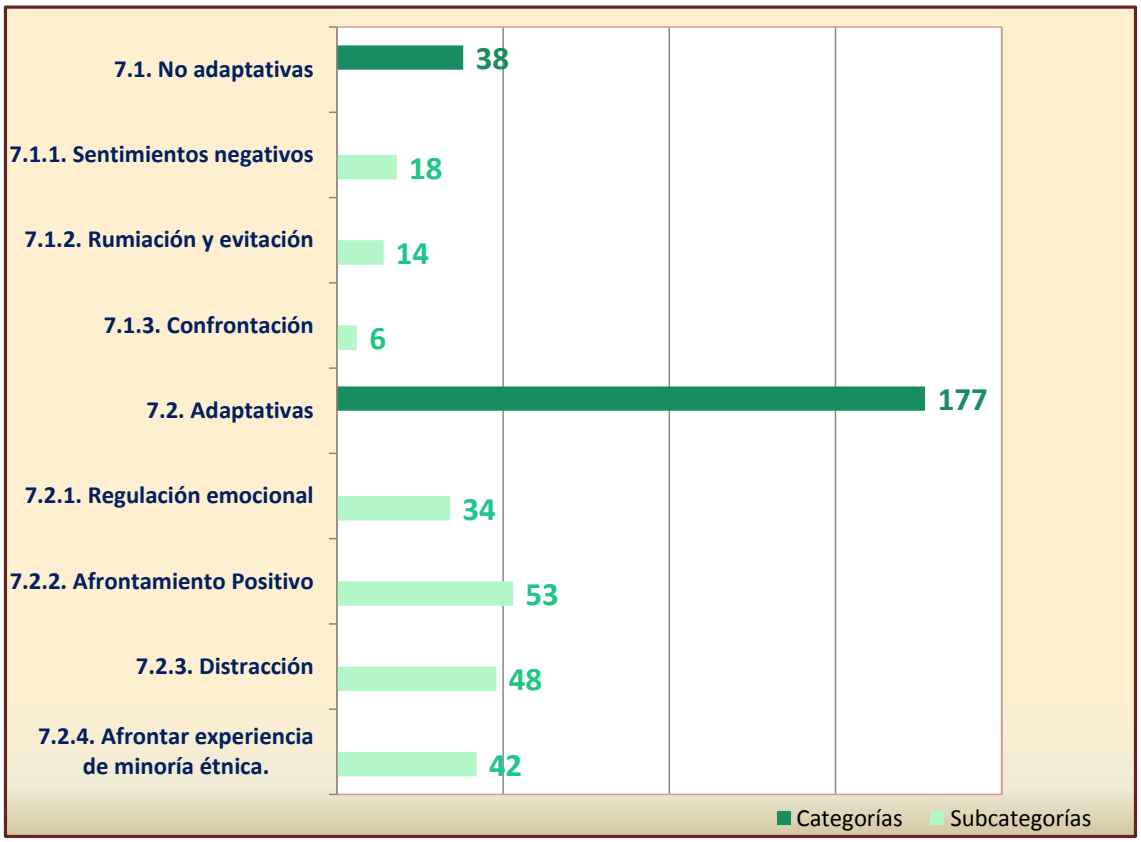
Es muy duro porque me he sentido muy sola, muy sola, porque pues en Colombia sea como sea uno tiene la vecina, la otra vecina, se habla uno por la mañana y se sienta en las calles en una terraza, en el portal de la casa para hablar….La soledad es muy muy muy dura aquí;(…) (F12).

(…) y, sobre todo, porque uno como se está solo, estoy sola, ¿no?, y ahora en este caso sola, (…) o sea, tengo que decidirlo yo todo, no voy a tener ni a mi madre ni a mi abuela ni a una tía, ni a nadie a quien decir necesito salir, o necesito trabajar, me tenéis que cuidar a hijo que eso en mi país sí (G154).

3.5.7. Fortalezas y Afrontamiento

Las mujeres entrevistadas han tenido que adaptarse a nuevos contextos, en ocasiones poco o nada favorables. La percepción de discriminación afecta a su calidad de vida y al balance entre el esfuerzo realizado y la compensación de ese esfuerzo y a los sentimientos generados por las separaciones. Ante estos cambios han desarrollado fortalezas personales y estrategias de afrontamiento diversas.

Figura 9. Fortalezas y afrontamiento. Categorías y sub-categorías



En su mayor parte describen estrategias adaptativas (82.3 %), en las que regulan las emociones, afrontan positivamente los cambios, buscan formas de distracción, y afrontan la experiencia de sentirse, probablemente por primera vez, parte de una minoría étnica. También describen otras respuestas no adaptativas (17.7%), como focalizarse en las emociones negativas, rumiar con pensamientos repetitivos e intrusivos sobre las experiencias negativas, refieren cómo se confrontan y enfrentan a los otros de modo incontrolado o en ocasiones explosivo. Cada una de estas respuestas será descrita a continuación.

Estrategias no adaptativas (7.1)

Sentimientos negativos (7.1.1): Los sentimientos negativos estarían en relación con la percepción de sentimientos de injusticia e infravaloración, el hecho, por ejemplo, de sentirse víctimas de la situación que están viviendo en vez de liberadas. El miedo y la desconfianza están presentes al sentirse rechazadas o percibirse como no formando "parte de". Destacar el hecho de que dan más importancia a los deseos y necesidades de los otros que a los propios, por sentimientos de endeudamiento excesivo y de culpa hacia

los hijos u otras personas. Sin olvidar que las dificultades de afrontamiento se relacionan también con la desprotección familiar y social, con relaciones de pareja conflictivas e insatisfactorias, con un estatus socioeconómico bajo, con acontecimientos negativos recientes, y con la sobrecarga y falta de ayuda en las tareas domésticas y familiares. Todo un conjunto de sentimientos negativos se suceden, desde la baja autoestima a la dificultad para responder a las exigencias, así como los sentimientos de impotencia, incertidumbre y el temor al fracaso.

Me sentía insegura en esa casa era, tenía mucho miedo, mucha vergüenza, muchos nervios…, porque me sentía yo sola, sola (C19).

Bueno…, he tenido muchos momentos pero…, nunca me he decidido porque lo que siempre digo yo: "He sido loca para todo". He tenido muchas decisiones pero hay cosas que no puedo decidir (C98).

Y en vez de confiada me he vuelto más desconfiada. Sí, sí (E148). (…) Más desconfiada, porque creo que la gente no da nada a cambio, eh…, o no le regala a uno nada sin pedir nada a cambio. Sean de donde sean. A lo largo del tiempo uno se da cuenta de eso, de más joven era muy confiada, podía creer que…, que los demás… ¡qué sé yo!, que a uno le pueden regalar solo por su cara bonita, pero no, me di cuenta de eso (E150)

Entonces es algo que me agobia y me da por llorar, digo: "me quiero ir, me quiero ir para mi Colombia", y no tenemos con qué, entonces no tenemos con qué volver (F84). (…) Rabia y tristeza (F89)

Si estoy mal yo, están mal ellos, entonces, bueno, igual ahora es verano, y yo en verano la verdad que revivo un poco. Si fuera inverno capaz que estaría llorando, capaz que estaría llorando acá en la entrevista pero… (G126).

Y hay veces que digo: "qué estoy haciendo" pero no porque este acá. Soy bastante inestable en ese sentido, eh…, hay veces que estoy muy bien, hay veces que estoy bastante para abajo… G153. A veces pienso que sí, que puedo salir adelante, hay veces que digo: "qué me pasa que me quedo estancada", que no puedo moverme, es un poco de miedo también a eso. A veces pienso que puedo afrontar las dificultades y otras no… (G158).

¡Uf!, Yo tuve…, me dio depresión, tuve depresión, sí, yo estuve un tiempo que estuve en Cruces (psiquiatría), estaba bien mal, me dio depresión, H68. (…) Sí, ahí es cuando yo tuve depresión paré en Cruces, estuve muy mal, pero claro…, estuve como cuatro días que parecía que el mundo... ¡Uf!, sí, se me venían las paredes…, claro, estuve con psicólogos, me decían que por el crio tengo que salir adelante, porque él me tiene a mí, mi madre que no estaba aquí, entonces…, eso lo superé. Porque me decían: "piensa en tu niño, tu niño también está aquí" entonces, bueno, al principio lo asimilé (H182).

Cuando llegué acá por primera vez, yo me sentí mal, ¡uf!, decepcionada, para regresarme a mi país. Estuve en Barcelona primero, y me sentía mal en Barcelona, luego me fui para Valencia e igual, y me vine para acá, me vine para acá sin conocer a nadie, (…) (J48).

Rumiación y evitación (7.1.2): Destacan los pensamientos repetitivos y obsesivos que dificultan distanciarse de los problemas y conseguir olvidar. La evitación y el silencio son utilizados como estrategias de autoprotección.

Insegura, eso creo que a una le jodió más la cabeza (C24). (…) No es que sea desconfiada, es que yo quiero… (C170). (…) Yo era eso…, tener que escoger mucho pero ahora he dejado un poco de escoger. Pero es que ahora, como te he dicho también…, ya no voy a estar buscando…, no sé, no sé…, en ese sentido no sé. Últimamente necesito desahogarme, tener una amistad, una persona, pero no lo consigo (C171). En mi pensamiento, lo tengo conmigo y…, y si tú ahora supieras que tengo mis hijos, estuvieras con mis hijos…" (C216).

¡Uf!, no desconectas, imposible, imposible, no desconectas (D193). Me han intentado sacar un día para salir y ¡qué va!, das la media vuelta y dices: "(…) no puedo estar, me voy", pues que no estás conectada, están bailando, están ahí pasándolo bien…. Igual estás, tomas una cerveza y no te entra, no te entra la cerveza, o sea, no, no desconectas, (…), y no desconectas no, te vas. Yo ahora no puedo, no, igual en la cena hemos estado bien, hemos estado de risas, pero llega el momento que te levantas y vas a tomar algo, no me he encontrado bien y me he ido, o sea no puedo desconectar (D400).

Sí, me gusta dormir que sé que no pienso y me desconectó de todo, despierto como si mirando para los lados como diciendo….dormí, vamos a ver qué pasa mañana (F124). (…)Bueno…, unos cuatro años. Ahora mal, ahora no quiero ni comer, no me da hambre, pienso en irme de la casa…y dejar todo, no hay nada porqué luchar, solo el niño (F129).

Porque yo por lo menos llego y es prender la tele y me siento en la cama, arregló el niño y nos vamos para el parque, vuelvo y ya es hora de darle la cena o la merienda, organizarlo a él y otra vez para la cama (F136)

Confrontación (7.1.3): Hacen referencia a la forma de tramitar los sentimientos negativos de ira, rabia, angustia y hostilidad, mediante enfados o la expresión no controlada de emociones. Describen ejemplos de descarga emocional ante determinadas situaciones o dificultades.

Yo soy una persona muy…, yo no soy calmada, si hay una pelea me enciendo rápido, y me encendió, y claro…, y tengo la boca muy malhablada, si me ofendes, pues yo te voy a contestar, soy muy malhablada. D68

Puedo gritar y decir…, y si tengo algún disgusto con alguna persona o qué sé yo…, puedo decirle todo, todo, todo, y acordarme de todo en un segundo, y eso creo que es malo, pero es algo que no puedo evitar, pero…, sí, sí, reacciono fuerte. E96. (…) Sí, yo soy una persona que se guarda mucho las cosas, que puede soportar bastante, pero cuando ya llega un punto en que estallo, pero yo creo que muy mal estallo, yo creo que muy mal, muy mal… (E98).

Muy mal, muy mal, pero no tanto ¿eh?, (…), bueno…, ahora tampoco con mi marido porque también me he enfadado con él, pero ya no soy como soy como era…, porque yo era muy agresiva. C50. (…) Sí, les quería…, tenía muy mala palabra, le quería caerle a golpes, o con lo que encontraba, porque yo antes…, una vez ya me pasó, que mi marido me denunció porque le cogí un cuchillo y se lo quise enterrar, de eso ya me pasó a mí… (C51).

Porque yo si iba.., tan alegre que, hoy me emborracho, me emborracho porque quiero saber que se siente, saber que es emborrachar. El siguiente día lo que me va a suceder…, bueno…Pero estaba bien y sin trago sin nada me puse a bailar y todo eso contentísima…, pero después de dos horas y me salió así, era como que los diablos se me metieron, no quise estar a la fiesta, ya estaba aburrida y todo eso. (…) yo cogí y le di una cachetada, él no se aguantó y le lanzó un puñetazo, y se armó el escándalo. (…) (C53).

Estrategias adaptativas (7.2)

Regulación emocional (7.2.1): Se destacan las estrategias que utilizan para regular los estados emocionales. Focalizan y tramitan las emociones con formas como el desahogo, o intentando confiar en los demás. El afrontamiento religioso es una estrategia utilizada frecuentemente. La religión proporciona fortaleza y consuelo y pone en contacto con otras personas que piensan de un modo parecido, las creencias religiosas proporcionan tranquilidad y da sentido a los acontecimientos de la vida. Se encuentran también testimonios de decepción respecto a "Dios", perder la fe por las pruebas a las que les ha sometido la vida. Asimismo, la regulación emocional está en relación con afrontar la discriminación y el estrés ante las circunstancias adversas de la vida tratando de mantener la calma.

No, yo perdí mucho la fe…, yo pasé por una experiencia muy difícil. Y…, y yo creo que ahí la fe la puse a prueba, y me flaqueo, y me aparte. A112. (…) Es que recé tanto, tanto, si casi incendio la habitación de tanta vela, y… ¡búa!...., perdí la fe, perdí la fe. Empecé a leer mucho, empecé a leer libros de antropología, y me fui alejando de la religión, perdí la fe, o sea, necesitaba como encontrar un motivo para alejarme, y encontré un motivo científico. A115. (…) Si es algún problema pues la reacción es solución, porque…., yo pienso que la reacción tiene que ser solución inmediata. Llorar, lloro poquísimo. (A116).

Sí, sí…, lo hago cuando yo paso por una iglesia…le rezo, le doy gracias a Dios, y me recuerdo de todo y sí…., pasa, pasa… Si pero…pasando por la iglesia a mí me…, me hace mejor. Igual me siento triste o igual me siento muy alegre (C222).

Pues, por ejemplo, mi jefa que es de aquí, y una amiga mía dominicana, pero por lo general…, (silencio) tampoco, sí, porque….., me lo cuento a mí misma. Además, me riño a mí misma, yo me riño a mí misma, yo sola cuando estoy en casa me riño a mí misma, cuando considero que hago algo que no está bien. (A119).

Ahora no, no, nada…, sí, discuto, discuto…, y me tranquilizo (C54). Tengo miedo a morir, pero lo que no me quiero es morir todavía (C193). Ya pero…a mí me gusta la vida, la vida es toda para mí y mis hijos son todo (C195). Y he vuelto de nuevo porque así me siento más, más, más…, más mejor. Me siento mejor. (C220). Sí, sí…, lo hago cuando yo paso por una iglesia…le rezo, le doy gracias a Dios, y me recuerdo de todo y sí…., pasa, pasa… Si pero…pasando por la iglesia a mí me…, me hace mejor. Igual me siento triste o igual me siento muy alegre (C221).

(…) Con mi nieto en el parque, ver la televisión con mi nieto y con mi nieto, con ese se me olvida todo. Llega y se me olvida todo. De que él me dé un abrazo, me dé un beso y esté allí pegadito, se me olvida todo. Me desconectó de todo (F126)

Sí, confío en los demás, sí, eso sí, eh…bastante, y lo necesito porque si no…. Y el tema de si me veo bien…, hay veces que sí y hay veces que no, no me veo bien. Es la verdad, no eso, a veces me siento bien conmigo misma, con lo que hago (G152).

Afrontamiento Positivo (7.2.2.): Destacan su fortaleza para salir adelante en el sentido de tener objetivos vitales claros, para hacer frente a las dificultades, para aceptar la situación por la que están pasando, también destacan la búsqueda de apoyo emocional y el hacer una comparación optimista de su situación.

A veces pienso que ha sido el proyecto desastre, pero bueno, estamos vivos y juntos, entonces es un éxito…, que esa era la idea. Hay gente que lo pasa peor ¡de verdad!, hay gente que está ¡francamente mal! y no…, o sea, a mí me es igual así la gente esté en el otro extremo del mundo, a mí me da igual, y sigue siendo gente. Hay gente que lo pasa verdaderamente mal. Y, con lo malo y con lo bueno, siempre tenemos que sentirnos afortunados, yo por lo menos (A136).

Mejoraron un poquito, porque yo me metí interna y la cosa de interna pues va mal, yo de la noche a la mañana tuve que hacerme una mujer, de la noche a la mañana tuve que perder mis miedos, mis cosas, venir a un país extraño, meterme a vivir y a formar parte de otra familia que se…, porque yo vivía de interna, yo solita con la señora que cuidaba y nada más…, (…) (C16).

Totalmente, me ayuda a desconectar completamente, o simplemente ir y contarle a una amiga y decirle: "mira me está pasando esto, tengo este problema y tal…", y: "ah, pero no te preocupes que a mí también me está pasando lo mismo o esto", y desaparece… (E163).

(…), yo he venido para luchar por mis hijas, y a pesar de que no tengo trabajo, seguiré luchando, (…). J156. (…) de aquí en adelante Dios me va a dar muchas cosas para ganar, y para qué rendirme, no me rindo. J40. Pues normal, con tal que yo encuentre comida no pasa nada, porque hay personas que duermen en la calle, y yo por lo menos…, yo tengo mi habitación donde dormir… (J92). Pues seguir luchando, porque no me voy a rendir, no, no me voy a rendir, voy a seguir luchando por conseguirlo… (J28).

Sí, yo creo que sí, sin duda, ha merecido la pena, también he perdido muchas cosas, pero bueno, no voy a estar ahí culpándome, para nada. Ha habido de todo. I157 Sí, yo creo que sí, que los buenos (momentos) a pesar de todo, a pesar de la separación, a pesar de todo, yo creo que sí, los buenos, la separación, pues bueno, se ha dado, y lo he afrontado bien (…) (I169).

Claro, sí, todo, sales de todo ese caparazón que te protege, pero te enseña muchas cosas. Y que en todas partes del mundo, pues bueno, se vive, bueno, de manera distinta, pero las preocupaciones son siempre las mismas, siguen siendo siempre las mismas, y que puedes contar con cualquier persona…, Bueno, no tienes a tu hermana o a tu hermano, pero tienes a gente que la puedes hacer familia tuya (I142).

No, no, no, porque yo creo que uno tiene que afrontar todo lo que…., cualquier problema que tenga, tiene que aprender a afrontar y yo he venido con una…, cuando llegué aquí…, yo aprendí con el primer trabajo que tuve. Aprendí a amar la vida y que no me importe tanto el dinero. E167. (…) Sí, desaparece los problemas, o escuchar otras cosas peores y uno dice: "!yo me quejo, pero de qué me quejo!", o sea… (E165).

Distracción (7.2.3): Se rescatan aquí las formas de distracción más comunes que utilizan para desconectar y sentirse bien. Destacan cómo, escuchar música y bailar, sobre todo, les ayuda a evadirse de los problemas. Son reiterados los ejemplos de la música y el baile que tienen una importante connotación cultural.

¡Me encanta!, ¡me encanta!, ¡me "desestresa", me "desestresa" un montón!, porque lo disfruto, me lo paso ¡superbién! Además, siempre me aseguro de ir con gente que sabe bailar para no ir allí a comer silla (A168). (…) Bailar, bailar ¡me encanta bailar!, me encanta bailar salsa, porque además lo hago muy bien…, (…) (A164). (…) bailar, y ¡me encanta jugar!, me encanta jugar al dominó con los cubanos, sí, me gusta chincharlos, con los dominicanos y los cubanos, juegan mucho dominó. Jugamos en un barcillo, (…). Eso sí que me ¡"desestresa" un montón!, ¡me "desestresa" un montón"! (A170).

Ah, sí, sí, pues yo soy mucho de escuchar música, porque la música ¡me encanta!, (…), ¡me encanta la música!, y tan solo con escuchar música yo me siento feliz. Y alguna vez, que no soy una persona que salga mucho, alguna vez, pues me gusta salir e ir a bailar y si no quedar con las amigas que tengo, y poder hablar, o tan solo escucharles. Porque aunque me cuenten un problema, lo escucho y se me olvidan los míos, o eso, entonces me gusta quedar con amistades, me ayuda a desconectar completamente. Me gusta bailar, yo creo que lo más común (E162).

Escuchar música. Yo escucho música, me gusta escuchar música, escuchar música romántica y de ahí me pongo a llorar. Me gusta escuchar música romántica y desconectó de muchas cosas, lloro y se me olvida por unos momentos, y después vuelve, pero bueno hay que ser fuerte…J154 (también J153)

Yo, bueno, la música, yo escucho música, a veces salgo a pasear, voy a la piscina con mi crio, eso, y cuando estaba estudiando en geriatría pues me olvidaba todos mis problemas y me concentraba en los abuelos, eso me ayudo a mi muchísimo, la residencia (H156). Si, más con la música, pero a veces, claro, la música lo que pasa que a veces habla la realidad, ¿no?, entonces no, prefiero irme a la piscina, o salgo…, bailar de vez en cuando, no soy mucho de…, salgo en pareja pero muy poco, solo de vez en cuando (H161).

Tendrías que ir a mi casa. Sí, me pasa. Y pinto, pinto cuadros, creo, no sé, (…). Yo sé desconectar, sí, tengo esa capacidad, me hace desconectar si tengo algún problema. Desconecto sí, desconecto, es muy raro que yo no desconecte. G160. (…). (…) Y sí, ¿y qué hago?..., estoy un rato en casa…, me encuentro con amigos. Salgo un rato a tomar algo, a comer o a lo que sea, depende de cómo este económicamente, si no me quedo en casa, invito gente a casa, hacemos algo compartido…y ya está (G166).

Mi evasión o mi mundo es la lectura…, la lectura, me gusta mucho leer, me encanta leer, sí, me siento bien, alejada de todo. Disfruto de eso y de otras cosas…, pero bueno estar con mis hijos, disfruto muchísimo, estar con ellos, salir de paseo, o estar con ellos hablando, estar en casa, disfruto mucho, cosas como escuchar música, bailar también… (I145)

Afrontar la experiencia de minoría étnica (7.2.4): La exposición al prejuicio y a la discriminación forma parte de su vida cotidiana, sus efectos dependen de las estrategias que utilizan para adaptarse y sentirse parte la sociedad en la que viven como se aprecia en los siguientes extractos, que van desde una apreciación de trato positivo y de buena acogida, a aceptar la desconfianza con humor, sin renunciar a su identidad étnica. De este modo no manifiestan distancia ni de origen y ni de destino, más bien reflejan un sentimiento bicultural.

¡Búa!, de muchas forma, pero yo también soy…, o sea, tampoco….., pienso que sé diferenciar la ignorancia de otra cosa, o sea miro…. Me puede doler de una persona que yo considero inteligente, de buenos sentimientos…, y si le veo que señala o algo me rompe los esquemas, pero si no espero nada de una persona tampoco… (A37).

Sí, pero no, yo me he integrado muy bien aquí, cuando estoy con la gente de aquí no me siento diferente. A148. (…) Sí, lo pienso, claro ya… sí, sí. Pero yo pienso que también nosotros los colombianos…, que entre nosotros nos alimentamos ese amor patrio, o algo, porque tú ves aquí, que hasta los críos que nacen aquí son colombianos (A178).

Lo mejor de todo, de toda la experiencia es la familia que tengo aquí, el haber conocido al esposo que tengo, mi hijo y es que yo no encuentro nada distinto…, es que me gusta estar aquí, estoy bien aquí, no me siento extraña, ni me siento ajena, me siento bien, me siento como en mi casa, así me siento, no puedo decirte que me siento extraña, pues no, no me siento extraña, me siento bien, creo que aquí he conseguido muchísimas cosas que yo no me esperaba que podría hacer, o sea, no sé, es algo que no tendría palabras para explicarlo todo (B76).

Entonces, como no me siento…., soy brasileña pero me siento…, es que no sé cómo explicarlo, como que de aquí no me pueden mover, como que…. (D137).

No, no, bueno, ¡hombre!, en los comercios más que en la calle, en los comercios, sí. Odio entrar en un chino, ¡lo odio!, entro en una tienda de China de "Todo a Cien", es que me vienen detrás pegados, siempre, siempre, siempre, toda la vida desde que hemos llegado, a mi madre, a mis hermanas y a mí, nos reímos mucho con el tema D143. (…)A robar, seguro, es que nos reíamos mucho, (…) y decimos: "vamos a entrar en el chino a comprar algo", nos siguen (…) decimos: "mira ya viene el chino detrás de nosotras". Y también en Zara, en El Corte Inglés…, siempre miras que te están mirando un poco, sí, yo soy la más morenita de las tres… (D145).

Y se quejan de eso, no lo ven… Por ejemplo, yo también me quejo de que ellos vengan aquí y no quieren aprender castellano, entonces esas peleas son las que hay, que viene alguien de allí y se quejan del idioma y digo: "perdona, si yo voy a Estados Unidos tendré que aprender el inglés, no voy a ir allí y voy a hablar solo en portugués a la gente pues tendré que aprender". Y hay mucho extranjero que viene aquí y dice: "pues no voy a aprender qué me entiendan" (D91).

Personalmente…, eh…, yo a mis jefes, y todas las personas con la que yo he trabajado, debo decir, que gracias a Dios todas han sido estupendas, que me han sabido respetar, me han sabido colaborar y yo he tratado de responder igualmente, porque yo siempre he sentido el respeto… (E36).

Y no sé un día me dijeron: "vos sois sudaca", y dije: "yo no soy sudaca, yo soy de Uruguay, América Latina" y fue esa la contestación, y ya, pero fue lo único que me ha pasado (G66)

No, la verdad, no he tenido problemas, nunca, yo al principio tenía miedo en la Residencia, cuando estaba en la Residencia, yo decía igual al verme, que va, no, no para nada, eran muy cariñosas, me decían: "la morena" (H104). (…) Claro, me decían: "ahí viene la morena" (H106). (…) yo tenía, sí, más (relaciones) hice cuando estaba en la Residencia, porque claro las chicas decían: "vamos a venirnos de día que vamos a tomar un café" o "es cumpleaños o despedida de soltera" entones, es ahí, que yo me empecé a integrar a saber compartir con chicas españolas me dio… (H135). (…). Por eso, es cuando yo me sentí como que decía: "mira me toman en cuenta a pesar de ser emigrante", porque era la única inmigrante (H136).

Sí, sí, sin duda soy veinte años de Perú y soy veinte años de aquí, he vivido más aquí que en Perú, yo soy de los dos sitios (I44).

De eso nada, nada, para nada (racismo). No, para nada, no. De alquilar casa…, cuando yo, cuando voy a alquilar una casa siempre me dan la casa. Cuando me quedo afuera triste se me acercan los yayos y me dicen: "¿qué pasa, qué pasa, qué tienes, necesitas ayuda?" y por eso no me quejo, me han ayudado. J98. (…) No nunca. Hay personas que dicen de que son racistas aquí pero para mí no, yo no lo he sentido, tal vez ellos sí, pero para mí no, yo nunca, nunca. Te estoy diciendo lo que yo siento, es lo que yo digo (J100).

3.6. Redes de ideas Co-ocurrentes: Estrés de aculturación familiar, cambios de rol y afrontamiento de la migración

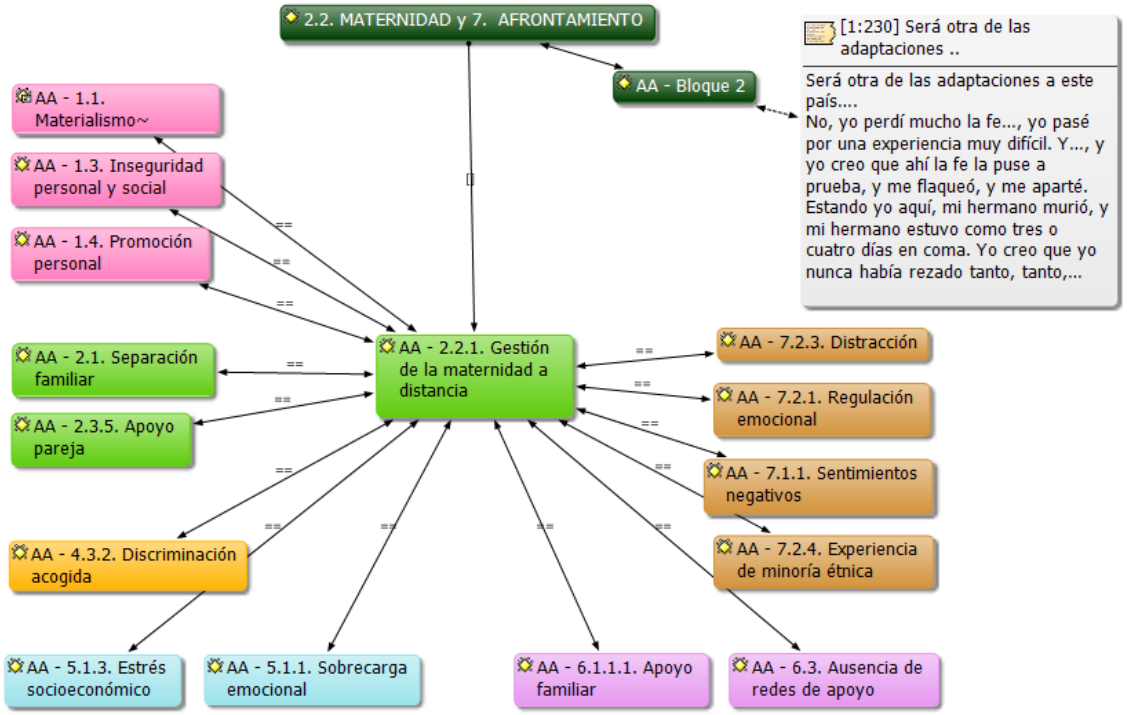
Para tener una idea más holística y visual del discurso de las mujeres se han construido los "networks" o redes de co-ocurrencias, esto es, el tipo de categorías e ideas que se presentan asociadas entre sí porque comparten los mismos fragmentos (cuando se mencionan en los mismos párrafos distintas ideas). Estos networks, son representaciones gráficas extraídas del programa de análisis cualitativo Atlas.ti, que permiten vislumbrar cómo se articula el discurso de las participantes, qué variables se asocian entre sí. Los networks permiten asignar los códigos que vinculan ideas entre sí, así como las citas textuales que los ejemplifican.

Han sido seleccionados al menos un caso por cada mujer entrevistada, de manera que todas ellas estuvieran presentes. Asimismo se han priorizado las variables centrales de este trabajo que están representadas por las macro-categorías 2 y 4 (*estrés de aculturación familiar y cambios de rol)* y se ha analizado su relación con las otras categorías de análisis. Se ha tomado esta decisión con el fin de dar una visión los más sintética posible de las relaciones entre categorías, y para evitar crear modelos demasiado cargados de información.

Se van a exponer distintas historias de vida, que van a permitir ejemplificar las variables y categorías ya descritas para el análisis del estrés de aculturación en las mujeres participantes en este estudio. Para ello, en cada caso, se presentará una figura con las conexiones entre las categorías de ideas que aparecen vinculadas en el discurso (porque se mencionan en los mismos párrafos y fragmentos). De estas categorías se extraen las frases textuales que se exponen en cursiva. Para cada entrevista se hace un perfil que resume y describe cada caso.

3.6.1. Relación entre gestión de la maternidad a distancia y afrontamiento (A)

Figura 10. Entrevista A



El caso de la entrevista A (Colombia, 38 años, mestiza) describe como se gestiona la maternidad a distancia. Como es común, esta mujer proviene de una familia en la que la madre se ocupa de los hijos y hay un padre ausente. Los motivos económicos de promoción familiar y la percepción de falta de oportunidades en los países de origen son motivaron la migración. Además la existencia de redes familiares en el país de acogida es un facilitador de la decisión de emigrar, proporcionando cobijo y un préstamo económico que se ha de devolver. Este apoyo familiar es de tipo instrumental e incluye una serie de favores mutuos en los que se establecen una red de obligaciones materiales y económicas. Como en las familias extensas colectivistas aparece el papel de los primos o parientes. De esta manera, la mujer migrante se convierte en la sustentadora a distancia de la familia, incluso hay una queja explícita porque las lealtades familiares llevan a que las mujeres mantengan a toda la familia, y no sólo a sus hijos, sintiendo que la familia abusa de ellas. La mujer describe las precarias condiciones de vida por las que ha pasado, con jornadas laborales agotadoras tanto en el sector de la hostelería como en el servicio doméstico. Se describe el sufrimiento emocional por la distancia y en el retorno de los viajes al país de origen, el duelo de la separación. En el país de acogida se experimenta la discriminación, el prejuicio y sexismo, en este caso de una mujer colombiana que sufre el sexismo en el trabajo, con comentarios degradantes, que intenta

ocultar a su pareja, y, ante esta presión y contención, finalmente hay explosiones de ira, y síntomas de depresión. En este caso el apoyo de la pareja nativa resulto importante para salir de la situación.

2.1. Separación familiar: *"Con mi madre, con mis hermanas…, eh, pues de casa cuatro y dos niñas que tenía mi padre fuera del matrimonio, pues en total somos seis, incluyéndome. No vivíamos todos juntos, no, los de mi padre, no, mi madre, mis hermanos, mis niños y luego yo."*

1.1. Económicos. Materialismo: *Pues mi madre cobraba una pensión, pero bueno era una pensión deficiente y había necesidad, había necesidad, pues…, pues porque cuando tú has tenido carencias, tú no quieres lo mismo para tus hijos, entonces pues bueno…, yo tenía unos familiares aquí y pues me dieron la oportunidad, y dije: "pues me voy.*

1.1. Económicos. Materialismo: *No, era yo creo el esfuerzo de tirar para adelante con todos, no solo con los niños o sea, porque…, pues eso. Eso es lo que he hecho siempre ayudarlos a todos, de mi trabajo nunca se ha beneficiado precisamente mis hijos, de mi trabajo se ha beneficiado mi madre, mis hermanas…*

1.4. Promoción personal: *Porque no…, porque veía que si yo iba estar allí más, cuál iba ser el futuro, el mismo que teníamos nosotros, ninguno, es que porque yo era joven y qué iba hacer allí, y no solo por ellos, por mí*

6.1.1.1. Apoyo familiar: *Pues un primo de mi padre. Yo vine, o sea, él me ayudo a venir, estuve…, pues hasta que empecé a trabajar creo que al mes y medio y luego me marché pues esa era un poco la condición. Porque él tampoco vive aquí, él no vivía aquí. O sea, él vive en Colombia pero siempre ha estudiado aquí, es parte de la familia de mi padre, que tienen modo (dinero), son gente acomodada. Él fue decano (…), creo que fue decano de económicas en la Universidad de (…), y siempre estudio aquí. Entonces él venía a Santander, ahora ya no, ahora se ha ido de nuevo para allí, él veraneaba aquí y tal. Él se quería mucho con mi padre, porque mi padre era ingeniero forestal y estaba mucho con los indígenas y le regalaban muchas artesanías, y ya sabes la gente culta siempre se enriquece con esas cosas. Y entonces yo le daba pues como pena de verme ahí, con los dos niños, "chavala y tal…", pues no sé. No solo lo hizo conmigo, ha ayudado a dos o tres primas más, darnos el dinero y luego devolverlo y eso.*

6.1.1.1. Apoyo familiar: *No, no, porque él se marchó y no pasaba nada más, y luego pues teníamos…., tenía la protección de mi hermano, de mi madre, que pues no me iban a dejar que nadie me hiciera daño en ciertos aspectos, no sé, éramos una piña, un poco nos protegíamos.*

5.1.1. Sobrecarga emocional: *¡Claro!, ahora ya no, ahora ya no porque mi madre vive en Estados Unidos y ella es la que ayuda a mis hermanas. Mandaba dinero, durante muchos años. ¡Claro!, y aun después de traer los niños, mientras mi madre estuvo en Colombia. Y después de que traje a los niños también, también.*

5.1.1. Sobrecarga emocional/5.1.3. Estrés socio-económico: *Pues de todas formas como allí también todo lo que buscaba era para ellos, pero sí ¡hombre!, tú sabes que todo feo con dinero es bonito, eso ha sido aquí, en la china y en la Conchinchina, no hay que ser hipócritas es así y luego vas allí diciendo de moral muy limpia, no, no, no.*

Pero en el fondo…es así , pero sí es verdad, yo lo veo así, de que aparte, hay mucho, mucho abuso también, o sea ya….,no es lo mismo tú ganar un dinero aquí, que tienes que limpiar, yo por lo menos que he tenido que trabajar dieciocho horas diarias, porque yo en el restaurante E., yo entraba a las diez de la mañana y salía a las cuatro de la madrugada, y dormía en el piso del restaurante, en un colchón en la cocina, al lado de la lavadora, me hice al ruido de la lavadora pero al centrifugado nunca. Y no es lo mismo ganar así el dinero que estar allí sentado viendo novelas, recibiendo dinero todos los meses. Es que hay mucho abuso también.

5.1.3. Estrés socio-económico: *un restaurante, un caserío, en el caserío. Yo trabaje ahí mucho tiempo en ese restaurante, sobre todo yo allí entraba.., me levantaba a las ocho de la mañana, si venía a Bilbao, porque yo vivía en Bilbao, por lo general venia el día y medio que libraba, los demás días me quedaba allí, pero aun estando allí, me levantaba a las ocho y media de la mañana, y salía a las cuatro de la mañana, no dormía ni cuatro horas. ..*

Así estuve un año y medio, un año y un verano, sí. No, al principio también trabajé en el Polideportivo de F. que trabajaba una burrada de horas. Después, buscaba métodos como por ganar más dinero. Después cogí una casa a la mañana. Eh…, luego me iba al G., que trabajé en el G. de S., estaba ahí hasta la una o dos. O sea, me levantaba todos los días a las cinco y cuarto, y me acostaba a las dos y media. Y el día libre era para limpiar o lavar la ropa, o lo que fuera, entonces no, no…, pensando en los niños..., sí, no había tiempo para pensar tampoco, la verdad (se angustia).

2.1. Separación familiar 2.2.1. Gestión de la maternidad a distancia*: Muy dura, muy dura. Mira, que de hecho yo dejé de viajar con frecuencia por eso (se pone a llorar) porque me parecía que cada vez la despedida era difícil. Lo siento (por llorar). Dejar a dos niños pequeños…, Todo, todo, o sea, es el momento en que duele hasta el aire…*

7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica: *¡Búa!, de muchas forma, pero yo también soy…, o sea, tampoco….., pienso que sé diferenciar la ignorancia de otra cosa, o sea miro…. Me puede doler de una persona que yo considero inteligente, de buenos sentimientos…, y si le veo que señala o algo me rompe los esquemas, pero si no espero nada de una persona tampoco…*

4.3.2. Discriminación en acogida*: A todo, a todo, pues he oído de todo. Yo le he oído un día decirme de mi a una compañera de trabajo, estaba…, no sé…, hablaba con unos clientes, y le dijo al marido, y le escuché: "mírala cómo se ríe la hija de tantas, porque eso es a lo que vienen, todas putas a quitarnos los hombres", y te quedas ahí un poco ¡buf! y si le dices algo luego el malo eres tú. Y, por ejemplo, ese tipo de comentarios, de ese tipo de personas, lo escuché muchísimas veces.*

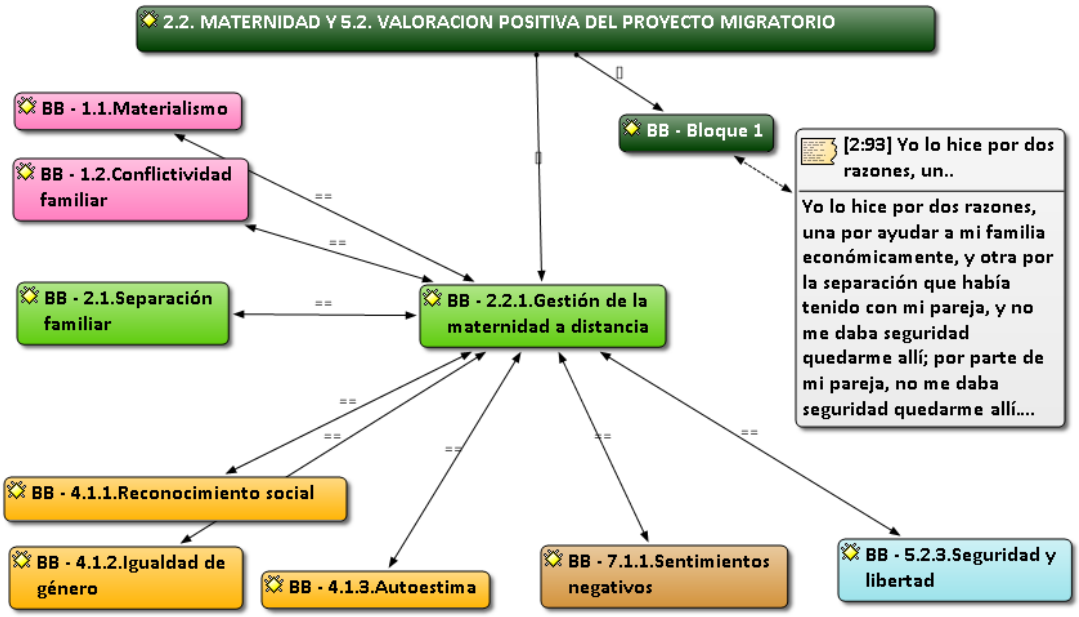
Hasta que un día fue el no va más. Mira, por ejemplo, yo trabajaba en…un bar…. Yo me case aquí con un guardia civil, al tiempo de venir y además nunca lo olvidaré. En el…un bar…., el encargado me decía: "tú colombiana", te mandaba limpiar la cafetera, se paraba enfrente de la cafetera y decía: "no me veo la cara (pone voz de desprecio), quiero verme la cara en ella" (la cafetera).

Un día reaccionas, ya es que entre la otra y él me estaban volviendo loca, reaccionas. Entonces: "qué te pasa", ya me vio como que…, yo no había querido decir nada a mi marido. Yo como que no quería ir a trabajar, yo decía: "no, no quiero ir a trabajar", voy a llamar…, y él decía: "pues qué pasa", no, "entre este y el otro pues me están volviendo loca".

2.3.5. PM: Apoyo–Pareja: *bueno yo te voy a ir a esperar todas las noches", y, bueno, no sé si es que ya me sentí más apoyada que una noche no aguante más les dije… y les dije de todo. Y él entró, habló con el dueño del local, él conocía las leyes mejor que yo, entonces dijo que yo iba a coger una baja por depresión, que les iba a denunciar y, bueno en fin, un montón de rollos, o sea, entonces también me sentí un poco apoyada, o sea…*

3.6.2. Gestión de la maternidad a distancia y valoración positiva del proyecto migratorio (B)

Figura 11. Entrevista B



La Entrevista B (Colombia, 37 años) describe los motivos predominantes de la migración de las mujeres latinoamericanas, impulsada por la promoción económica familiar, añadido a la separación matrimonial y la

ruptura con una situación de inseguridad ante la violencia de género. En este caso la búsqueda de seguridad es un motivo importante y se destaca la sensación de tranquilidad obtendida en la sociedad de acogida. La separación de la hija es el principal duelo para esta mujer acrecentado por el conflicto con el padre que impide la reagrupación que ella desearía para su hija. Los cambios de rol desde la migración han implicado autoestima, sentirse una mujer más independientes, y el aprecio y reconocimiento de la familia de origen. Se aprecian los sentimientos de nostalgia, estar lejos de la familia, especialmente cuando hay que afrontar la incertidumbre e impotencia ante los acontecimientos del curso de vida, acrecentados por la distancia, como la enfermedad del padre.

1.2. Conflictividad familiar / 1.1. Económicos. Materialismo*: Yo lo hice por dos razones, una por ayudar a mi familia económicamente, y otra por la separación que había tenido con mi pareja, y no me daba seguridad quedarme allí; por parte de mi pareja, no me daba seguridad quedarme allí.*

5.2.3. Seguridad y libertad: *¿Aquí has tenido miedo, has sentido inseguridad, peligro, miedo a enfermar a tener mala salud, has sentido inseguridad en este último año? A nivel de salud no, no, desde que llegué me he sentí bien, no…*

2.2.1. Gestión de la maternidad a distancia: *Yo lo he llevado la verdad…", yo creo que lo más…, la separación de mi hija. (…) Lo que llevo mal, mal, mal es la separación con la hija pero por motivos ya muy diferentes al que haya venido aquí, es por el padre, más no es por haberla dejado porque mi intención era traérmela, y pues…, se ha opuesto su padre, pues nada, no puedo. Ahora tiene 14 años, es lo que más…., que de verdad si tuviera la oportunidad o volviese a hacer el viaje, como se dice echar el tiempo para atrás, me traería a mi hija conmigo. Siento tristeza, porque es ver a otras niñas que tienen su misma edad que viven de una manera y que yo quisiera que ella disfrutara de esas mismas cosas y allí no las vive.*

4.1.3. Autoestima: *Creo que al ser uno tan independiente pues eso es algo como más llevadero.*

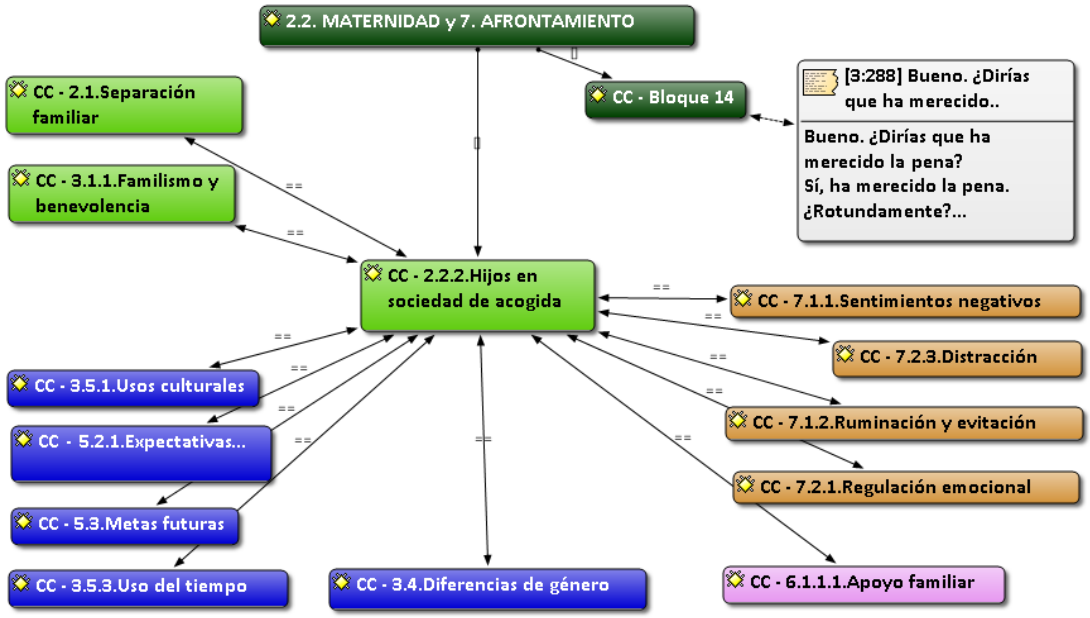
4.1.2. Igualdad de género / 4.1.1. Reconocimiento social: *Para mí a nivel de persona mucho, mucho, porque ha sido haber…, poder tomar mis propias decisiones, como ser independiente, o sea, saber que sólo dependo de mí, de lo que yo haga. Y a nivel de mi familia, pues que aunque sé que los quiero mucho, que me hacen mucha falta, que anhelo pues estar en momentos con ellos también le aporto a ellos; pues igual frases que nunca se me dijeron cuando yo estaba allí y que me las dicen ahora que estoy aquí. No, siento que me acogen con más amor. Anteriormente como estaba allí pues nunca había la palabra: "te quiero mucho", o: "mami te amo" como me suele decir mi padre muchas veces, o sea le cuelgo el teléfono: "mami la amo mucho, te extraño", cosas así, cosas que cuando yo vivía con ellos nunca me dijeron. (…) Si, por mi padre. Madre no tengo, tengo padre. Bueno por mi padre y mis hermanitas que siempre son….*

7.1.1. Sentimientos negativos: *¿Cuándo tienes problemas con tu familia, las cosas no te salen bien…? ¿Qué notas? Impotencia.*

2.1. Separación familiar / 7.1.1. Sentimientos negativos*/: De por sí soy muy nostálgica, yo creo que es eso, la nostalgia, de no poder estar allí y solucionar las cosas estando allí, porque estando aquí no las puedo arreglar. Igual puedo económicamente pero no es lo mismo, como se dice el dinero no arregla todo, el dinero no arregla todo. Mi padre está enfermo y no poder yo ir y estar con él. Eso me da rabia, porque digo yo…, si él estuviera aquí conmigo yo sé que estaría más tranquilo él y estaría más tranquila yo. Y si yo estuviese allí pasaría igual, yo estaría más tranquila y el estaría más tranquilo. No habría como esa inquietud de qué pasa, de que tienes que estar llamando, saber si te dicen la verdad, de saber si las cosas son así o son más graves de lo que realmente te dicen…, ese tipo de situaciones, esa impotencia, no saber concretamente las cosas.*

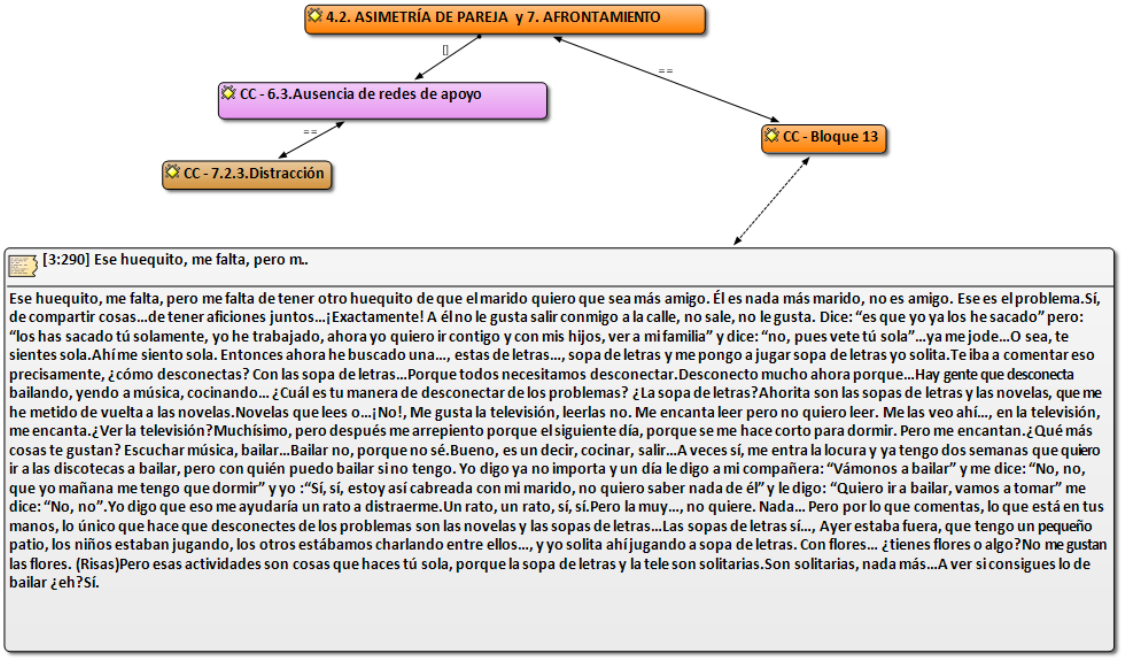
3.6.3. Gestión maternidad en sociedad de acogida y afrontamiento (C)

Figura 12. Entrevista C.1



En la entrevista C (Ecuador, 35 años), esta mujer describe el duelo por la separación de su padre y posterior fallecimiento. También se trata de un caso en el que el conflicto de la crianza se manifiesta crudamente. Una hija nacida y criada en el país de acogida y un hijo que ha sido criado en el país de origen y al volver con su madre tras la reagrupación ésta se encuentra extraña y distante, no lo reconoce, y se enfrenta a las dificultades de su crianza y educación. Expresa creencias de choque cultural de tipo colectivistas y familistas y aprecia el apoyo familiar. Valora positivamente su migración, está abierta a nuevas experiencias como migrar a otro país. Destaca una amplia gama de respuestas ante los cambios, regulando la emoción de miedo y la incertidumbre ante la vida destacando las ganas de vivir, se distrae pero con pasatiempos solitarios (haciendo ejercicio, juegos de letras o viendo televisión) y echa de menos el apoyo de la pareja, aceptando que hay cosas que no puede cambiar, reza para buscar sosiego y tranquilidad.

Figura 13. Entrevista C.2



2.1. Separación familiar: *¿Has sentido durante todos estos años mucha nostalgia, …? No, pero de otra persona sí de mi padre, que te había comentado que mi padre había fallecido y eso me jodió mucho. Al llegar a este país. Él me molestaba…, no me molestaba pero…, no podía vivir sin él. Sí, mi padre hasta que hace dos años lo dejé tranquilo, que tenía que aprender a vivir sin él. ¡Claro!, eso mucho, mucho. Y hasta hoy en día lloro a veces porque lo recuerdo demasiado.* Si no fuera por tu padre, ¿no tendrías nostalgia de tu país? *Yo creo que no.*

2.2.2. Hijos en sociedad de acogida: *No sé pero quiero más a mi hija chiquita que al niño mayor, no lo sé. No lo sé, y yo si lo sé porque no he vivido con el niño. (…) Hay un hueco y ese hueco se nota. Pero de rato en rato yo lo recuerdo y bueno…, beso, acaricio al niño, claro que… hay un tema que el niño es un poquito…, muy despierto, muy malcriado y…, las personas malcriadas no me gustan. (…) Pero el niño te necesita, necesita recuperarte… Sé que me necesita. ¡Claro! (…) Yo sí, sí, lo hago. A ver, me tiene enfada pero ya se me está pasando. Yo le digo: "Que me has hecho lo que no me tenías que haber hecho, porque eso no me gusta David. Tú sabes que a mí me gusta darte libertad, porque lo que ustedes no han tenido...no, lo que yo no he tenido en mi vida se los estoy dando a ustedes ¿eh?... y no me gusta (…) Y en el primer trimestre en la escuela me sacó (…) yo le llamo más o menos, ni bien ni mal.* ***(…)*** *En el segundo trimestre saco buenas notas, ahora en el tercero tenía que sacarme más, más notas buenas, y ha ido a sacar como las primeras notas del principio. (…) ¡Y eso me tiene muy disgustada con él!*

3.1.1. Familismo y Benevolencia*: Lo mejor de todo…el nacimiento de mi hija.*

3.5.1. Usos culturales: *del paisaje, de la comida, de la música, de todas esas cosas tan importante* ***(…)*** *Para mí no. No, porque como no la he vivido…, yo no…, no tanto ¿eh?*

3.4. Diferencias de Género: *A ver, en nuestro país…, aquí todavía nosotras somos chavalas. En mi país no…, nadie me toma en cuenta ya, soy vieja. Porque a mí ya nadie me vuelve a enamora (por la edad).* Allá ya nadie para bodas (risas), sí, se hacen viejas antes allá, sí, sí…

5.2.1. Expectativas cumplidas / Éxito / Beneficios: *Sí, ha merecido la pena. (…)Claro, sí, sí.*

5.3. Metas futuras: Yo*…, por el momento no volvería…, para nada.* Y si saliera alguna oportunidad para ir a otro país, ¿te irías a otro país o te quedarías en este? *Eso sí. Y tenía planeado ya. Hace dos semanas me lo…, si viene una persona y me lo propone me voy.* A otro país.

3.5.3. Usos del tiempo: *Pues me da miedo porque la gente es loca para conducir. Mientras que la gente es loca, yo que soy un poco nerviosa…, pienso voy a morirme más pronto. Entonces por eso…*

6.1.1.1. Apoyo familiar*: Yo sin ellos no puedo bajar a ningún sitio.*

7.2.1. Regulación emocional: *Tengo miedo a morir, pero lo que no me quiero es morir todavía. (…) Ya pero…a mí me gusta la vida, la vida es toda para mí y mis hijos son todo.*

7.2.3. Distracción: *Sí…, también me quería comprar una bicicleta, porque me encanta andar en bicicleta, si no que me da miedo el peligro en este país. Este país le tengo mucho miedo. (…) Hay mucha gente loca que…, porque es algo que a mí me encanta me (…) Por eso no ando en bicicleta… (Risas). Pero a mí me encanta. Claro si ando en bicicleta yo descuido a mis hijos también.*

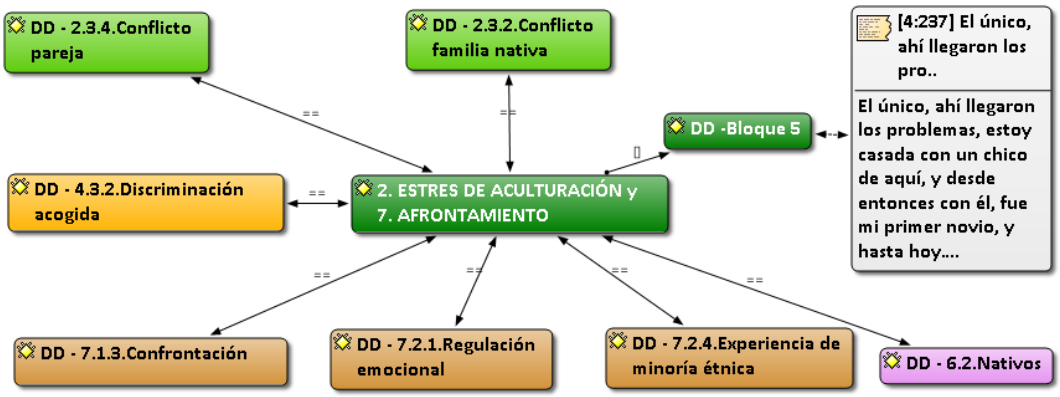
7.1.1. Sentimientos negativos: *bueno…, he tenido muchos momentos pero…, nunca me he decidido porque lo que siempre digo yo: "He sido loca para todo". He tenido muchas decisiones pero hay cosas que no puedo decidir.*

7.2.3. Distracción / 7.2.1. Regulación emocional: *¿Rezas? Mucho. He vuelto de nuevo porque lo dejé (…) Y he vuelto de nuevo porque así me siento más, más, más…, más mejor. Me siento mejor (…) Sí, sí…, lo hago cuando yo paso por una iglesia…le rezo, le doy gracias a Dios, y me recuerdo de todo y sí…., pasa, pasa… Si pero…pasando por la iglesia a mí me…, me hace mejor. Igual me siento triste o igual me siento muy alegre (…) Me pasa tranquilo, sí.*

7.1.2. Rumiación: *¿Cuánto hace que murió? ¡Uff…mi hijo tiene ahora catorce años…., pero es que no lo dejo en paz yo. En mi pensamiento, lo tengo conmigo y…, y si tú ahora supieras que tengo mis hijos, estuvieras con mis hijos…"*

3.6.4.- Relación entre estrés de aculturación y afrontamiento (D)

Figura 14. Entrevista D



La Entrevista D (Brasil, 29 años) corresponden a una mujer casada con un hombre nativo, una pareja mixta. Describe las dificultades que ha tenido con la familia política que ha puesto impedimentos para que se casaran. Manifiesta haber sido blanco del prejuicio por el estereotipo negativo atribuido a la "mujer brasileña". Su historia contiene ejemplos de prejuicio, sexismo y discriminación en el ámbito familiar. Para afrontar la experiencia de ser blanco del prejuicio utiliza diversas estrategias, reinterpreta la experiencia y expresa el perdón, en ocasiones confronta con explosiones de ira, racionaliza y busca explicaciones a las reacciones de rechazo de su familia, expresa formas de desidentificación al distanciarse de otras personas de su grupo étnico en las que para ella no se puede confiar (distanciándose del prejuicio). Esta entrevista es un buen ejemplo de las respuestas ante el estigma sexista de la migración.

2.3.2. PM: Conflicto familia nativa: *El único, ahí llegaron los problemas, estoy casada con un chico de aquí, y desde entonces con él, fue mi primer novio, y hasta hoy. ¿Por qué han surgido los problemas? Con la familia de él, sí, de racismo.*

2.3.4. PM: Conflicto Pareja / 2.3.2. PM: Conflicto familia nativa: *Pues por lo que te he dicho, el problema empezó cuando conoces al novio, al marido, que llevábamos cuatro años o así viviendo juntos y decidimos casarnos. Yo no me he decidido casar porque soy brasileña, y ahí empieza pronto la…. Me hice casar porque mi marido no tenía una situación buena, le echaron de su casa, no tenía la madre, o sea, no tenía donde ir, entonces mi madre le acogió en mi casa. Y luego para que saliéramos de mi casa, hemos salido, hemos alquilado un pisito, y ya viviendo juntos mucho tiempo hemos decidido casarnos. Pero no fue por mi obligación, fue un poco rápido es verdad, fue rápido. (…). Y no quito la razón de ellos (familia política), de que es verdad que fue rápido, pero yo creo que más por su situación que la mía, y ellos igual piensan que es por mi situación de extranjera, de querer papeles, y eso que yo les decía: "si queréis os enseño el DNI, porque lo tengo". Pero claro, tú piensas es tu amigo, pero no, ellos piensan: "ésta viene a lo que viene", y como mi marido es muy callado, tampoco cuenta sus problemas, no dice; "es que soy yo el que tiene que salir de casa, o…".*

4.3.2. Discriminación en acogida / 7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica: *No, igual alguna amiga que otra, pero no. Más que…, lo ves un poco…, que cuando una amiga hace esas cosas, es como más celos lo que tiene que racismo, porque racismo no es, creo…, de hecho son mis amigas hasta hoy, así que no creo, es más en plan de: "!jo!, qué fácil vienes aquí consigues eso y yo no", es sí…., es como más celillos, o….(…) Sí, eso sí que me acuerdo, que cuando llegué, justo tenía 16 o 17, sí que tenían celos las chicas hacia los novios, eso sí que tenían. Miedo a que les quitaras el novio. Sí, eso sí que había en la cuadrilla, no sé, como "!huy! está te ha mirado". Y no sé…, eso que mis amigas son muy guapas, pero no sé. Miedo a quitar los novios ahora ya no. Porque era brasileña, simplemente, es eso, no hay más. Y eso que ellas son guapas, miedo de celos, sí que tenían, miedo al principio, ahora ya no, porque me conocen pero… (…). No, no, en general no me han tratado con respeto, ni valorada, ni nada. Yo creo que…, es por el tema de que eres extranjera, eh…, no tienes un estudio. Si yo fuera abogada o fuera médico, me hubieran tratado mejor, aunque fuera peruana, mejicana o brasileña, pero tener unos estudios…, yo creo que si tuviera un estudio ellos me hubieran tratado mejor, o fuera rubia, no lo sé. Yo creo que en ese aspecto ellos siempre…., mal, mal. (…). Y con el tiempo piensas: "no, han cogido confianza, no, no, sí que me quieren", pero luego siempre sale por algún sitio el racismo. Y dices: "me estoy engañando yo sola, no es que me aceptan, es que ya saben cómo soy, saben quién soy, y me aceptan un poco", pero el racismo sigue ahí, cuando hay un problema sale. Sale, sale, parece eso, que esta tapadito pero no, no.*

¿Has sufrido?... Hemos sufrido cuando la boda, cuando la boda hemos sufrido, porque confiábamos en mucha gente, pensábamos que no existía eso, porque con mis amigos digo: "!qué va! me aceptan completarme", y el día que hemos dicho que nos casamos, ahí, ahí hemos visto todo el racismo de todos, de su familia, de sus amigos, de todos. Se juntaron todos para hacer la despedida de soltero, y en vez de hacer la despedida de soltero fue para hacer una contra boda, para que no nos casemos, cogieron a J. un día, le metieron en el coche, se marcharon con él, le llevaron donde estaban todos, y le obligaron a no casarse. (...). ¿Y qué pasó?... *Pues que vino llorando a casa muchísimo, o sea, fue un paso terrible para nosotros. Quería casarse conmigo, decía que no iba a escuchar a los demás y que sabía dónde se estaba metiendo, y digo: "pues vale, pues para adelante".*

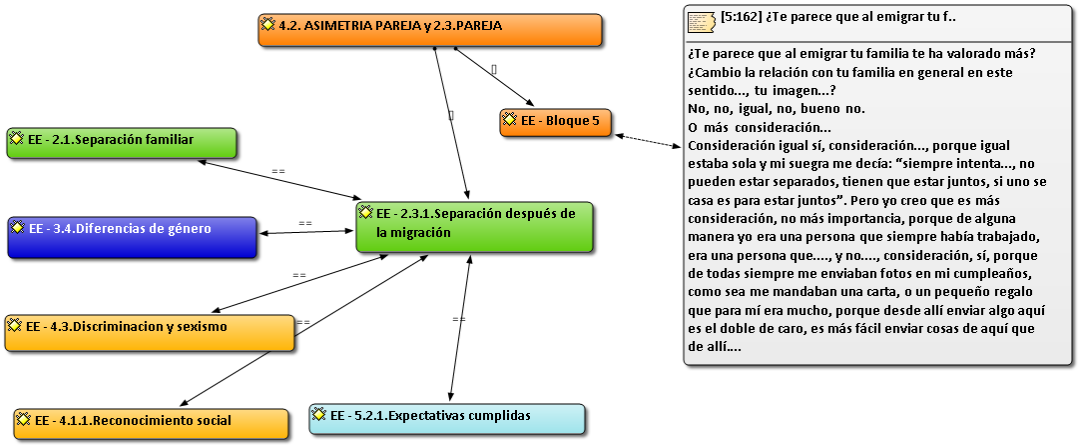
6.2. Nativos / 7.2.1. Regulación emocional: *Son amigas que también me han traicionado, al principio no pero luego, sí, pero luego, ya las he perdonado y estamos bien ahora.*

7.1.3. Confrontación: *Yo soy una persona muy…, yo no soy calmada, si hay una pelea me enciendo rápido, y me encendió, y claro…, y tengo la boca muy malhablada, si me ofendes, pues yo te voy a contestar, soy muy malhablada.*

7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica /4.3.2. Discriminación en acogida: *Entonces, pues tampoco les culpo a ellos, digo: "está bien que miréis a mi marido, que le cuidéis, que miréis de dónde vengo", pero una vez comprobado, porque ya llevo tiempo en esa familia, si al principio habéis comprobado que eso iba bien, que habéis visto que soy una buena chica, que vengo de buena familia, pues ¡hombre! ¡no hay problema!, no sigáis con ello (el racismo). Yo haré eso con mis hijos, si encuentran una persona, buscaré de dónde viene…., pero luego ya….* ¿Te refieres a que no tengan conflictos, a que sean familias normales?....*Eso es, eso es, no porque sea de pobreza o de riqueza.* ¿Eso es tan importante?...*No, no, no, que sea normal. Que no sea una estafadora, que hay un montón de estafadoras aquí por tema de algo. Pues buscaré eso, pero no buscaré si es rico o pobre, si ha comido o no ha comido, o si su madre ha sido puta o no, eso no buscaré, desde luego, eso no me importa.*

3.6.5.- Conflictos de pareja, asimetría y separación después de la migración (E)

Figura 15. Entrevista E



La Entrevista E (Bolivia, 29 años) corresponde a una mujer que reagrupa a su marido y a su hija, una vez en el país de acogida se separan. Muestra las dificultades de la reagrupación y el sacrificio económico que acaba en separación. La historia muestra la asimetría de género en la adaptación a la sociedad de acogida, con un marido que deseaba retornar y que afrontaba la situación bebiendo, desencadenando tensiones y celos. Ella no tiene dificultades para integrase, pero él no consigue aceptar el tipo de vida mostrando resentimiento hacia ella. Poder rehacer su vida tras la separación, tener a su hija viviendo con ella junto con las posibilidades de promoción personal, son las dos cuestiones que le llevan a valorar de manera positiva su migración y situación vital actual.

2.1. Separación familiar /4.1.1. Reconocimiento social: *Consideración igual sí, consideración…, porque igual estaba sola y mi suegra me decía: "siempre intenta…, no pueden estar separados, tienen que estar juntos, si uno se casa es para estar juntos". Pero yo creo que es más consideración, no más importancia, porque de alguna manera yo era una persona que siempre había trabajado, era una persona que…., y no…., consideración, sí, porque de todas siempre me enviaban fotos en mi cumpleaños, como sea me mandaban una carta, o un pequeño regalo que para mí era mucho, porque desde allí enviar algo aquí es el doble de caro, es más fácil enviar cosas de aquí que de allí.*

2.3.1. Separación después de la migración: *Sí aquí, aquí en Bilbao. Ahora estamos mejor, antes peor, ahora mejor. A la niña la cuidada, la quiere mucho y es un gran padre, mejor. El tiempo ayuda mucho la verdad, porque de no querernos vernos…., poco a poco, pues por niña…, sí más tranquilidad y bien…*

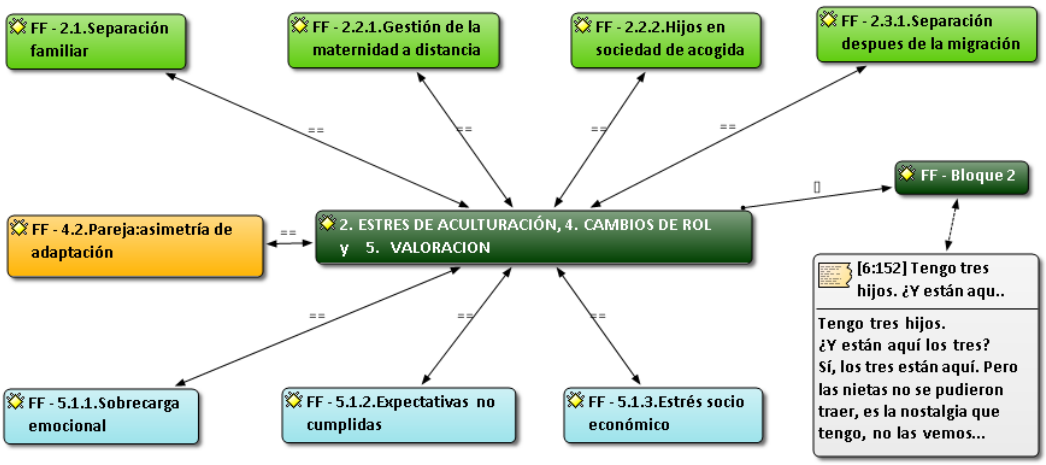
2.3.1. Separación después de la migración / 4.2. Pareja: Asimetría de adaptación: *Sí, un poco, sí, peleamos mucho sí…., fue un problema, él siempre se ponía un poco de que quería…., de que: "por qué no nos vamos", que: "él aquí y su familia allí", le tocabas eso y él se quería ir.*

4.2. Pareja: Asimetría de adaptación / 4.3. Discriminación y sexismo/ 3.4. Diferencias de género: *Claro, yo en parte no entendía eso y decía: "pero estás ahora con tu familia qué más quieres", y decía: "pero no, mi familia…, que no sé y tal", y bueno, hay personas que, bueno, siempre quieren separar a la familia, y al final él…. Aquí lo malo también es que hay muchos bares, y a toda hora y todo, entonces al bar…, empezó a salir mucho, eh…, yo a reclamarle también mucho, otras personas pues que decían: "!ay! tu mujer es muy amiguera…que salía" y él era una persona muy tradicional: "!ah! pero tú estabas sola y aquí… y no puedes estar así porque me tenías que respetar…". Yo le decía: "yo te respeto pero eso no quiere decir que no pueda tener amistades". Y Supongo que él creía que no podía existir una amistad digamos…, él creía que no podía existir una amistad entre un hombre y una mujer y yo decía: "pero puedo tener amigos tanto como amigas".*

5.2.1. Expectativas cumplidas/Cambios positivos: *Ahora no, porque los tiempos están un poco difíciles. Mi hija está aquí y creo que todo lo que tengo es para ella, si puedo ayudar pues lo hago pero ya no….*

3.6.6.- Relación entre estrés de aculturación, cambios de rol y valoración del proyecto migratorio y afrontamiento (F)

Figura 16. Entrevista F.1



La entrevista F (Colombia 55 años) refleja una trayectoria prolongada de migración de una mujer ya madura que luchó por salir de su país, y logró reagrupar a sus hijos. Los años de separación de su familia de origen le han llevado a distanciarse, los contactos que al inicio eran frecuentes e intensos ya son más débiles. La separación se produce por la asimetría en la relación, un conflicto en las expectativas de los roles de género, el hecho de trabajar y aportar más a la economía doméstica no fue aceptado por él, en especial el paro deja vacío el rol de hombre proveedor lo que conduce a respuestas de aislamiento. Esta mujer expresa la idea de que la migración rompe la pareja. Además, se enfrenta al maltrato psicológico de alguno de los hijos, que proyecta sus problemas en la madre, lo que le hace sentirse maltratada y utilizada y pone en cuestión todo el esfuerzo invertido. Esta mujer expresa el sueño roto de la emigración: el propósito de retornar con la pareja en la jubilación, una vez lograda una casa propia en el país de origen. Esta historia describe las formas que el personaje usa para analizar su experiencia. Hace una reinterpretación que intenta destacar los aspectos positivos, buscar un sentido al esfuerzo y la lucha, para conseguir traer a los hijos. También destaca el impacto negativo del paro, en especial en los hombres de la familia, el sobreesfuerzo emocional experimentado, la añoranza del retorno, como se va distanciando de los compatriotas en los que no confía, y las tensiones familiares. Esta situación conduce a un afrontamiento poco adaptativo, las preocupaciones se plasman en pensamientos rumiativos, al abandono del contacto social y a la paralización. La impotencia y la nostalgia describen su situación.

2.1. Separación familiar: *Sí, los tres están aquí. Pero las nietas no se pudieron traer, es la nostalgia que tengo, no las vemos crecer o no las hemos visto crecer.*

2.2.2. Hijos en sociedad de acogida: *Mi hijo me chilla me maltrata, tiene 33 años, quiere volver pero no puede. La esposa de él está con otro (en Colombia) y me da miedo que haga una locura.*

2.1. Separación familiar: *Sí, muchísimo, muchísimo, pienso ahora que mi nieta va a hacer la primera comunión y no puedo estar allí; y mucha tristeza porque tampoco ellas nos llaman, no nos hablan por teléfono….poca comunicación con ellas ya.(…). Sí, se ha ido distanciando con el tiempo. Al principio todo era…a cada rato me llamaban "Abuela que si esto…abuela que si lo otro…" y ahora ya ni me doy cuenta si están bien o si están mal….poca comunicación con ellas.*

2.2.2. Hijos en sociedad de acogida / 5.1.1. Sobrecarga Emocional: *Con mi hijo poca comunicación, es el padre de mis nietas. Él no me dice nada, ni cómo están, ni…lo único cuando necesita algo, o las niñas necesitan algo. Él tiene mucha chulería. Mis hijos abusan de mí. (…). Sí es egoísta, un interés egoísta. (…) ¿Que ha aportado? para los míos, nada. Porque ellos no han agradecido lo que yo he hecho. (…). Sí, a mis hijos. Porque supongamos mi hijo me costó mucho dinero para traerlo y todavía en este momento me reprocha que lo hubiera traído de Colombia. Me reprocha, me dice que no quería venirse.* (…) *Sí, porque dice que estaría mejor allá, y gasté muchísimo, muchísimo dinero para poderlo traer y la otra niña también, la pequeña también que traje tuvo el bebé. Y lo dice, todos los días lo dice. (…). No, no tienen respeto, no tienen consideración, siento que no me quieren, siento que soy un objeto que cuando me necesitan, sí, soy útil para ellos. Por lo menos en el mes pasado no tuve que mandarles, con todo el esfuerzo y todo dejamos de pagar los servicios para tener dinero para él para que mandara para las niñas. Entonces ahí sí, me habla, y ahí sí, se ríe conmigo, el resto se pasan las semanas y no nos hablamos ni nada con él.*

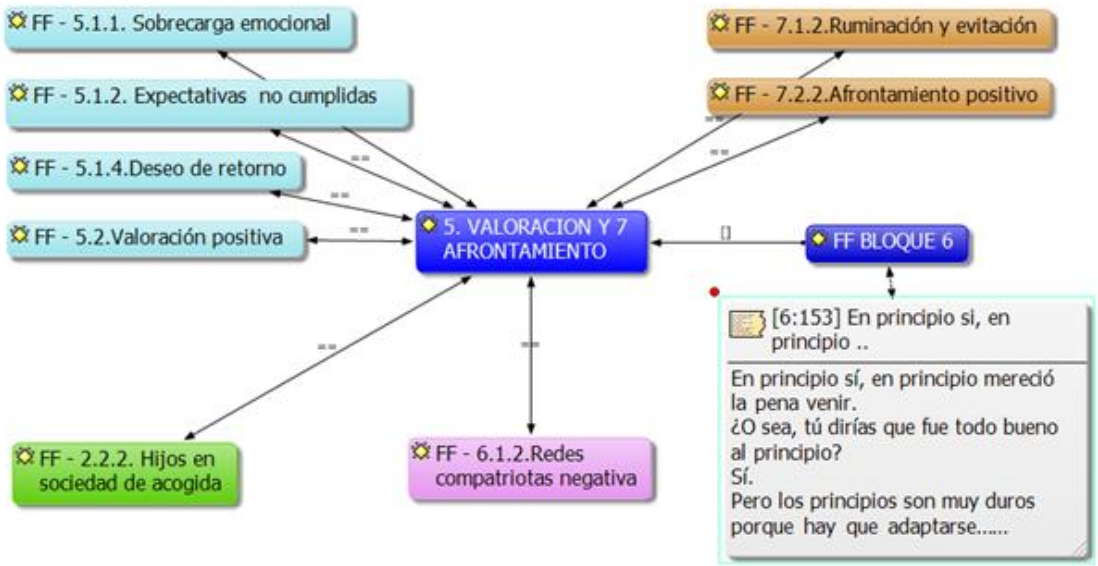
2.3.1. Separación después de la migración / 4.2. Pareja: Asimetría de adaptación: *Sí, hemos cambiado, nos hemos separado. Vivimos juntos pero separados. (…). Por las circunstancias, porque él ve que yo trabajo y él no puede trabajar, entonces pues…él se ha puesto un poco más apartado de mí. Y cuando yo le diga -que no importa, que pues…él está cuidando del bebé…que eso no importa... dice que no. (…). Sí, a mi nieto. Que ese lo cuido yo y me lo entregó mi hija. Y dice él que no, que eso no puede ser porque yo no puedo trabajar tan duro y que nadie está aportando. Entonces él decidió cambiar de habitación.*

2.3.1. Separación después de la migración / 4.2. Pareja: asimetría de adaptación: *La relación de pareja la ha roto la emigración, la roto la economía porque al principio todo era mi esposo….*

5.1.3. Estrés socio-económico/4.2. Pareja: asimetría de adaptación: *Sí, es más bien por eso, por la situación económica. Porque si él estuviera trabajando yo sé que estaríamos juntos, porque en el principio fue así, en el principio trabajábamos, ganamos dinero para pagar allí, para pagar las compras… entonces en lo que hace que él dejó de trabajar ha cambiado mucho, es muy callado, no dice nada; pero él dice que no quiere hacerme daño a mí, entonces dice -déjame a mí en la otra habitación y duerme tú con el nene- , -Porque yo no puedo ni mirarte la cara-, me dice.*

5.1.2. Expectativas no cumplidas: *Con este paso he perdido mucho. (…). Sí, se puede decir así. Se fue deteriorando todo, vinimos con mucha ilusión los dos de conseguir algo para podernos ir y vivir la vejez, esa fue la meta que nosotros nos montamos en el avión y dijimos -nos vamos 6 o 7 años, trabajamos para conseguirnos una casita y luego nos venimos, y vivimos de lo que vamos a ahorrar; y así una vejez tranquila que nadie nos tenga que dar nada.*

Figura 17. Entrevista F.2



5.2. Valoración positiva: Éxito/Beneficios/Crecimiento y reinterpretación positiva / 7.2.2. Afrontamiento positivo: *Me voy a quedar con ese recuerdo bonito y la lucha, más que todo en esos cuatro años fue la lucha de luchar por traer a mis hijos, que me sentía muy bien, trabajaba bien día y noche y logré traer mis hijos. Para mí eso fue lo más grande, y el amor, y el amor de sentirlos que los pude traer. Aunque ellos no me agradezcan, pero yo si siento que he hecho*

algo bueno… (…). Mi experiencia fue eso, de saber que decían: "no, usted no es capaz, usted no es capaz de traerlos y me traje mis dos hijos. Que no pude traer a mis nietas, luché y luché también pero no pude, pero también me siento satisfecha de que los tuve en Venezuela no faltó nada, mientras que estuvieron en Venezuela. No sufrieron de nada. Porque la pequeña entró por Venezuela pero los otros no pudieron entrar por Venezuela y volvieron a Colombia y mi hijo me confirmó su contrato de trabajo aquí.

5.1.2. Expectativas no cumplidas: *Sí, la mitad, porque mi esposo lleva tres años sin trabajar y mi hijo lleva dos. Y desde ahí, desde que él dejó de trabajar todo se fue al traste, bajamos completamente todos.*

5.1.4. Deseo de retorno: *Sí, sí, volvería a mi país (...). Sí, tengo añoranza y de que nos resulte irnos.*

5.1.1. Sobrecarga emocional: *El esfuerzo se ha quedado en nada.*

6.1.2. Redes compatriotas negativas: *No, no hablo con ellos.*

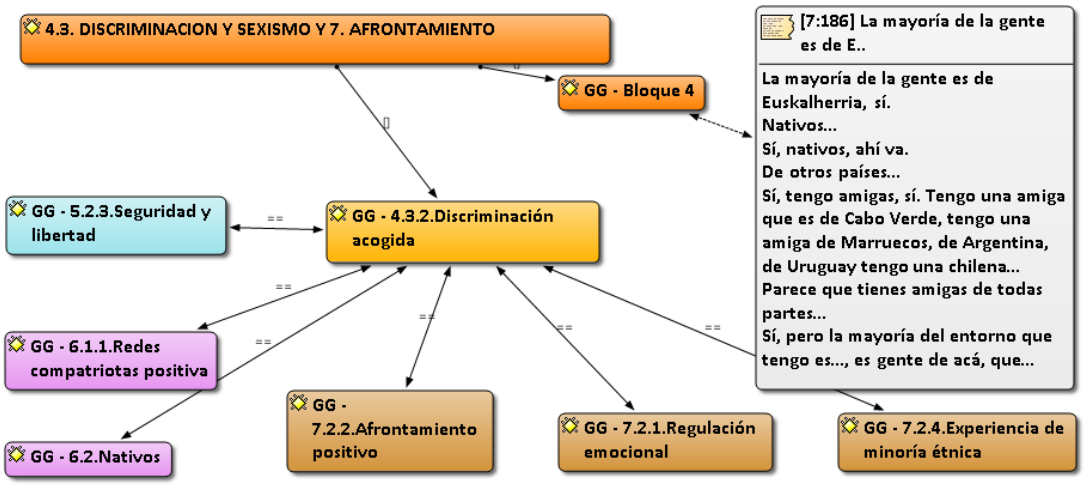
2.2.2. Hijos en sociedad de acogida: *Es difícil poner palabras a ellos. Porque tengo una que me reprocha todo, todo, todo. De que tengo el hijo allí, de que debo tenerlo mantenido, de que es un vago, de que lo eché a la calle…entonces eso duele.*

7.1.2. Rumiación y evitación: *Porque él ya tiene sus cosas y mi hijo no tiene. Y yo la calle no lo ha hecho, que yo me dejo mangonear, entonces con ella hablamos un poco, viene si, ella viene a mi casa hablamos un poco…me comenta, pero yo no la comento. Escucho y le digo sí, o no, bueno. Ella me dice eso: "usted ya no habla, usted ya no es la misma, usted es ya cómo muy lenta" digo sí, los años. Pero es porque ella me viene a echar muchas indirectas.*

7.1.2. Rumiación y evitación: *Bueno…, unos cuatro años. Ahora mal, ahora no quiero ni comer, no me da hambre, pienso en irme de la casa…y dejar todo, no hay nada porqué luchar, solo el niño (su nieto).*

3.6.7.- Relación entre experiencias de discriminación (personal y grupal), sexismo y afrontamiento (G)

Figura 18. Entrevista G



La Entrevista G (Uruguay, 37 años) aborda la discriminación y su afrontamiento. Como es frecuente, se percibe situaciones de discriminación que afectan a las minorías étnicas pero no percibe discriminación personal. Este caso es un buen ejemplo de la respuesta de distanciamiento del estigma de la inmigración. La mujer atribuye experiencias de discriminación y perjuicio en otras minorías, mestiza o marroquí, pero no en su propio grupo ni personalmente. Ejemplifica una respuesta de defensa frente al estigma respondiendo ante la definición de "sudaca". Muestra agradecimiento y una visión positiva del trato recibido en el país de acogida. Describe un perfil de redes bicultural, con amigas de distintos países y de mujeres del País Vasco con las que contactó a través de la escuela de sus hijos, aunque da la impresión que los contactos con

nativas son más superficiales. Afronta la migración con una actitud de apertura y búsqueda del contacto social.

4.3.2. Discriminación en acogida/7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica: *Igualmente, convengamos que yo soy rubia y blanca, si yo fuera negra, fuera con rasgos indígenas, yo creo que la cosa sería muy diferente. Porque, sí, tengo una amiga chilena que le ha pasado, que vive en A. está casada con un chico de acá y le ha pasado cosas.*

4.3. Discriminación y sexismo: *Sí, por ejemplo esta chica que es marroquí, sí, lo he visto, lo he visto, y eso que ella no está con su pañuelo y todo esto típico, está vestida como nosotros, pero sí, tiene los rasgos de ahí. Y a la chilena también, es muy indígena, sí, y a ellas sí, les ha pasado, han sentido rechazo, pero a mí no me ha pasado.*

5.2.3. Seguridad y libertad/7.2.2. Afrontamiento positivo: *Muy bien, muy bien, muy bien. A mí me gusta mucho, me gusta Bilbao, a mi Bilbao ¡me encanta! Eso me va a costar, si en determinado momento yo me tengo que ir, me va a costar muchísimo. La gente…, la diferencia que hay, el respeto, porque a mí la verdad que no me ha pasado nada…." (…). No, nada. Y yo estuve tiempo ilegal acá, porque tenía que pasar tres años para pedir la residencia, ahora es diferente, ahora cambio esa ley, porque depende del convenio que tengan con tu país. Pero nunca he tenido problemas, ¡jamás!, ni he sentido inseguridad, ni miedo en ese sentido, si me paran yo tengo una hija española, no me van a sacar de acá, pero no me ha pasado nada.*

6.1.1. Redes Compatriotas positivas: *Sí, tengo amigas, sí. Tengo una amiga que es de Cabo Verde, tengo una amiga de Marruecos, de Argentina, de Uruguay tengo una chilena…*

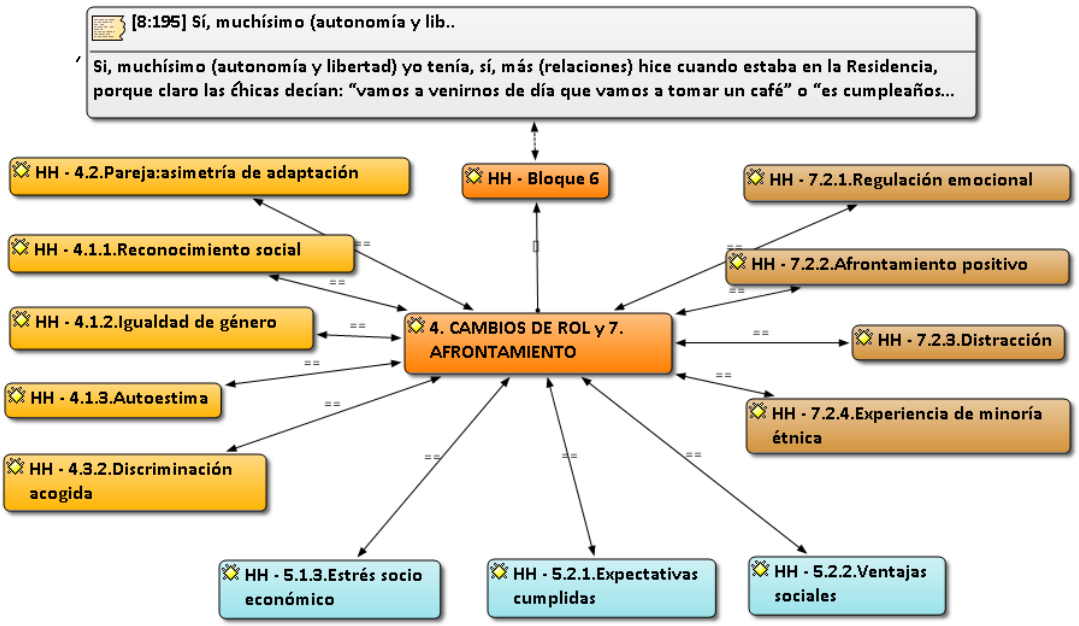
6.2. Nativos: *Sí, pero la mayoría del entorno que tengo es…, es gente de acá, que conocí cuando vivía en el Casco Viejo, porque mi hijo empezó ahí la escuela y tal, y nada, quedé en contacto, y cuando volví a venir también. Y nos vemos, nos vemos muy seguido*

7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica: *Y no sé un día me dijeron: "vos sois sudaca", y dije: "yo no soy sudaca, yo soy de Uruguay, América Latina" y fue esa la contestación, y ya, pero fue lo único que me ha pasado.*

7.2.1. Regulación emocional: *Tienes personas de confianza, para pedir un favor, contar tus problemas…Sí, sí, si no me muero, sí, decidí abrirme porque si no…*

3.6.8.- Relación entre cambios de rol y afrontamiento (H)

Figura 19. Entrevista H



La Entrevista H (Ecuador, 29 años). Esta historia corresponde a una mujer que llegó reagrupada por su madre junto con su hijo. En origen al emigrar la madre, se tuvo que hacer cargo del cuidado de sus hermanos y su padre siendo una niña y en un ambiente de alta conflictividad familiar (describe a su padre como maltratador) su madre migró huyendo de su pareja. Ella misma fue una madre adolescente y sola, del padre de su hijo nunca supo nada. Ya en Bilbao contrajo matrimonio con hombre natural de Bolivia, él bebía, sufrió maltrato psicológico, y situaciones de intenso aislamiento social, volvió a repetir la situación que vivieron sus padres. Perdió a su hija al llevársela el marido a su país de vacaciones pero no volvieron, la intensa angustia de esta separación derivó en un ingreso en una unidad de psiquiatría. Es un ejemplo de superación personal, a pesar de lo vivido muestra agradecimiento, siente que ha conseguido salir adelante sola, el trabajo ha sido para ella su liberación, se siente fuerte, integrada y apoyada por todas las personas nativas con las que ha estado en contacto y muestra agradecimiento también por su madre que le abrió el camino del cambio, sorprende su optimismo y sus ganas de luchar. Nunca ha vuelto a su país.

4.1.2. Igualdad de género: *Sí*, *muchísimo (autonomía y libertad) yo tenía, sí, más (relaciones) hice cuando estaba en la Residencia*, *porque claro las chicas decían: "vamos a venirnos de día que vamos a tomar un café" o "es cumpleaños o despedida de soltera" entones*, *es ahí*, *que yo me empecé a integrar a saber compartir con chicas españolas me dio…*

4.2. Pareja: Asimetría de adaptación / 4.3.2. Discriminación en acogida: *Ahora sí*, *antes yo…, yo no, o sea, el padre de mi hija me hizo sentir una persona que yo no valía, me sentía pisoteada*, *sin conversar con nadie, no salía ni al parque porque él me decía no era capaz de buscarme otra persona en mi vida*, *porque él me decía que nadie me iba a mirar. Cuando él supo que yo me cuide (anticonceptivos)*, *me decía que solo las putas se cuidan, muy marginada*, *me flaqueé, era superdelgada*, *no comía*, *muy mal*, *pero ahora… (…). Claro, no me pegaba, pero psicológicamente me tenía bien pisoteada*, *o sea de no salir ni a un parque juntos, tenía vergüenza de mí, me decía que él está solo por mi hija… (silencio).(…). Al principio éramos: "vuelve*, *separamos, vuelve*, *separamos"*, *así yo estuve como dos años, porque ya le tuve a mi hija y todo. No fue un embarazo de alegría*, *como decir: "ella va a tener una hija mía"*, *porque era niña*, *no, todo fue desgracia tras desgracia, él bebía alcohol y todo eso*.

4.1.1. Reconocimiento social / 4.1.2. Igualdad de género/ 4.1.3. Autoestima: *Yo ahora me siento que soy fuerte*, *o sea yo*, *con la pareja que ahora tengo*, *ya no es como antes. (…). Qué valgo, será también por el esfuerzo de mi trabajo que digo: "yo trabajo y yo no dependo de ningún hombre"*, *entonces será por eso que yo también me he hecho fuerte.*

4.1.3. Autoestima / 7.2.2. Afrontamiento positivo: *Sí*, *porque yo he sufrido, practicante he sufrido sola*, *he luchado sola adelante*, *entonces ya no me siento de esa persona que dice: "!ay! si me dejan"*, *yo me sentía antes así: "si él me deja me muero, no puedo vivir sin él…"(…). Sí, muchísima, he tenido muchos tropiezos pero de esos tropiezos he aprendido. (…).Sí, ¡uf! me he caído muchas veces pero me he levantado. Y ahora*, *sí, me siento valiente, o sea*, *me siento fuerte, valiente*.

5.2.1. Expectativas cumplidas/Cambios positivos: *Sí, ahora me siento muy contenta*, *tanto con la pareja*, *en el hogar y todo muy…*

5.2.2 Ventajas sociales/ 7.2.3. Distracción: *Sí, en la Residencia. Era con los abuelos, tal vez los veía como unos abuelos míos, muchísimo, la residencia me olvidó…, como estudiaba y luego me fui a las prácticas*, *eso me olvido a mí de los problemas*.

7.2.1. Regulación emocional: *¡Uf!, lloramos todas, nos salimos*, *éramos siete compañeras*.

7.2.1. Regulación emocional: *Hasta que yo conocí a otro chico*, *a un chico*, *entonces yo iba conversando con él*, *y vi las cosas…., éramos amigos, entonces, él me decía: "no, tú tienes que salir", ahí es cuando yo fui cogiendo…, cómo decir*,*… no*, *yo valgo, fui, o sea*, *empecé a conversar con él…*

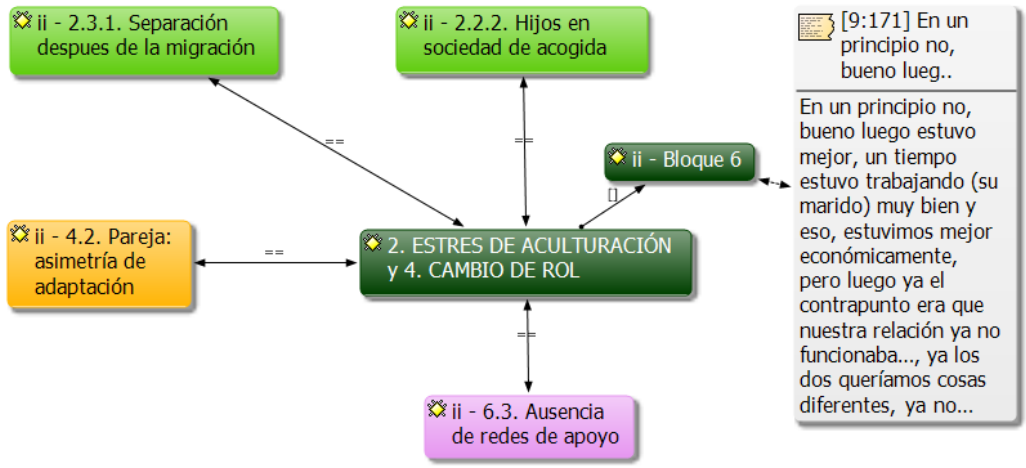
7.2.3. Distracción: *Sí, más con la música, pero a veces*, *claro*, *la música lo que pasa que a veces habla la realidad, ¿no?*, *entonces no*, *prefiero irme a la piscina, o salgo…*, *bailar de vez en cuando, no soy mucho de…, salgo en pareja pero muy poco*, *solo de vez en cuando. (…). Cuando estoy alegre….*, *pues… no sé*, *cocino*, *me gusta cuando estoy alegre cocinar, bailo en la cocina, sí, bailo…*

7.2.3. Distracción: *Yo, bueno, la música, yo escucho música, a veces salgo a pasear, voy a la piscina con mi crio, eso, y cuando estaba estudiando en geriatría pues me olvidaba todos mis problemas y me concentraba en los abuelos, eso me ayudó a mi muchísimo, la residencia.*

7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica: *Sí, fue en el trabajo de la Residencia (de mayores). Por eso, es cuando yo me sentí como que decía: "mira me toman en cuenta a pesar de ser emigrante", porque era la única inmigrante.*

3.6.9.- Relación entre estrés de aculturación y cambios de rol (I)

Figura 20. Entrevista I



La entrevista I (Perú, 43 años), es un caso en el que la mujer vino reagrupada por el marido y para la promoción de éste, piensa que hubiera sido mejor para ella no migrar porque no ha podido realizarse como el resto de sus hermanos. Siente por ejemplo no haberse formado académicamente, siente que dejó todo por él y la relación fracaso, sufrió malos tratos y se separó. Esta historia muestra la asimetría en la relaciones de pareja y la dificultad del hombre para adaptarse a los cambios en los roles de género, el pretendía adaptarse a la vida local, mientras ella tenía que continuar con el estilo de vida de las mujeres en su país, manteniendo hacia ella una relación de control. Todo ello repercute en los hijos y dificulta su crianza. Esta mujer que dio el paso de separase contaba con apoyo social de amigas. Mantiene contacto estrecho con su país y su familia de origen, presenta un estilo de afrontamiento bicultural.

2.3.1. Separación después de la migración /4.2. Pareja: asimetría de adaptación: *En un principio no, bueno luego estuvo mejor, un tiempo estuvo trabajando (su marido) muy bien y eso, estuvimos mejor económicamente, pero luego ya el contrapunto era que nuestra relación ya no funcionaba…, ya los dos queríamos cosas diferentes, ya no había cariño. Pues a los cinco o seis años de haber venido aquí, ya era poco más una obligación de estar juntos porque estábamos casados, sin más, pero ya no había ese cariño, ese amor que en un principio nos unía, y bueno…, pues lo mantuvimos sobre todo por los niños, más que todo por lo niños y por… (…). Eh, por mi parte no, yo siempre le decía que esto no funcionaba y que nos íbamos a separar pero él nunca quiso…, él nunca quiso hacer frente a eso y yo decía: "como dos personas adultas nos separamos pero vamos a seguir siendo amigos y vamos a ver por los niños" y él "que no, que no, que no quería separarse y que si me separaba me iba yo pero que los niños se quedaban en casa con él….", él me chantajeaba con eso….(…). Eso fue duro en un principio, pero como tenía las cosas claras ya con él, no me…, y ya no podía llegar a ningún acuerdo con él, pues tuve que tomar cartas en el asunto, tuve que denunciarlo… (…). Sí, por malos tratos, porque hubo, hubo malos tratos, la situación se puso ¡tan, tan mal!, ¡tan tensa! que hubo hasta malos tratos y todo, malos tratos físicos y psicológicos. (…) ¿Él?, tonterías, que no quería separarse que bueno…, aparte de cualquier improperio o insulto. Lo que quería él era tener una vida muy tranquila conmigo y tener "cosas" fuera y… o sea ya.., y yo no …., como yo ya lo dejé de querer, pues ya no sentía ni respeto ni cariño ni nada, nos perdimos el*

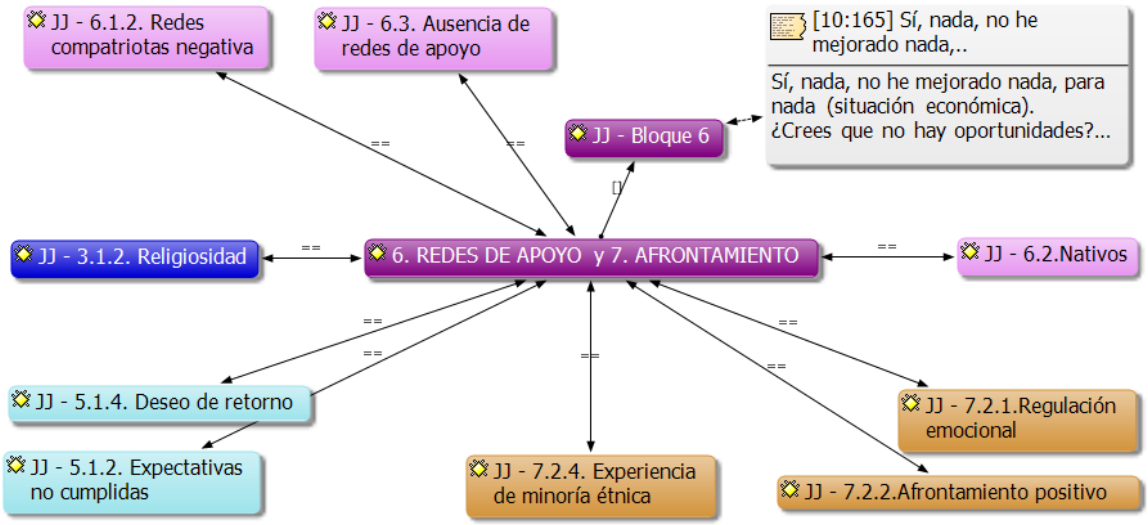
respeto.(…) Duró como cinco años, mucho…, pero le he ido perdonando, lo he ido pasando… porque no lo tenía…., no lo veía como muy importante. (…). Bueno, una denuncia, la única, que fue la definitiva, y posteriormente vino el divorció, así rápido, un divorcio exprés. (…). *La mujer se adapta mucho más, mucho mejor, muchísimo mejor, los hombres todavía mantienen ese rol machista, ese rol protector, no terminan de adaptarse a esta nueva sociedad, no abren la mente, no terminan de crecer, y pasa lo que pasa que no..., sí, y hay choques. Ya del hombre de por sí, por su naturaleza es bastante inmaduro, y le cuesta un poco crecer, adaptarse a un nuevo mundo pues más, es así, no sé, así es mi perspectiva.*

2.2.2. Hijos en sociedad de acogida: *Es muy difícil mantener a los hijos al margen de los conflictos de los padres… Alguna vez, sí, pero no mucho, alguna vez, sí, pero no mucho…*

6.2. Nativos*: Sería una época muy dolorosa para ti, tenías apoyo… Bueno tenía amigas y eso…, sí…*

3.6.10.- Relación entre redes de apoyo y Afrontamiento (J)

Figura 21. Entrevista J



La entrevista J (Honduras, 22 años) corresponde a la historia de una mujer de raza negra y de origen rural, que pasó situaciones difíciles al llegar, viviendo en la calle, donde conoció a su pareja también inmigrante de origen africano. Considera que sus expectativas no se han cumplido y por tanto valora negativamente su proyecto migratorio. Carece de redes de apoyo, afirma haber estado sola, encerrada, y rechaza su identidad de origen, valorando negativamente las relaciones con sus compatriotas de los que desconfía. Intenta manejar sus emociones negativas y su desesperación delegando en Dios, en una actitud fatalista, su capacidad de respuesta emocional está centrada en sus creencias religiosas, solo desde esa perspectiva siente que pueda cambiar su situación. Hace una comparación social ventajosa descendente, en relación a la gente que está en la calle peor que ella. Expresa una actitud de agradecimiento hacia las personas de la sociedad de acogida, negando el racismo. No quiere volver a su país porque no encontraría un futuro allí, cree que con la ayuda de Dios saldrá adelante, su objetivo es traer a sus hijas, aunque no tiene ninguna circunstancia favorable para poder hacerlo. Esta historia representa la situación más clara de exclusión social y vulnerabilidad psicosocial, siendo varios los factores de riesgo que influyen en ello.

5.1.2. Expectativas no cumplidas: *Sí, nada, no he mejorado nada, para nada (situación económica). No, no ha habido oportunidades, porque por lo que yo he venido no lo he conseguido.*

5.1.4. Deseo de retorno / 7.2.2. Afrontamiento positivo / 3.1.2. Religiosidad / 7.2.1. Regulación emocional: *No, pues al principio, como le digo, yo…, yo estaba desesperada para irme, pero no solo porque no he encontrado trabajo, y no, no he mejorado, pero por eso no voy a desesperar para irme, porque tengo que seguir luchando por ellas. Tal vez más allá Dios me ayude y todo mejore, y tal vez todo ese tiempo que yo he perdido me vaya recompensar más allá. (…) ¡Claro!, sí, yo confío, ¡claro! hay que ser optimista en todo, aunque ahorita, no, pero más allá…*

6.2. Nativos: *Y apoyada por gente de aquí…*, *Sí, sí, mucho. Por gente española. Rechazada? no.*

6.3. Ausencia de redes sociales*: ¿Si tengo amigos? Pues todavía no, nada, no, como yo he pasado encerrada…, y hasta ahora salgo…, empiezo a salir ahora…*

6.1.2. Redes compatriotas negativas: *Pues yo tengo dos amigas hondureñas, pero yo…., muchas veces prefiero estar con otra gente, de otro lado, no con hondureñas igual a mí. Porque muchas veces, en nuestro país, somos demasiado egoístas…, (…) Que no nos gusta ayudarnos mutuamente, ese es el problema, no nos gusta ayudarnos, solo queremos que solo nosotros nos miremos bien, no queremos darle la mano a otra persona para que también a esa persona le vaya bien, y prefiero mejor estar con otra persona de otro lado, no con hondureñas.*

7.2.2. Afrontamiento positivo*: Pues normal, con tal que yo encuentre comida no pasa nada, porque hay personas que duermen en la calle, y yo por lo menos…, yo tengo mi habitación donde dormir…*

7.2.4. Afrontar experiencia de minoría étnica: *De eso nada, nada, para nada (racismo). No, para nada, no. De alquilar casa…, cuando yo, cuando voy a alquilar una casa siempre me dan la casa. (…) Cuando me quedo afuera triste se me acercan los yayos y me dicen: "¿qué pasa, qué pasa, qué tienes, necesitas ayuda?" y por eso no me quejo, me han ayudado. No nunca. Hay personas que dicen de que son racistas aquí pero para mí no, yo no lo he sentido, tal vez ellos sí, pero para mí no, yo nunca, nunca. Te estoy diciendo lo que yo siento, es lo que yo digo.*

3.7. Conclusiones y discusión

El objetivo del presente estudio era indagar sobre las experiencias de mujeres latinoamericanas inmigrantes de primera generación. Este estudio buscaba analizar el estrés de aculturación, los cambios de rol y la experiencia de afrontar la situación de minoría étnica en la sociedad de acogida, así como analizar los vínculos de las nuevas familias transnacionales de las mujeres migrantes. Se llevó a cabo un análisis de contenido de las narraciones surgidas en las entrevistas personales semi-estructuradas.

Para ello se realizaron 10 entrevistas en profundidad, donde las participantes fueron seleccionadas para que representaran una tipología variada dentro de las mujeres de origen latinoamericano, que migran por motivos económicos, que son madres, y asumen la tarea de ser las sustentadoras económicas de su familia. Estas mujeres pertenecen a estratos económicos bajos en su país, y ocupan en la sociedad de acogida puestos de trabajo en sectores como el doméstico o la hostelería. Las posibilidades de empleo les otorgan una posición en las nuevas relaciones familiares, como sustentadores y cabezas de familia, que transformará su posición en la familia, en las relaciones materno-filiales y en las relaciones de pareja.

Para asegurar la validez de contenido y estructurar de manera ordenada los discursos, y para poder clasificar las ideas surgidas de acuerdo a las hipótesis y los temas ordenados en las macro-categorías, se procedió primero a la elaboración del sistema de codificación, y a la posterior codificación de las ideas. Asimismo, fue preciso garantizar que la codificación de las ideas se hizo de manera homogénea, para lo que se siguió el procedimiento de acuerdo inter-jueces y se calcularon los índices de fiabilidad (para variables categóricas), todos ellos mostraron un alto acuerdo inter-jueces, con índices por encima de .80. Una vez garantizadas la validez de contenido y la fiabilidad del sistema de codificación se procedió al recuento de las ideas, y sus frecuencias, como modo de expresar las ideas dominantes o más destacables y las menos presentes en los discursos de las participantes. El tratamiento del análisis de contenido por medio del programa Atlas.ti permitió seleccionar aquellas ideas que ejemplificaban los distintos contenidos básicos, o macro-categorías, así como un análisis más fino con los ejemplos de las sub-categorías y códigos de análisis.

Finalmente, se procedió a analizar las redes de ideas, networks, entre las categorías de análisis, ellas permitieron ofrecer una visión más general de cómo se articula el discurso. Para ello se seleccionaron como nodos centrales las macro-categorías más prevalentes (2 y 4) en los discursos, que fueron el estrés de aculturación y los cambios en los roles de género y familiares derivados de la migración. Junto a ellas se mostraron las categorías asociadas. Como la información manejada era abundante (1522 ideas y 60 códigos), se optó por seleccionar ejemplos de nodos o networks por entrevistas, asegurando que todas las participantes estuvieran representadas.

Las ideas predominantes, de acuerdo a las frecuencias de ideas o la frecuencia con que son mencionadas en las narraciones, se centraron principalmente en el estrés de aculturación y los cambios en los roles de género y familiares derivados de la migración; en la valoración del proyecto migratorio y los cambios llevados a cabo por las mujeres y sus familias, y en el análisis de las formas de afrontar los cambios. El 30% de las narraciones trataron sobre las repercusiones de la migración para las mujeres y sus familias, comprendidas en las macro-categorías del estrés de aculturación en el ámbito familiar y los cambios de rol y sus implicaciones familiares. Otras cuestiones fueron también importantes como el choque cultural debido a la percepción de diferencias culturales (20%), y las valoraciones sobre el propio proyecto migratorio (18%), las formas de afrontar el estrés y los cambios en la sociedad de acogida, así como las fortalezas experimentadas (14%), y las redes de relaciones en las sociedad de acogida (10%). Los discursos sobre los motivos de la migración fueron menos importantes (4.7%).

Como se planteaba en la ***(Hip 1)*** se han podido clasificar *los motivos de la emigración* en diversos tipos: a) en económicos-materialistas, que buscan la promoción económica familiar, en especial para el futuro de los hijos; b) la conflictividad familiar será un motivo que refuerce la decisión de emigrar, de manera importante la fragilidad de los vínculos de pareja y las separaciones, así como el deseo de huir de experiencias e historias familiares traumáticas, que en ocasiones también se asocian a la violencia intrafamiliar y de género; c) el deseo de huir de situaciones de violencia sociopolítica, que caracteriza al contexto de los países de origen (agresiones, robos, inseguridad urbana), y que se manifiesta en sentimientos de desesperanza en el futuro de su país; d) el deseo de autodesarrollo o promoción personal aparece de una manera muy solapada. En general los motivos se mezclan y se sobrevaloran las razones económicas, aunque también se aprecian otras motivaciones de autodesarrollo personal como la inquietud cultural, buscar un modo de vida diferente, o un deseo libertad. En general, el discurso socialmente aceptable de las prioridades familiares prevalece frente a las prioridades personales e individuales; e) por último, en la entrevista que se seleccionó de reagrupación familiar se observa que sigue siendo la conflictividad y violencia familiar el impulsor de la emigración, donde una vez la madre ha logrado salir de dicha situación busca facilitar también la salida de la hija.

El estrés de aculturación familiar ***(Hip. 2)*** se focaliza en tres ámbitos, en primer lugar se atribuye a las separaciones antes de la migración (35.8%), también a la tensión por la gestión de la maternidad a distancia y en el reencuentro (27%), y a los conflictos de pareja surgidos una vez las mujeres se han establecido en la sociedad de acogida (34%). Así, las participantes expresan los *costes emocionales de las separaciones familiares,* manifestando sentimientos de tristeza y añoranza por las separaciones de los padres mayores y de los hijos, lo que se suma a la soledad experimentada por la migración. Se mezclan sentimientos de culpa, deslealtad, a la vez que se justifica la migración para proporcionar un futuro mejor a los hijos. Al mismo tiempo, las migraciones crean *familias trasnacionales*, en este caso son mujeres que tienen que reestructurar las relaciones materno-filiales, con los hijos lejos bajo el cuidado de otros familiares, en general las abuelas. En estos relatos domina la culpa y el miedo a la pérdida. Por otra parte, cuando se reagrupa a los hijos, hay que reajustar los vínculos y reencontrase (incluso entre hermanos que no se

conocen porque nacieron antes y después de migrar) en este nuevo contexto se destaca el choque cultural por los riesgos de la nueva cultura para sus hijos que se percibe más permisiva e irrespetuosa.

La migración también implica *cambios en la pareja*. En general ellas migraron primero y ellos se encontraron con una realidad que no esperaban; ellas sostienen económicamente a la familia y viven en un contexto de más libertad que implica cambios de rol que en ocasiones ellos no aceptan, lo que supone frustración en ambos miembros de la pareja y se asocia a las separaciones. En el caso específico de las *parejas mixtas* se manifestarán fuentes de choque cultural con las familias políticas que producirán tensiones de rol y en la propia pareja. En unos casos destacan el anonimato al que se ven sometidas por parte de sus parejas nativas, y las dificultades en la integración en la familia local. También dentro de la pareja se requieren reajustes, respecto a la reagrupación de los hijos, los conflictos con las familias políticas, la violencia de género o las diferencias religiosas. Por último, *la distancia etnocultural entre el origen y el país de adopción* se manifiesta en el sentimiento de extrañamiento, sentirse "exiliadas" o extrañas en todas partes o sentirse de "ningún sitio". Las estrategias que adoptan varían desde la identificación bicultural a la marginal, donde no se identifican con ninguna de las culturas. Todo se transforma, también la percepción de la cultura de origen, con el paso del tiempo o cuando visitan su país, perciben que los vínculos sociales han cambiado, se van atenuando los lazos afectivos y la identificación con el país de origen se relativiza, e incluso puede llegar a menospreciarse.

Al analizar las *fuentes de choque cultural* derivadas de las diferencias entre los países y las regiones de procedencia de las participantes y la sociedad de acogida, se han podido constatar algunas de las diferencias postuladas **(*Hip. 3)***. Así, las fuentes más destacadas de choque cultural fruto de las diferencias en valores y prácticas culturales, fueron la concepción más colectivista, en especial en las relaciones familiares, de parientes y amigos, en un sentido de familia extensa, donde la lealtad familiar puede chocar con los intereses individuales. Esto es especialmente destacable cuando las mujeres descubren las posibilidades de una mayor igualdad de género en la sociedad de acogida. Esto se manifiesta en la importancia que este conjunto de ideas tienen, acaparando casi la mitad del discurso (el 46% de las ideas versaban sobre la dimensión colectivismo-individualismo y las diferencias de género). En general, se constata un choque de valores entre la lealtad familiar, la educación de los hijos en normas jerárquicas y gerontocráticas, frente a una visión más igualitarista, de normas universalistas e individualistas, en la que se prioriza la autonomía personal y la libertad de elección, que se enfatiza especialmente para el caso de las mujeres. La igualdad de género es una de las cuestiones más destacadas, se perciben oportunidades de ganar en autonomía personal, y deshacerse del control masculino y familiar ejercido en la sociedad de origen sobre sus conductas y su sexualidad. Frecuentemente el discurso es ambivalente, se critica y a la vez se ensalza la independencia personal, como en el relato en el que se manifiesta que la lealtad familiar a los grupos primarios de los latinoamericanos impide prosperar y orientarse hacia las metas personales como hacen los autóctonos.

Asimismo, se reiteran ideas sobre la "amabilidad latina" en relación al trato cariñoso amable y cortés frente a la "brusquedad" local, lo que es congruente con una visión colectivista, donde se busca la armonía endogrupal (Hosftede, 2001), también refleja las diferencias entre estilos de comunicación directo e individualista frente a indirecto y colectivista (Gudykunst, Yoon, & Nishida, 1987; Hall & Hall, 1990; Trompenaars, 1994)

El contraste por la religiosidad es una fuente de choque cultural que ya ha sido destacado en otros estudios y en distintos grupos inmigrantes, en especial latinoamericanos y africanos (Zlobina et al., 2004). Aquí surge también, de modo que para las mujeres inmigrantes son importantes los referentes religiosos y la participación en sus rituales. Expresan la religiosidad como forma de afrontar la dureza de la experiencia

migratoria, y se sorprenden de la frialdad de los rituales religiosos en la sociedad receptora. Las mujeres perciben esta baja religiosidad junto con el materialismo, la prioridad por las metas personales, que se reflejaría en las bajas tasas de natalidad, o en el cuidado de enfermos y ancianos, que se delega en otras personas fuera de la familia. Por su parte, las participantes enfatizan sus obligaciones y compromisos transgeneracionales con las familias de origen.

Las diferencias en la *concepción familiar*, el cuidado de los hijos y la educación son notorias. Se critica las relaciones familiares en la sociedad de acogida, considerando que son permisivas, que los padres carecen de autoridad sobre los hijos, y nuevamente que el logro personal y el trabajo están por encima de la dedicación a los hijos. Se manifiesta un contraste intenso respecto al modelo familiar tradicional y los propios de las sociedades desarrolladas individualistas (Hofstede, 2001; Inglehart, Basáñez, Díez-Medrano, Halman & Luijkx, 2004). Otro foco de atención muy destacado es el trato con los mayores, más porque estas mujeres se dedican a su cuidado. Se considera que a los mayores se les debe respeto y obediencia mientras que la sociedad de acogida no perciben ese respeto. Esta visión del familismo jerárquico más propia de los inmigrantes que de los nativos ha sido constatada también con muestras más amplias en España (Basabe et al., 2009, de Luca, 2015; Zlobina et al., 2004).

Las diferencias en los valores jerárquicos frente a los igualitarios son destacados mostrando el contraste entre las sociedades de origen y las de acogida (Hofstede, 2001). Se describen las prácticas de los países de origen como el enchufismo, el padrinazgo y la excesiva burocratización que fomenta la desigualdad social (beneficia a unos y perjudica a otros). Frente a ello se valora de manera positiva algunas instituciones sociales de la sociedad de acogida, como la sanidad, o las prestaciones sociales. También se mencionan las normas universalistas en el caso de la burocracia y las instituciones con las que tienen un contacto constante para la obtención de permisos de trabajo, residencia y reagrupación.

Como señalan los estudios sobre choque cultural y estilos de comunicación (Gudykunst et al., 1987; Hall & Hall, 1990; Trompenaars, 1994; Ward, et al. 2001), se mencionaron diferencias en las prácticas culturales (vestimenta, comida, etc.), así como en los estilos de comunicación más indirecto y armonioso característico de las culturas colectivistas frente a un estilo percibido como más directo y brusco en el País Vasco (de Luca, 2015; Zlobina & Páez, 2003; Zlobina et al., 2004). Son diversas las menciones a los estilos comunicativos, la diversidad en las expresiones culturales y lingüísticas que complica y dificulta "hacerse entender"; entre ellos el sentido del humor, las bromas, las expresiones de enfado, de agresividad, malhumor; y los estilos de comunicación en función de la edad, el sexo o el estatus de la persona a la que se dirigen. Otra dimensión destacada se refiere a la planificación del tiempo, el "ritmo de vida" local y la puntualidad. Como en otros estudios (de Luca, 2015; Zlobina et al., 2004), se percibe la puntualidad y la planificación de la agenda como signo de eficacia social, a la vez que se manifiestan las dificultades que se han tenido para acostumbrarse a este ritmo de vida local.

Por último se señalan, al igual que sucede en otros estudios (Achotegui, 2004; de Luca, 2015), el contraste por las condiciones ecológicas, el clima o el paisaje; en este caso entre Latinoamérica y el País Vasco es importante. Destaca especialmente la asociación entre la imagen del clima frío, triste, oscuro, lluvioso, y poco acogedor del inicio, a la llegada, que se entremezcla con los sentimientos de melancolía y añoranza del lugar de origen.

Confirmando la hipótesis cuatro, la migración implica toda una serie de *cambios en los roles de las mujeres* ***(Hip.4)***. En primer lugar, se menciona que los nuevos roles sean percibidos son fuentes de reconocimiento, respeto, prestigio social, de oportunidades para lograr autonomía y libertad personal, así como fuentes de autoestima y confianza en sí mismas (42% de las ideas). Estos cambios también han tenido

consecuencias negativas en las relaciones de pareja mencionadas en un 21% de ocasiones; y otras consecuencias negativas como las experiencias de discriminación y sexismo (36.8%).

Las mujeres experimentan un cambio en la posición que ocupan frente a sus familias y perciben que obtienen *reconocimiento social*, admiración y respeto por haber podido desarrollar habilidades personales y laborales, se sienten más independientes. Contribuir al bienestar de sus familias a pesar de las situaciones de falta de soporte emocional, por las separaciones, y la precariedad económica por el trabajo que realizan, han logrado prestigio personal y social en sus grupos de origen. De esta manera las mujeres racionalizan y justifican su sacrificio por el reconocimiento familiar. Por otra parte, una constante en los relatos es la cuestión de *la mayor igualdad de género* en la sociedad de acogida, la sensación de libertad con la que pueden desenvolverse, aun en los casos donde no se han cumplido las expectativas; incluso aunque su deseo sea volver, encuentran más oportunidades en general para el desarrollo personal desde una perspectiva económica y por el enriquecimiento psicológico y cultural percibido. Fruto de estos cambios, todas las mujeres entrevistadas señalan que han ganado en confianza en sí mismas, se confirman como mujeres activas y capaces de reconstruir su vida, considerando que su experiencia ha sido un aprendizaje. Hacen una reconstrucción positiva sintiendo que han crecido como personas y aprendido de la experiencia.

Las relaciones de poder dentro de la pareja pueden cambiar tras la migración, y los ritmos de adaptación de cada miembro de la pareja también. Así, las mujeres que vinieron en pareja y se han separado después son una constante, relatan las dificultades de los hombres para adaptarse, que las mujeres se adaptan más rápido y que los hombres regresan a sus países, o expresan su deseo de hacerlo con quejas permanentes que giran entre la añoranza y el "no ha merecido la pena". En sus testimonios las mujeres descartan el retorno, enfocan su proyecto migratorio más a largo plazo, piensan más en quedarse y en la reagrupación familiar.

Asimismo, las mujeres destacan las *experiencias de discriminación* y el miedo al rechazo social en sus países de origen, así cuando migran por primera vez son protagonistas, inmigrar como mujer sola puede ser desaprobado por la familia, se exponen a estereotipos y prejuicios sexistas que les describen como mujeres fáciles, se exponen a un discurso social, que critica y degrada la reputación de las mujeres independientes. Por otra parte, en la sociedad de acogida, a pesar de la mayor libertad que estas mujeres experimentan también perciben situaciones de explotación y dependencia en el empleo doméstico.

Tal como se formulaba ***(Hip.5),*** *las valoraciones del proyecto* migratorio incluye tanto elementos positivos como negativos, dominando solo ligeramente los elementos críticos negativos (52% versus 48%). Los costos subjetivos de su experiencia incluyen desde la sobrecarga emocional, el estrés socioeconómico por las condiciones precarias laborales y las exigencias familiares, en especial por la incertidumbre y el deterioro social por la crisis económica, la vergüenza ante las expectativas y los retos no cumplidos, el deseo de retorno y los sentimientos de añoranza que plasman un dilema personal entre retornar o no, junto a las comparaciones desventajosas respecto a la vida en el país de origen. La experiencia es ambivalente, por un lado afirman sus capacidades y ser reconocidas por sus familias, pero al mismo tiempo ven como el envío de remesas precariza su calidad de vida e incluso sienten el abuso de sus familiares en origen, al tiempo que la sobrecarga laboral del empleo doméstico y las presiones por obtener recursos económicos les expone a prácticas discriminatorias y a relaciones de explotación.

Hay otros elementos que se valoran positivamente, como la realización de las expectativas y los logros, que van desde los económicos y sociales por la protección de la sociedad de acogida (protección sanitaria, y en educación para los hijos), los sentimiento de seguridad y de libertad de movimiento, vivir en un contexto

que se percibe seguro y con paz social, hasta los personales como la auto-eficacia obtenida al mostrarse ante sí mismas capaces de afrontar los cambios que conlleva la migración.

En relación a las redes sociales ***(Hip. 6)***, las relaciones con los compatriotas son importantes, estando presentes en el 63% de las ideas, resaltando que son fuentes de apoyo positivas en la mayor parte de las ocasiones (65%) pero que también representan tensiones y conflictos (34%). Las redes con nativos se mencionan en menor medida (26.5%), y aparecen ideas que reflejan el aislamiento y la falta de redes de apoyo (10.3%) (Figura 8). Los comentarios sobre las redes sociales manifiestan la necesidad apremiante de encontrar apoyo mutuo por las condiciones de precariedad y la soledad experimentadas, este estar abierta a la búsqueda parece reflejar una mayor sensibilidad en las participantes para captar las necesidades de apoyo mutuo en otras personas**.**

Como se postulaba ***(Hip. 6),*** las *redes sociales* serán fuentes de apoyo social y emocional pero también producirán tensiones y conflictos. Las relaciones con los compatriotas proporcionan solidaridad (como el apoyo en la preparación del viaje, y en la llegada), apoyo emocional e instrumental, poder hacer amistades, y distraerse. Pero al mismo tiempo serán conflictivas, con rivalidades, que a veces producen una respuesta de distanciamiento del endogrupo y de desidentificación. Este tipo de respuesta ha sido definido como individual y como mecanismo para huir del estigma de la migración (Bobowik et al., 2014), si bien puede interpretarse como una deseo de individuación y liberación frente a la presión del endogrupo.

Los relatos reflejan una mayor presencia de las redes de compatriotas que de autóctonos, no obstante, aunque nuestra hipótesis postulaba que en el caso de los nativos las relaciones se darían fundamentalmente en la esfera laboral, siendo escasas las amistades o la intimidad con personas nativas, los relatos destacan como algunas mujeres consiguen establecer amistad e intimidad, y lograr apoyo de personas nativas, en general de otras mujeres (vecinas o amigas).

Por último, los sentimientos de soledad serán intensos en algunos casos, cuando fallan los amigos la familia, el trabajo. Las situaciones de soledad resultan especialmente chocantes cuando se proviene de una cultura fuertemente colectivista, donde se comparten casi todo el tiempo y el espacio con los parientes y amigos, y se sanciona positivamente la lealtad, el compartir y el pasar tiempo juntos.

Como en todo cambio importante en la vida y, en especial, cuando dichos cambios implican fuertes desafíos, se desarrollan fortalezas personales al afrontar todo un abanico de situaciones que van desde la inmersión en un nuevo medio cultural, hasta las nuevas relaciones familiares y sociales. Los estudios sobre afrontamiento del estrés (Bobowik et al., 2014; Ruiz de Alegría et al., 2013; Skinner et al., 2003) han diferenciado entre estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas en la medida en que afectan a la calidad de vida y la salud emocional. En el presente estudio, como se postulaba (***Hip. 7***), las mujeres migrantes han recorrido un camino de intensos cambios. En las entrevistas han descrito *las fortalezas* que han desarrollado, algunas de ellas ya mencionadas, ganar auto-confianza al verse capaces de salir de sus países, viajar solas, llegar e instalarse y al comenzar un nuevo estilo de vida se ven como mujeres independientes. En la macro-categoría de fortalezas y afrontamiento, se han recogido las formas de afrontamiento, demostrando la gran capacidad de adaptación de las personas ante el estrés y los desafíos, así las mujeres relataban principalmente *estrategias adaptativas* (82%). Muchas de ellas centradas en *regular las intensas emociones negativas* experimentadas, entre ellas se han mencionado la expresión o el desahogo y confiar en los demás, también las creencias y prácticas religiosas se describen como estrategias que proporcionan consuelo y ponen en contacto con otras personas que piensan de un modo parecido proporcionando tranquilidad y dan sentido a los acontecimientos de la vida, en última instancia, tratar de mantener la calma ante las adversidades. Un conjunto de respuestas resaltan las fortalezas, son *formas*

activas de afrontar las dificultades, definiendo los objetivos vitales importantes, la aceptación de la situación por la que están pasando, también destacan la búsqueda de apoyo emocional y el hacer una comparación positiva de su situación resaltando los aspectos positivos más que los negativos. Complementariamente las mujeres buscan *formas de distracción*, como la música y el baile, que ayudan a relajarse, olvidarse de los problemas y centrar la atención fuera de las situaciones laborales, lo que disminuye las emociones negativas y activa el afecto positivo y la alegría. La *experiencia de ser parte de una minoría étnica y la exposición al prejuicio y a la discriminación* se convierte en parte de su vida cotidiana, las respuestas van desde una actitud de agradecimiento por el trato positivo y la buena acogida, hasta el humor que permite relativizar la desconfianza que surge en los contactos inter-étnicos, y el choque cultural que genera situaciones de incomprensión.

Al mismo tiempo, también se describen *formas negativas que acrecientan el malestar y que* se mencionaron en 17% de las ocasiones. Dichas respuestas incluyen la *focalización en los sentimientos negativos,* que van desde la culpa, el dolor y la tristeza ante las pérdidas, a la sensación de vulnerabilidad por sentirse víctimas de explotación o abuso familiar, a los sentimientos de impotencia e incertidumbre y al miedo al fracaso. A todo ello se superponen los *pensamientos repetitivos e intrusivos* al tiempo que se *evita pensar* las preocupaciones vuelven repetidamente. Ante esta presión en ocasiones se pierde el control y se confronta y enfrenta con los otros de modo incontrolado y explosivo. Estas respuestas de *descontrol y explosión de la ira* pueden quemar las redes sociales y acrecentar los sentimientos de soledad, como también han mostrado otros estudios de afrontamiento (Ruiz Alegría et al., 2013).

Se han descrito las historias de las mujeres participantes, seleccionando para ello las partes del discurso que hacían referencia a las macro-categorías *estrés de aculturación familiar y cambios de rol (*2 y 4). Estas variables constituyen los elementos centrales de este estudio. El interés se centraba en analizar los cambios que se producían en los roles familiares y de género como consecuencia de la migración, así como sus implicaciones en las relaciones familiares, de pareja, y en los distintos modelos familiares. Las familias se transforman en núcleos trasnacionales, se crean nuevas parejas, y la mezcla cultural se manifiesta en las parejas mixtas. Las redes de ideas (networks en lenguaje del programa de análisis de contenido empleado Atlas.ti) mostraron cómo se articulaba el discurso y las categorías de análisis. De este modo, las redes de ideas de las entrevistas ofrecen un panorama heterogéneo aunque a la vez con constantes que se repiten de una historia a otra.

La motivación de promoción económica y social se refleja en todas las narraciones, estas mujeres con hijos, sueñan con poder darles un futuro mejor que el que esperan puedan lograr en sus países de origen, por ello, en su mayor parte, quieren reagrupar a los hijos. Para algunas mujeres también la búsqueda de seguridad social (como el caso de Colombia) o personal (como en los casos de malos tratos) se convierten en estimulos para migrar y en general no retornar.

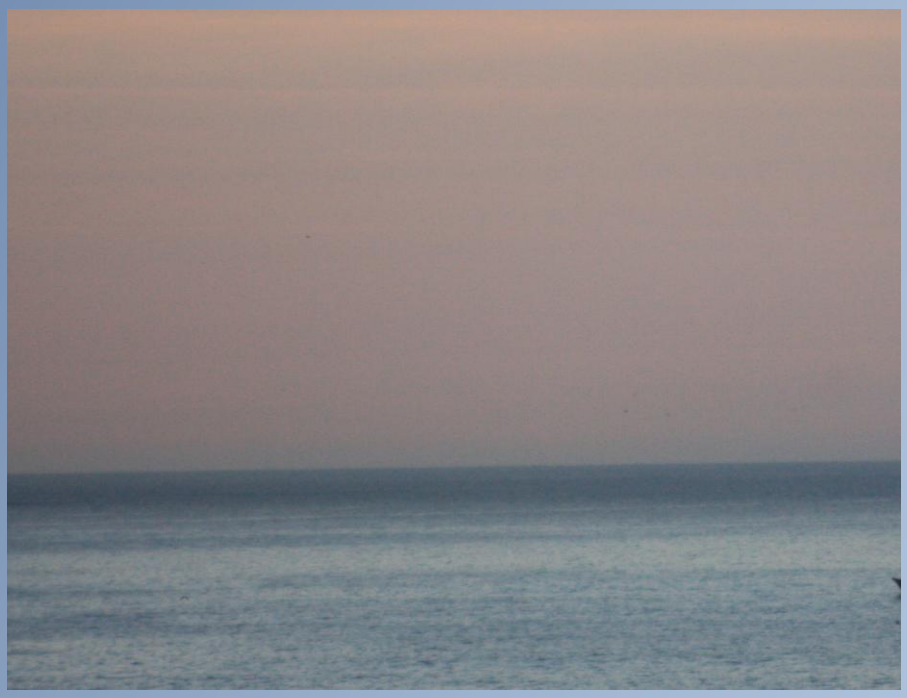
Las familias latinoamericanas son extensas y fuertemente colectivistas, van más allá de los padres y los abuelos, integrando a parientes y primos. Las redes migratorias de familiares y parientes facilitan la salida del país y una primera estancia en acogida, de este modo se establecen lealtades y redes de obligaciones materiales y económicas. Se puede observar a lo largo de las entrevistas que las familias se trasforman también en el país de origen, cuando los hijos se quedan. De modo que la mujer migrante se convierte en la sustentadora a distancia de la familia. Este papel tiene un efecto paradójico, por un lado, las mujeres ganan en reconocimiento social y estatus familiar, pero por otro, con el tiempo algunas mujeres sienten que sus familias abusan de ellas.

Todas las entrevistas describen el estrés y la sobrecarga laboral, las jornadas agotadoras, y las condiciones precarias especialmente al comienzo. Con más intensidad destacan la sobrecarga emocional que puede considerarse como una manifestación del estrés de aculturación. La distancia física, los duelos por las separaciones de los hijos, de los padres, sentimientos intensos cuando se visita y se retorna del país de origen, o la añoranza porque no pueden volver.

Uno de los factores más destacados estas mujeres es verse capaces de haber hecho frente a múltiple cambios, les hace ganar autoconfianza autocompetencia y en autoestima. Ganan en libertad personal y de movimiento, de manera que se produce un profundo cambio en su identidad de género. Los cambios en la pareja y la asimetría en la adaptación entre hombres y mujeres es también una experiencia repetida en varios de los testimonios. Son varias las parejas que se separan, y las mujeres toman la iniciativa en esta situación. Para algunos hombres los cambios de rol, por la independencia económica de las mujeres y las dificultades laborales, que vacían el rol de hombre proveedor, destruyen su autoestima. Así, se han visto varios casos en los que el alcoholismo aparece y el deseo de retorno es recurrente.

La experiencia de ser parte de una minoría étnica aparece en el país de acogida, cuando algunas de las mujeres perciben situaciones de discriminación, prejuicio y sexismo, en especial en el caso de mujeres colombianas y brasileñas. Al mismo tiempo, hay otras mujeres que muestran una actitud de agradecimiento, resaltando el trato recibido en acogida, estos casos van desde un caso de una mujer con una buena integración, con redes amplias biculturales, hasta el extremo de una mujer en situación de aislamiento y exclusión social. De este modo, el agradecimiento parece reflejar tanto un deseo de integración o quizá de asimilación como una respuesta ante el grupo dominante por la ayuda recibida. También se aprecia agradecimiento en el caso de mujeres que han salido de las situaciones de maltrato. En este sentido, uno de los estímulos importantes de la migración son las situaciones de violencia de género y familiar, de modo que la migración abre oportunidades para reconstruir la vida, hay varias historias que así lo relatan en mujeres de Ecuador y Perú.

Los relatos expuestos a través de las redes de ideas, co-ocurrentes entre categorías, han servido para ejemplificar las experiencias vitales de las mujeres participantes. Se ha destacado especialmente como se reconstruyen los lazos familiares en las nuevas familias trasnacionales, donde estas mujeres se han convertido en las sustentadoras de las familias de origen. Estos cambios de rol han generado nuevos dilemas en ellas, entre la adhesión a los vínculos tradicionales familiares de origen, y el deseo de promover su propia independencia, a través del encuentro con una mayor libertad de género e independencia personal en el país de acogida. Los esfuerzos del comienzo por las condiciones de vida, las presiones por saldar las deudas del viaje, las situaciones extremas de sobreesfuerzo laboral, se perciben retrospectivamente como extremas. Las mujeres reevalúan su experiencia encontrando fortalezas personales, la autoconfianza y autoestima ganada refuerzan su identidad, al tiempo que se reevalúa la idea de retorno, siempre presente en la inmigración y la añoranza por lo dejado atrás (Achotegui, 2002). Encontrarse repentina y de manera persistente y marcada en los encuentros cotidianos, en el trabajo, en la calle, que se es parte de una minoría étnica, es una experiencia que hay que asimilar, y que se afronta de diversos modos, algunos de ellos adaptativos, relativizando el choque cultural, y empleando el sentido del humor. Las participantes han descrito una variedad de formas de hacer frente al estrés de aculturación, en su mayor parte adaptativas, mostrando la importancia del crecimiento psicológico derivado de aprender y extraer lecciones provechosas para el Yo, regular las emociones negativas, y distraerse desviando la atención hacia actividades que incrementan las emociones positivas. Estas formas de afrontamiento descritas son congruentes con las encontradas en los estudios en el ámbito del afrontamiento del estrés (Skinner et al., 2001).



Conclusiones

CONCLUSIONES

Salud mental y género

Uno de los objetivos principales de esta tesis era ofrecer una panorámica amplia respecto a las diferencias en salud mental entre inmigrantes, comparados con sus pares autóctonos, así como recoger los estudios que analizan los factores psicosociales asociados a la emigración y al estrés de aculturación, mostrando las diferencias de género en salud emocional en poblaciones inmigrantes y especialmente de origen latinoamericano.

El primer estudio ha consistido en una revisión sistemática de las evidencias sobre la salud mental de la población inmigrante, las diferencias mostradas entre inmigrantes y autóctonos en distintos índices de salud mental y psicopatología. Dado que el objeto de esta tesis era analizar el estrés de aculturación en mujeres inmigrantes latinoamericanas, interesaba destacar las diferencias en salud mental, para dicho grupo diana. Se clasificaron los estudios en varios tipos, primero, estudios de *revisión bibliográfica y de meta-análisis*; segundo, estudios basados en *encuestas de salud* (continentales, nacionales, o regionales); tercero, *estudios con colectivos específicos*, de tipo transversal o longitudinal y estudios de opinión a modo de ensayos sobre factores psicosociales asociados a la salud mental de los inmigrantes; para finalmente, revisar *estudios de frecuentación o de incidencia y prevalencia tratada* en el acceso a los servicios sanitarios, en los niveles de Atención Primaria, Asistencia Especializada en Salud Mental (CSM), y Atención Hospitalaria y de Urgencia.

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 254 artículos, correspondientes a las principales bases de datos de publicaciones científicas en Ciencias de la Salud, que ha sido Medline, a través de Ovid, Pubmed y Psychinfo. El periodo estudiado comprende desde el año 2000 a Julio de 2015. El 57% de los estudios corresponden a artículos publicados en los últimos cinco años, apreciándose un incremento en las publicaciones sobre salud mental e inmigración en las últimas décadas, correspondiendo el 13% de los estudios al periodo comprendido entre los años 2001 y 2005 y el 28% al periodo 2006 a 2010. Todo ello indica que la cuestión de la inmigración afecta de manera importante a los servicios de salud mental, suscitando un gran interés el estudio sobre la estimación de las tasas de prevalencia e incidencia, así como la discusión relativa a los factores de protección y de vulnerabilidad de los grupos étnicos asentados en las sociedades. Dicho interés hacia los estudios de salud mental en la inmigración resulta especialmente importante en Europa (el 67% de los artículos corresponden a estudios hechos en países europeos), y es destacable en España con el 35% de los estudios. Respecto a los tipos de estudios, todavía son escasas las revisiones de meta-análisis (10), siendo los artículos de revisión, en su inmensa mayoría, estudios bibliográficos (17 revisiones que incluyen 423 estudios), pero donde no hay una estimación de los efectos y

sus dimensiones, respecto a las diferencias en salud mental, siendo destacable que haya 6 revisiones en España y 16 en Europa.

Resultados de los Meta-análisis

Siendo los estudios de meta-análisis los más rigurosos, en tanto que se basan en revisiones sistemáticas y estiman estadísticamente los efectos entre las variables, conviene resaltar algunas de sus conclusiones. Cabe mencionar, en primer lugar, la heterogeneidad en los efectos encontrados (Cantor-Graae & Selten, 2005; Sanne Swinnen & Selten, 2007). Así, incluso con uno de los instrumentos más válidos y fiables, como es la medida estandarizada del instrumento GHQ, el meta-análisis de Fryers et al. (2004), con 200 encuestas, muestra efectos dispares de unos estudios a otros, y concluye, que, por ejemplo, para el trastorno depresivo mayor en los últimos 12 meses, medido por el CIDI, las mujeres presentan el doble de casos que los hombres (Fryers et al., 2004). Respecto a las diferencias en salud mental entre inmigrantes y autóctonos, el panorama es heterogéneo, de modo que las variaciones en salud mental dependen del grupo étnico y sus condiciones de acogida, como son: la distancia cultural, la capacidad para desarrollar estructuras de mediación, o la situación legal de residencia (Carta et al., 2005; Collazos et al., 2014; Haro-Abad et al., 2005; Rojas et al., 2008; Sanne et al., 2007). Por supuesto, también influyen las distintas metodologías e instrumentos empleados para establecer las tasas de patología psiquiátrica ().

Uno de los factores que introducen variaciones importantes son las condiciones sociales de los grupos étnicos migrantes en las sociedades de acogida y su asociación con su salud mental. Así, uno de los meta-análisis concluyó que la movilidad social intrageneracional descendente está asociada con peor calidad de vida; en concreto, los inmigrantes que experimentaron movilidad descendente o subempleo, eran más propensos a padecer trastornos mentales comunes, en comparación con los migrantes que se encontraban en ascenso, o que no habían experimentado ningún cambio socioeconómico de posición (Das-Munshi et al., 2012).

Por otro lado, la exposición a hechos traumáticos y extremos produce síntomas de TEPT. Un meta-análisis europeo (Belhadj Alisic et al., 2014), estableció que las niñas inmigrantes experimentan más estrés postraumático (TEPT) que sus pares masculinos, con unas tasas de riesgo de 32.9% en las chicas y el 8.4% en los chicos. Si bien, otros estudios han establecido tasas algo más bajas, alrededor de un 11% (Fazel et al., 2005).

En relación al uso de servicios psiquiátricos, otros estudios de meta-análisis indican que en Australia (Cantor-Graae & Selten, 2005) y Reino Unido (Coid et al., 2008), existe un riesgo mayor de primer ingreso involuntario psiquiátrico por padecer trastornos psicóticos, con un aumento de esta posibilidad de 2 a 3 veces en casi todos los grupos de migrantes procedentes de países no occidentales y, especialmente, entre los inmigrantes de segunda generación. También en Australia se concluía que los inmigrantes tenían más probabilidades de ser ingresados con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar (Nielssen et al., 2013).

Estudios de Encuestas de Salud

Las Encuestas de Salud emplean protocolos estandarizados y permiten extraer datos generalizables (al actuar sobre muestras grandes aleatorias o cuasi-aleatorias). Se han revisado 30 estudios de este tipo de encuestas, que incluyen muestras con una población total de 215.382 personas inmigrantes.

Por su parte, en relación a los estudios donde se aplican instrumentos estandarizados de evaluación como el GHQ y el SF, en sus diversas variantes, se encontraron 40 artículos, 13 en países europeos y 17 en España, de los cuales, 9 midieron la calidad de vida relacionado con la salud (SF) y 8 midieron morbilidad de salud mental con la escala GHQ. De ellos, 7 hacían referencia expresa a personas de origen latinoamericano y el resto se referían a personas originarias de Marruecos o a inmigrantes de manera genérica. Los estudios de encuesta a población general que incluyen las medidas de SF o GHQ han sido 5.

Destacamos los resultados con macro-encuestas como las que corresponden a las Encuestas de Salud, en concreto, las llevadas a cabo en distintas regiones españolas, por ser las más fidedignas para establecer las tasas de trastornos o problemas emocionales. La inmensa mayoría de los estudios establecían menores índices de salud mental en las mujeres comparadas con los hombres (Basabe et al., 2009; Bones et al., 2010; Del Amo et al., 2011; García-Gómez & Oliva, 2009). La Encuesta Nacional de Salud en España, con el GHQ, recogía cifras de mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres (24.6%) que en hombres (14.7%) (Bones et al., 2010). En otras encuestas, las estimaciones de prevalencia de trastorno psiquiátrico fueron del 30.2% para las mujeres y el 28.1% para los hombres (Alegría et al., 2007). Es destacable también, que según datos de la Encuesta Vasca de Salud, los síntomas de ansiedad y depresión han empeorado en las mujeres significativamente con el paso del tiempo, en concreto en el periodo comprendido entre 2002 y 2013 (Esnaola et al., 2013).

En relación a las diferencias de salud mental, la Encuesta Social Europea en 20 países, constató que la presencia de síntomas depresivos era mayor en las poblaciones inmigrantes comparadas con las autóctonas (Levecque & Van Rossem 2015). En el mismo sentido, tal como establecen las encuestas de salud, ser inmigrante en España (Bones et al.; 2010) y en el País Vasco (Esnaola et al., 2013) es un factor de vulnerabilidad ante la salud mental o emocional. Matizando más, un reanálisis de la Encuesta de Salud en Madrid ponía de manifiesto que las mujeres con cinco o más años de estancia en España y procedentes de países con renta baja presentaban peor salud física y mental percibida que sus pares autóctonas y que las inmigrantes recién instaladas (Aerny et al., 2010).

Una vez destacados los resultados derivados de los estudios más consistentes, que son los estudios de meta-análisis y los basados en Encuestas de Salud, se va a proceder a sintetizar los principales resultados del conjunto de estudios y evidencias revisadas en este primer estudio.

Percepción de salud mental y género: inmigrantes y autóctonos

Existe un importante debate sobre esta cuestión y sobre la llamada “paradoja del inmigrante” (Regidor, 2008; Salas-Wright & Vaughn, 2014), que sugiere que los inmigrantes teniendo peores condiciones socio-económicas presentan tasas de morbilidad menores que sus pares autóctonos. Así, los estudios en EEUU muestran que los inmigrantes presentan mejor salud, en concreto, menor riesgo de trastornos psiquiátricos (Alegría et al. 2007), menores condiciones crónicas de enfermedad y menores tasas de mortalidad por todas las causas. En España, las encuestas señalan un buen nivel de salud de esta población a su llegada (Regidor, 2008). Estos resultados proporcionarían evidencias en apoyo a la “paradoja del inmigrante”. Para explicar esta paradoja se ha esgrimido la hipótesis de la selección, según la cual, las personas que migran serían aquéllas con más fortaleza y salud física. Hay también datos del País Vasco que avalan en parte esta hipótesis en la percepción de la salud física (Sevillano et al., 2014). No obstante, se encuentran diferencias en las tasas de determinados trastornos y de la salud auto-percibida (Alegría et al. 2007); y además, tal y como se ha mostrado en la revisión de esta tesis, la mayor parte de estudios tanto en Europa como en

España, señalan mayores tasas de síntomas emocionales en los inmigrantes comparándolos con los autóctonos.

En general, la percepción de salud emocional de los inmigrantes es peor que la percibida por la población de acogida (Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014; Rojas et al., 2008). En el mismo sentido, en el País Vasco, la población inmigrante mostró un peor estado de salud percibida que la población autóctona, con independencia de la edad (Esnaola, 2013). La población inmigrante puede tener más somatizaciones, que pueden mostrarse como una sintomatología diferente a la de los autóctonos (Pertiñez et al., 2003; Bhugra, 2005; Collazos et al., 2014; Salinero et al., 2014; Saraga et al., 2013; Berra et al., 2005). Se encontraron también tasas más altas de trastornos psicóticos, en especial en estudios sobre tasas de hospitalización, aunque sólo se encontraron resultados concluyentes en algunos colectivos (Haro-Abad et al., 2005; Carta et al., 2005; Coid et al., 2008; Morgan et al., 2006; Tortelli et al., 2014; Cantor, 2005; Sanne et al., 2007).

Según las revisiones bibliográficas hechas en España, las condiciones de desventaja social que afectan a los grupos inmigrantes, pueden explicar la mayor percepción de síntomas emocionales comunes que afectan a este colectivo, en comparación con sus pares (Abebe et al., 2014; Collazos et al., 2014; Hutchinson & Haasen, 2004; Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014; Rojas et al., 2008). Esta constatación no equivale a que tengan más trastornos mentales, puesto que estos síntomas están estrechamente relacionados con el estrés psicosocial y pueden configurar, en la mayor parte de casos, reacciones adaptativas ante las situaciones de estrés. Así mismo, la población inmigrante puede presentar más somatizaciones que la nativa, que pueden ser expresiones culturales de la angustia o una sintomatología que se muestra de una manera mal definida (Pertiñez et al., 2003; Salinero et al., 2014).

Conviene destacar, sin embargo, que existen variaciones importantes de unos grupos con respecto a otros. Específicamente, un estudio de encuesta en el País Vasco mostraba que la salud mental (medida con el cuestionario SF-12 de la calidad de vida relacionada con la salud) era peor en los inmigrantes que en los autóctonos, excepto en el caso de los colombianos que presentaban niveles similares, y que constituían el grupo con mayor vitalidad étnica y presencia demográfica. Por el contrario, los niveles más bajos se presentaban entre los hombres africanos y las mujeres bolivianas (Sevillano et al., 2014). Otros estudios en España señalan al colectivo marroquí como el más vulnerable (Collazos et al., 2014).

Respecto a las diferencias de género, como sucede en poblaciones generales y también entre inmigrantes, las mujeres presentaban mayor riesgo de problemas de salud mental que los hombres (Collazos et al., 2014; González-Castro & Ubillos, 2011; Priscilla, 2015). La estimación es del doble en Europa según el meta-análisis de Fryers et al. (2004) con el instrumento GHQ-12. También se ha mostrado cómo las encuestas de salud indican que existen más síntomas emocionales en las mujeres inmigrantes (Aerny et al., 2010; Bones et al.; 2010; Levecque & Van Rossem, 2015). Así, del mismo modo que hay estudios que comprueban la importancia del origen rural o urbano de las emigrantes, un estudio en Cataluña encontraba que las inmigrantes de origen rural presentaban mayores niveles de sintomatología psicológica que las de las zonas urbanas. Parece que ser mujer de origen rural y estar en una situación ilegal, está relacionado con un aumento de la sintomatología (Kirchner & Patiño, 2011).

Salud mental y factores psicosociales asociados

Factores de vulnerabilidad: discriminación percibida y sucesos vitales

Entre los factores sociales que afectan a la salud emocional de los inmigrantes en comparación con la población autóctona, se han postulado peores condiciones socioeconómicas, la discriminación percibida, y

el aislamiento social (Abebe et al., 2014; Collazos et al., 2014; Hutchinson & Haasen, 2004; Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014; Pantzer et al., 2006; Rojas et al., 2008). La Encuesta Social Europea en 20 países comprobó que el mayor riesgo de depresión entre la población emigrante obedecía a procesos de discriminación socioeconómica, y que el riesgo de depresión se debía principalmente a las barreras que experimentaban en su integración (Levecque & Van Rossem, 2015). En el País Vasco, se ha constatado que la discriminación explica gran parte de la relación entre etnicidad y peor salud mental (Sevillano et al., 2014). Otros estudios también han mostrado que la discriminación percibida se asocia a peor salud mental (Del Amo et al., 2011; Rodríguez & Lanborena, 2006) y resaltan que la discriminación afecta más a determinados grupos migrantes, como el caso de los jóvenes marroquíes en España (Collazos et al., 2014; Aguledo-Suárez et al., 2015).

El aumento del riesgo de enfermedad mental está vinculado en buena medida con eventos negativos de vida (Abebe et al., 2014). Son muchos los sucesos vitales que experimentan las personas migrantes, en parte debidos al paso de un país a otro, a las condiciones del viaje, y a las de llegada, al estrés del primer año, o bien, por las condiciones de movilidad social que tengan una vez instalados en los países de acogida. Los estudios revisados indican todo un conjunto de factores de vulnerabilidad relacionados con dichos cambios.

Son muchos los factores que se han postulado como condicionantes de la salud de los inmigrantes: preocupación por la situación política actual en el país de origen, dificultades de idioma, cultura, educación y empleo, exposición y disponibilidad de sustancias, estrategias desadaptativas, o bien las propias dificultades de acceso a la información y a los servicios. También las orientaciones culturales o la falta de sentido de libertad y la insatisfacción con la sociedad de acogida (Posselt et al., 2015; Taloyan et al., 2011).

Estudios transversales y de casos, sugieren que el emigrante está sometido a mayor número de estresores de relevante intensidad, durante un periodo más largo de tiempo y de forma más recurrente. Achotegui ha reseñado el “estrés migratorio” y los “duelos de la emigración” (Achotegui et al., 2008). A pesar de ello, no todos los estudios son concluyentes en esta cuestión, por ejemplo un estudio italiano con cinco muestras no encontró diferencias estadísticamente significativas entre italianos e inmigrantes (Iliceto et al., 2013).

Sucesos agudos

Las revisiones indican que los síntomas de depresión postparto varían significativamente, entre un 5 y un 20%, y en cualquier caso son superiores entre las mujeres nacidas en el extranjero (Nilaweera et al., 2014). Asimismo, las tastas de TEPT en menores inmigrantes también varían según el género, siendo mayor en niñas que en niños (Alisic et al., 2014). Los estudios con refugiados muestran mayores índices de TEPT en las personas migrantes por asilo o razón política (Frissa et al., 2013) y uno de los factores más estresantes son las deportaciones, que afectan fundamentalmente a los niños, que son más propensos a mostrar la externalización y la internalización de los problemas que los niños cuyos padres no fueron deportados (Allen et al., 2013).

Violencia de género y familiar

La exposición a la violencia de género puede ser un impulsor importante para emigrar, como se ha encontrado en el estudio cualitativo de esta tesis. Los estudios indican que la prevalencia de esta violencia es importante, y así, en un servicio de atención primaria, un 13.6% de la mujeres inmigrantes refirió haber sufrido malos tratos (Suárez-Hernández et al., 2011) y en un servicio de salud mental de Barcelona, el 56%

de las mujeres inmigradas presentaban historia de maltrato, frente al 35.2% del resto de la población (Samsó et al., 2007).

Crianza, adolescencia y generaciones

Los problemas relacionados con la crianza y educación de los hijos en las familias inmigrantes, sean reagrupadas o con los hijos nacidos en el país de acogida, constituyen asimismo factores estresantes, constatándose que el estrés de aculturación estuvo más estrechamente relacionado con el conflicto cultural intergeneracional entre las mujeres (Priscilla, 2015) y especialmente, entre las que tenían mayor tiempo de permanencia en el nuevo país (Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014), destacándose la importancia de la adolescencia en la familia, en la medida que la comunicación intergeneracional y los conflictos con los padres han sido relacionados en varios estudios, con tendencias suicidas entre jóvenes migrantes (Bursztein Lipsicas & Mäkinen, 2010).

Una de cuestiones sobre las que no hay un acuerdo firme es la relativa a los efectos de la aculturación entre los inmigrantes y sus descendientes y sobre el tiempo de permanencia en el país de acogida. Algunos estudios muestran diferencias entre los emigrantes recién llegados y los que permanecen durante largos periodos en el nuevo país, y entre la primera y la segunda generación de inmigrantes, aunque otros estudios no encuentran diferencias significativas. Toda una serie de estudios, en especial ubicados en EEUU han analizado las diferencias por generaciones entre padres inmigrantes y sus descendientes (Alegría et al., 2007; Borges et al., 2009; Orozko et al., 2013; Salas-Wright et al., 2014). Se trata cuestiones que exceden el objetivo de esta tesis, que futuros estudios podrán profundizar.

Factores de protección: soporte social y redes sociales

Son muchos los factores que se han postulado como protectores para disfrutar de una buena salud mental; como el sentido de pertenencia y de libertad, la satisfacción con uno mismo (Taloyan et al., 2011), la satisfacción con la vida en general y con la familia (Basabe et al, 2009). También hay otros elementos relevantes como la resiliencia contra la angustia, cuando los emigrantes se enfrentan a adversidades (Yu et al., 2014).

El soporte social constituye uno de los recursos interpersonales más importantes para afrontar la inmigración. Así lo han puesto de relieve diversos estudios, entre ellos, dos revisiones sistemáticas que constatan el efecto amortiguador del apoyo social frente a la enfermedad mental (Bhugra & Mastrogianni, 2004; Kirmayer et al., 2011). Varias encuestas hechas en España han corroborado que un menor apoyo social está asociado a un mayor riesgo en salud mental en los inmigrantes (Del Amo et al., 2011; González-Castro & Ubillos, 2011; Rodríguez & Lanborena, 2006). En este punto, el apoyo en el ámbito laboral es un elemento importante; por ejemplo, un estudio realizado en Almería, constató que los bajos niveles de apoyo de los compañeros de trabajo se asociaban a peor salud (Baraza et al., 2005).

Respecto a las consecuencias sobre las redes sociales y los familiares que quedan en el país de origen al cuidado de la familia apenas se han encontrado estudios. Uno de ellos, en Nicaragua, plantea que las abuelas-cuidadoras utilizaban la rumiación mental (el "pensar mucho") como una manera de expresar la ambivalencia por las remesas económicas y la incertidumbre tras la migración (Yarris, 2014).

Dificultades de acceso, sesgos en la atención

Los estudios de meta-análisis y las revisiones sistemáticas señalan que los inmigrantes afrontan importantes barreras para acceder a la asistencia sanitaria y de salud mental. La atención a emigrantes y

refugiados no es una tarea fácil en esta era de globalización, en la que el desafío para la psiquiatría cultural es identificar diferencias entre las poblaciones, sin caer en el posible error producido por estereotipos y prejuicios étnicos (Bhugra et al., 2005; Pottie et al., 2011). Las barreras del idioma, las diferentes creencias y modelos explicativos de la enfermedad, las preocupaciones por la confidencialidad, el estigma, la renuncia a buscar ayuda psicológica fuera del hogar, la exclusión social y la situación legal, pueden impedir que los inmigrantes tengan acceso a la atención en salud mental (Berra et al., 2004; Giacco et al., 2014; Haro-Abad et al., 2005; Rojas et al., 2008). Los propios profesionales corroboran la existencia de barreras burocráticas y una inadecuación del acceso de los inmigrantes (Berra et al., 2004) y dificultades de comunicación (Kirmayer et al., 2011), que pueden dificultar el diagnóstico (Burguillo et al., 2003) de cuadros que precisan una buena evaluación clínica como la depresión, la ansiedad y el TEPT (Pottie et al., 2011).

Los inmigrantes además de afrontar importantes barreras para acceder a la asistencia sanitaria y a la de salud mental, parecen utilizar vías de acceso a los servicios psiquiátricos con itinerarios más negativos que los autóctonos (Baraza, 2005; García-Campayo & Carrillo, 2002; Morgan et al., 2006; Mladovsky, 2007), sobre todo por vía de urgencias psiquiátricas. Un estudio en el País Vasco constató que los inmigrantes consultan menos de lo esperado los servicios sanitarios, y normalmente suelen pedir ayuda a través de las urgencias hospitalarias cuando el trastorno estaba ya muy avanzado y presentaba un peor pronóstico (Regidor, 2008; Rodríguez & Lanborena, 2006). En Bizkaia, según el registro de asistencia en salud mental, la prevalencia tratada de los inmigrantes era proporcionalmente, en todos las comarcas, superior a la de los autóctonos (Martín Zurimendi et al., 2013). En Italia, los servicios de agudos se utilizan con mayor frecuencia por los pacientes inmigrantes y los tipos de intervención previstos para ellos diferían de los previstos para los nativos, especialmente en cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas se refiere (Spinogatti et al., 2015). Todo ello puede dar lugar a peores pronósticos, una mayor proporción de ingresos involuntarios, mayor implicación de la policía y la autoridad judicial, teniéndose la percepción de que los inmigrantes son más peligrosos y perturbados que los autóctonos (Mora, 2007).

También las dificultades socioculturales pueden dar lugar a sesgos en el diagnóstico, con una elevada incidencia de diagnósticos erróneos en inmigrantes y con una tendencia a sobre-diagnosticar trastornos graves (Juárez et al., 2007). En España la población inmigrante que solicita ayuda médica presenta cuadros que no coinciden con los más habituales en consulta entre la población nativa, siendo los suyos más severos (González de Rivera, 2005; Mora, 2007).

Salud mental en mujeres inmigrantes: un estudio de casos y controles

El estudio 2 de esta tesis ha analizado las diferencias en la percepción de la calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS-SF12) y la prevalencia de probables casos de salud mental en un grupo de mujeres inmigrantes, usuarias de un centro de asistencia psicosocial, respecto a usuarias autóctonas del mismo servicio y respecto a dos grupos normativos de mujeres inmigrantes y autóctonas del País Vasco.

Se partía de la hipótesis de que las mujeres inmigrantes que acuden a solicitar asistencia tendrían una percepción de su estado de calidad de vida (CVRS), valorada a través de las dimensiones del instrumento SF-12, equivalente al de las mujeres autóctonas usuarias del mismo recurso. Las mujeres de ambos colectivos estaban afectadas por situaciones de estrés, sobrecarga emocional y problemas familiares. Los resultados mostraron que ambos grupos de mujeres presentaban puntuaciones similares en todas las dimensiones de la calidad de vida, salvo en la dimensión *Limitaciones de rol* por problemas emocionales, donde las mujeres inmigrantes presentaban mayores limitaciones. Asimismo, presentan puntuaciones bajas

(por debajo de 40 siendo la media 50) en *Salud mental, Funcionamiento social, Limitaciones de rol por problemas emocionales y la Percepción de Salud General*. Estos resultados indican que las mujeres inmigrantes experimentan una gran carga emocional relacionada con su trabajo, que acaba afectándoles negativamente. Estas mujeres trabajan principalmente en el sector doméstico, al cuidado de personas enfermas y mayores y en la hostelería, donde los ritmos laborales son agotadores. Como han indicado diversos estudios, la salud emocional de las inmigrantes está relacionada con condiciones socioeconómicas y laborales precarias y con la discriminación percibida (Abebe et al., 2014; Collazos et al., 2014; Hutchinson & Haasen, 2004; Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014; Pantzer et al., 2006; Rojas et al., 2008).

También se ha evaluado la salud mental por medio del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12), que permite una estimación de la prevalencia de probables casos psiquiátricos. Se ha encontrado que el riesgo de padecer un trastorno mental es mayor en las usuarias inmigrantes que en las autóctonas; ocho de cada diez usuarias del grupo de mujeres nativas usuarias del centro psicosocial y nueve de cada diez mujeres inmigrantes, presentaban una alta probabilidad de padecer un problema de salud mental en el área de los trastornos ansioso depresivos y/o de adaptación.

Asimismo, se ha constatado que las mujeres inmigrantes usuarias presentan una percepción de su CVRS más deteriorada el resto de mujeres inmigrantes con la misma procedencia (grupo normativo inmigrante) o que un grupo normativo de mujeres autóctonas. A este respecto, se ha constatado que ambos grupos de usuarias del servicio de asistencia psicosocial presentaban prevalencias muy superiores a las encontradas entre el grupo de mujeres de la CAPV (10%), y muy aproximado al observado en otros estudios de salud pública de la CAPV (Encuesta de Salud, 2007; Retolaza et al., 1995). Las mujeres inmigrantes usuarias presentaban una tasa del 89% y las mujeres autóctonas del 79%, un 10% más. Como ya se ha constatado en otros estudios similares, los síntomas emocionales en las mujeres inmigrantes son mayores que los de sus pares autóctonas (Aerny et al., 2010; Bones et al.; 2010; Levecque & Van Rossem, 2015).

En nuestro estudio se han contrastado también las diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre dos grupos de mujeres normativas, esto es, grupos que reflejan la percepción promedio de la población de residentes en la CAPV, y que son representación, a su vez, de la población de mujeres nativas e inmigrantes. Los resultados indican que las mujeres inmigrantes tiene una percepción de su salud física más favorable que las mujeres autóctonas, siendo relevante la magnitud de esta diferencia (d= .47). Este resultado puede estar relacionado con la representación cultural de la salud física, pero también puede ahondar en la hipótesis de la selección (Regidor, 2008; Sevillano et al., 2014), según la cual, las mujeres inmigrantes tendrían mejor salud física percibida, en especial cuando el tiempo de estancia en el país de acogida es todavía breve, por ejemplo menor de cinco años, como se constató en otro estudio realizado en España (Aerny et al., 2010). Las mujeres autóctonas reflejan una percepción de salud emocional y de salud mental más favorable que el de las mujeres inmigrantes. Hay que destacar que las mujeres inmigrantes del grupo normativo presentan menor puntuación en el componente sumario de salud mental (41 puntos, casi una desviación típica menos que el valor normativo que se halla en 50 puntos), y este resultado indica que, como media, su estado de salud se encuentra comprometido.

Salud mental y estrés de aculturación: cambios en los roles familiares y de género

El estudio tercero de esta tesis ha analizado las experiencias de mujeres latinoamericanas inmigrantes de primera generación, a través del estrés de aculturación, los cambios derivados de la migración y los vínculos de las nuevas familias trasnacionales, donde las roles y la identidad de género de las mujeres migrantes se transforma, generando nuevas expectativas de rol y lealtades familiares. Para ello se ha

llevado a cabo un análisis de contenido de las narraciones surgidas en las entrevistas en profundidad a diez mujeres inmigrantes residentes en la CAPV, en Bizkaia. El análisis de contenido se ha estructurado en función de las ideas surgidas, que fueron sometidas a un análisis de fiabilidad inter-jueces, lo cual implicó un complejo trabajo, tal y como lo demuestra la cantidad de ideas y códigos manejados (1522 ideas y 60 códigos). Además de analizar la frecuencia de las ideas surgidas, por medio de las redes de ideas se han descrito varias tipologías de mujeres. Este análisis ha permitido ejemplificar los cambios de roles por medio de los testimonios de las mujeres entrevistadas.

La feminización de las migraciones se enmarca en el contexto de las sociedades europeas y se venido ido perfilando para poder cubrir progresivamente las necesidades derivadas de los cambios socio-demográficos, económicos y culturales acontecidos en las últimas décadas (Beck y Beck-Gernsheim; 2012; del Fresno, 2011; Gil Araujo, 2010; Parella y Cavalcanti, 2008). Las mujeres entrevistadas pertenecen a estratos socioeconómicos bajos en su país, y ocupan puestos de trabajo en la sociedad de acogida en sectores como el doméstico o la hostelería. Estas mujeres forman parte del colectivo femenino que configura el modelo vasco de inmigración, constituido principalmente por mujeres latinoamericanas, que trabajan mayoritariamente en el empleo doméstico y en el cuidado de personas; mayores, menores y con discapacidad (Fouassier & Aierdi, 2012; Aierdi et al., 2013). En su mayor parte son madres solas, que migran con la perspectiva de proporcionar bienestar a sus hijos (Blanco y Zlotnik, 2006; Falicov, 2008), habitualmente con historias de violencia familiar, circunstancia que se da con frecuencia entre las mujeres migrantes que acuden a servicios de salud mental y servicios sociales (Samsó et al., 2007; Suárez – Hernández et al., 2011).

Motivos de la emigración

La migración se presenta como una estrategia económica teniendo en cuenta el contexto de relaciones familiares. Las entrevistas han confirmado que las razones están mediatizadas por el hecho ser mujeres y madres y que su proyecto pasa por mejorar la calidad de vida de sus familias, ocupando sus hijos un lugar decisivo, de manera que su objetivo es proporcionarles una vida mejor y por ello, su máxima preocupación es trabajar. Buscan independencia económica y social para sí mismas, desde donde encuentran reconocimiento y un estatus más valorado en su grupo doméstico. Saben que son la esperanza para sus familias, de ellas depende el éxito o el fracaso del proyecto migratorio y continúan siendo, en la distancia, las protectoras de la familia (Aierdi et al, 2013; Basabe et al. 2004; Beck y Beck-Gernsheim, 2012; Del Fresno, 2011; Ruiz Olabuénaga, 2007). También están presente en su decisión, las situaciones de conflictividad familiar, marcada por las diferencias de género (relaciones de poder y control), huyendo de entornos de violencia intrafamiliar y de pareja. Se solapan de este modo, las estrategias personales y familiares.

Puede afirmarse que las mujeres buscan en este proyecto una experiencia liberadora (Gómez-Montoya et al., 2011; Moore, 2004), saliendo de situaciones de inestabilidad social, destacando la pérdida de esperanza en el futuro de sus países, por la falta de oportunidades de movilidad social y su deseo de vivir en lugares seguros (Aierdi et al., 2013).

Migran, en primer lugar, por la facilidad para encontrar empleo, para después intentar reagrupar a sus parejas, hijos, hermanos y padres. En menor medida se encuentran mujeres que migran para reunirse con familiares que lo han hecho con anterioridad (parejas y madres). No se explicitan motivaciones de promoción personal e individual, su discurso dominante siempre resalta las obligaciones familiares y se

sobrevaloran las razones económicas. Sin embargo, los relatos expresan deseos de individualización y el descubrimiento de nuevas esferas de libertad personal.

Estrés de aculturación familiar y cambios de roles

Las participantes expresan los *costes emocionales de las separaciones familiares,* manifestando sentimientos de tristeza y añoranza por las mismas y lo más doloroso para ellas, es estar lejos de su familia. Se mezclan sentimientos de culpa y deslealtad, a la vez que se justifica la migración para proporcionar un futuro mejor a los hijos. En las madres que se han separado de sus hijos se evidencia el coste emocional y físico, proporcionarles bienestar, justifica la separación, pero en todos los casos se cuestionan si hubiera sido mejor para ellos tenerlos cerca. Se confirma que la separación física no implica necesariamente la separación emocional (Falicov, 2008), tratan de gestionar y fortalecer los lazos a través de las redes de comunicación, pero definen esta comunicación como frágil y frustrante, aunque, al menos, acorta la distancia psicológica de la separación. Intentan mantener una conexión regular y significativa que les permita seguir actuando como una familia; discutir, negociar y tomar decisiones, lo que para ellas es adaptativo. También se confirman las dificultades para mantener el vínculo emocional e intentar supervisar, desde la distancia, la vida diaria de sus hijos, mantener vivo el recuerdo y ofrecer cuidados materiales (Beck y Beck-Gernsheim, 2012; Musitu, 2012).

Las migraciones crean *familias trasnacionales***,** en este caso son mujeres que tienen que reestructurar las relaciones materno-filiales, con los hijos lejos, bajo el cuidado de otros familiares, en general las abuelas. En sus relatos domina la culpa y el miedo a la pérdida. Por otra parte, cuando reagrupan a los hijos, tienen que reajustar los vínculos y reencontrarse en un nuevo contexto, donde destaca el choque cultural por los riesgos de la nueva cultura, que ellas perciben más permisiva e irrespetuosa. Asimismo, la familia extensa se ve afectada por la migración, se presentan problemas para controlar y sostener emocionalmente a los hijos en origen y estas responsabilidades también afectan a los proyectos individuales de los miembros cuidadores. Expresan como los conflictos pueden aflorar en la familia extensa en origen cuando sus miembros se enfrentan a situaciones difíciles que exigen cambios. Las figuras cuidadoras como las "abuelas-madres" se sienten incapaces de asumir, en su ausencia, el referente autoritario de las madres y de los padres o compensar el vacío afectivo de éstos (Beck & Beck-Gernsheim, 2012; Parella & Cavalcanti, 2010).

En algunas mujeres entrevistadas *el reencuentro con los hijos* tras la reagrupación ha sido decepcionante. Cuando las madres esperaban hijos agradecidos por el sacrificio, encuentran hijos frustrados y distantes, en especial en la adolescencia (Achotegui, 2002; Inclán et al., 2012; Sluzki, 1996). Si el tiempo de separación ha sido largo y los hijos idealizan el país de acogida, las exigencias de éstos y las expectativas sobre la vida en destino oscurecen el reencuentro (Bertino et al., 2006; Gómez Montoya et al., 2011). En definitiva, el éxito de la reagrupación dependerá de los contactos mantenidos durante la separación, del sentimiento de abandono percibido por los hijos, de la relación de apego previa y de la voluntariedad de los hijos de querer ser reagrupados (Bertino et al., 2014).

Las entrevistadas han manifestado en general *los cambios en la relación de pareja*, si ellas migraron primero y ellos se encontraron con una realidad que no esperaban; ellas sostienen económicamente a la familia y viven en un contexto de más libertad que implica cambios de rol, que en ocasiones ellos no aceptan, lo que supone frustración en ambos y se asocia a separaciones. En sus testimonios las mujeres descartan el retorno a sus países, enfocan su proyecto migratorio más a largo plazo, piensan más en quedarse y en la reagrupación familiar. Todo ello confirma, como en otros estudios (Hochschild, 2008), que

los cambios impactan de forma diferente a mujeres y a hombres. Las parejas migrantes presentan diferentes ritmos; las mujeres manifiestan la opinión generalizada de que ellas se adaptan mejor y más rápido, de modo que donde ellas ven oportunidades y espacios de libertad, ellos ven cambios amenazantes respecto a la relación que ambos mantenían en origen, produciéndose distorsiones. Las mujeres reclaman unas relaciones más igualitarias, con mayor independencia y capacidad de decisión. Estas parejas vienen de esquemas de complementariedad rígida donde no hay flexibilidad ni negociación (Barudy, 1998; Hochschild, 2008; Whals, 2004), que se manifiestan en las dificultades de escapatoria de estos códigos tradicionales de género que orientan y, al mismo tiempo, establecen desigualdades.

Como se resalta en las entrevistas, las mujeres experimentan un cambio en la posición que ocupan frente a sus familias, percibiendo *reconocimiento social*, admiración y respeto, lo que refuerza su Yo, su autoestima y auto-competencia. De esta manera las mujeres racionalizan y justifican su sacrificio por el reconocimiento familiar. Fruto de estos cambios, todas las mujeres entrevistadas se definen como mujeres activas y capaces de reconstruir su vida, considerando que su experiencia ha sido un aprendizaje. Confirmando lo señalado por otros autores (Beck y Beck-Gernsheim; 2012; Hoschschild, 2008; Lega et al., 2008), estas mujeres se mueven entre códigos de género distintos, el tradicional que marca las diferencias y establece reglas asimétricas confirmando así el choque de valores, y el de la igualdad de oportunidades como norma familiar.

Las mujeres destacaron las *experiencias de discriminación y rechazo social*. Por un lado, inmigrar como mujer sola puede ser desaprobado por la familia porque se exponen a estereotipos y prejuicios sexistas y a un discurso social que critica y degrada la reputación de las mujeres independientes. Por otra parte, en la sociedad de acogida, perciben situaciones de explotación y dependencia en el empleo doméstico. La discriminación de género persiste en destino y se relaciona con los mismos factores de desigualdad que las hace vulnerables en origen, especialmente respecto a las experiencias de violencia de género, frecuentes en este colectivo. La desprotección, la falta de apoyo social y la dependencia emocional incrementan su vulnerabilidad ante esta violencia, teniendo en cuenta la tolerancia cultural a la violencia de género en los contextos en los que se socializaron (Escudero, 2011; Moran, 2011; Pereda et al., 2010).

Choque cultural: del colectivismo al individualismo

Estas mujeres proceden de países colectivistas y con fuertes valores familistas en comparación con el contexto de acogida, aspecto que se ha puesto de manifiesto en los choques destacados en sus relatos. En general, se confirma una pugna de valores entre la lealtad familiar, la educación de los hijos en normas jerárquicas y gerontocráticas, frente a una visión más igualitaria, de normas universalistas e individualistas, en la que se prioriza la autonomía personal y la libertad de elección. La igualdad de género en las mujeres autóctonas es una de las cuestiones más destacadas, aunque el discurso es ambivalente, por una parte se critica a los grupos primarios latinoamericanos que impiden prosperar y orientarse hacia las metas personales, y a la vez, se ensalza la independencia personal de las mujeres autóctonas aunque éstas, para ellas, presenten un débil sentimiento de pertenencia y vinculación familiar. Las entrevistadas se perciben más identificadas con la familia extensa y con mayor implicación en sus grupos primarios, lo que les impide prosperar. Tienden a idealizar el apoyo mutuo y manifiestan una mayor predisposición a anteponer los intereses colectivos frente a los individuales. Por todo ello, critican, a la vez que "envidian", a las mujeres autóctonas.

El contraste derivado de la religiosidad es otra fuente de choque cultural, que ya ha sido destacado en otros estudios y en distintos grupos inmigrantes, en especial latinoamericanos y africanos (Zlobina et al.,

2004). Hay autores que destacan situaciones en las que los emigrantes se acercan a la religión para reafirmar sus identidades y valores, volviéndose más religiosos en el proceso (Levitt, 2010). Para Geertz (2003) la religión consuela y alegra, ayuda a afrontar el hecho destacado de que nacemos para enfrentar dos cuestiones principales la enfermedad y el duelo, explicando los enigmas y las paradojas de la existencia, en definitiva, la importancia de encontrar sentido moral, intelectual y emocional a la experiencia migratoria. Así, en sus relatos, las mujeres destacan la importancia de los referentes religiosos y la participación en sus rituales, expresan la religiosidad como forma de afrontar la dureza de su experiencia y se sorprenden de la frialdad de los rituales religiosos en la sociedad receptora, materialista para ellas y poco interesada en lo espiritual.

Las diferencias en la *concepción familiar*, el cuidado de los hijos y la educación son notorias. Se critica la permisividad de los padres en la educación de los hijos, mostrando mayor acuerdo con valores tradicionalistas y jerárquicos. Manifiestan un intenso contraste respecto al modelo familiar tradicional y los patrones familiares de las sociedades desarrolladas individualistas (Hofstede, 2001; Inglehart et al., 2004; Lipovetsky y Serroy, 2010). Otro foco de atención muy destacado es el trato con los mayores, especialmente porque estas mujeres se dedican a su cuidado. Creen que a los mayores se les debe respeto y obediencia, mientras que perciben que la sociedad de acogida no respeta y abandona a sus mayores, considerando a esta pobreza de relaciones, la máxima deslealtad familiar. Esta visión del familismo jerárquico, más propia de los inmigrantes que de los autóctonos, ha sido constatada también en muestras más amplias en España (Basabe et al., 2009, de Luca, 2015; Zlobina et al., 2004).

Dado que perciben e idealizan el apoyo mutuo en sus países de origen y su imaginario todavía está impregnado por la reciprocidad y la mutualidad y consideran a la sociedad de acogida individualista, movida por el egoísmo e insolidaria, intentan a través de sus opiniones, buscar también la aprobación y la conformidad social de su grupo, compartiendo de este modo valores conservadores, algo común en las personas de culturas colectivistas (Basabe et al., 2009). Se puede decir que hay una lealtad primaria a la unidad familiar, y a la defensa de la familia tradicional que se puede interpretar como un signo de temor a entrar en un proceso de indefinición de fronteras y de referencias (del Fresno, 2011). Desde la perspectiva familista, paradójicamente, estas mujeres, han dejado atrás a su familia, pudiendo cuestionarse su compromiso de lealtad hacia sus familias de origen (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Las diferencias en los valores jerárquicos frente a los igualitarios son destacados, mostrándose el contraste entre las sociedades de origen y de acogida (Hofstede, 2001). Se describen prácticas de los países de origen como el enchufismo, el padrinazgo y la excesiva burocratización, que fomentan la desigualdad social (se beneficia a unos y se perjudica a otros). Frente a estas prácticas, se valora de manera positiva algunas instituciones sociales de la sociedad receptora, como la sanidad, la educación o las prestaciones sociales. También se mencionan las normas universalistas en el caso de los trámites burocráticos y de las instituciones, con las que tienen un contacto constante para la obtención de permisos de trabajo, residencia, reagrupación, etc.

Como señalan los estudios sobre choque cultural y estilos de comunicación (Gudykunst, et al., 1987; Hall y Hall, 1990; Trompenaars, 1994; Ward, et al., 2001), se aprecian claras diferencias en las prácticas culturales referentes a los estilos de comunicación. Entienden que el suyo es más indirecto y armonioso, característico de las culturas colectivistas frente a un estilo percibido como más directo y brusco en el País Vasco (de Luca, 2015; Páez y Zlobina, 2003; Zlobina et al., 2004). Son diversas las menciones a estos estilos comunicativos. La diversidad en las expresiones culturales y lingüísticas complican y dificultan "*hacerse entender*"; para ellas, el sentido del humor, las bromas, las expresiones de enfado, la agresividad, el

malhumor; y los estilos de comunicación en función de la edad, el sexo o el estatus de la persona a la que se dirige, son, sensiblemente, distintos.

Otra dimensión destacada se refiere a la planificación del tiempo, al "ritmo de vida" local, la agenda y la puntualidad. Como en otros estudios (de Luca, 2015; Zlobina et la., 2004), se percibe la puntualidad y la planificación de la agenda como un signo de eficacia social, a la vez que se manifiestan las dificultades que han tenido para acostumbrarse a este ritmo de vida local.

Por último, señalan, como se menciona en otros estudios (Achotegui, 2004; de Luca, 2015), el contraste por las condiciones climáticas o el paisaje. Destaca especialmente la asociación ante la primera imagen a la llegada: oscura, lluviosa, fría, triste y poco acogedora, que se entremezcla con los sentimientos de melancolía y añoranza del lugar de origen. Ponen de relieve la importancia del medio ambiente en el estado de ánimo y relacionan su llegada a un entono desconocido con sentimientos depresivos. Estos sentimientos van despareciendo con el paso del tiempo y tienen que ver con el periodo de adaptación propio del estrés de aculturación.

La mirada retrospectiva: expectativas

En la balanza entre beneficios y costos, las mujeres migrantes plantean elementos tanto negativos como positivos. Enfatizan especialmente la sobrecarga emocional junto al estrés socioeconómico derivado de las condiciones laborales precarias y de las exigencias familiares, en especial por la incertidumbre y el deterioro social derivados de la crisis económica. Se describen situaciones que muestran que no han encontrado el reconocimiento y el éxito esperado, porque las oportunidades de ascender, dada la precariedad e inestabilidad laboral, son muy limitadas (Parella & Cavalcanti, 2010). Las madres solas encuentran más dificultades para enviar remesas y salir del empleo doméstico. La capacidad de maniobra económica es escasa, dado que el ahorro manteniendo un hogar trasnacional es impensable (Oso Casas, 2010). El envío periódico de dinero, impide cumplir la expectativa de mejorar su calidad de vida en destino, teniendo que adaptarse a lo mínimo, economizan en lo básico estando centradas en la mera supervivencia (del Fresno, 2011; Gómez Montoya et al., 2011; Lipovetsky & Serroy, 2010).

Al tiempo, destacan la vergüenza y la impotencia ante las expectativas y retos no cumplidos, la ambivalencia respecto al deseo de retorno, y los sentimientos de añoranza que se plasman en el dilema personal entre volver o no, y las comparaciones desventajosas respecto a la vida previa en el país de origen. Entre los inmigrantes hay una tendencia a exagerar los éxitos ante familiares y amigos, una necesidad de valoración que está en relación con lo que supone para el imaginario familiar, una familia unida y con éxito (Gómez Montoya et al., 2011). La experiencia es ambivalente, por un lado afirman sus capacidades y el reconocimiento familiar, pero, por otro, ven como el envío de remesas son una "*atadura*" que precariza su calidad de vida. Sienten que el abuso de sus familias, la sobrecarga laboral del empleo doméstico y las presiones por obtener recursos económicos les exponen a prácticas discriminatorias y a relaciones de dominación de clase.

Otros elementos se valoran positivamente, como la realización de las expectativas y los logros alcanzados, que van desde los económicos hasta los sociales, y están en relación con la protección que ofrece la sociedad de acogida (sanitaria para todos y educación para los hijos), por los sentimiento de seguridad y de libertad de movimiento, por vivir en un contexto que se percibe seguro, hasta los personales como la auto-eficacia obtenida al mostrarse ante sí mismas capaces de afrontar los cambios que conlleva la migración. Estas exceptivas positivas se manifiestan también en otros estudios con inmigrantes (Fouassier & Aierdi, 2012).

Apoyo y redes sociales: compatriotas y autóctonos.

Contar con una red de apoyo tanto en destino como en origen es protector para la salud mental (Gracia et al. 1995; Walhs, 2004; Ward et al., 2001), no tener que ocultar los problemas ni las emociones y, hablar con otras personas ayuda a la adaptación y mejora las creencias positivas sobre uno mismo y la percepción de control (Martín Beristain, 2013; Vázquez et al., 2014). Los resultados constatan que las relaciones con los compatriotas proporcionan solidaridad, apoyo emocional e instrumental, amistad y distracción. Pero, al tiempo, son también fuente de conflictos; son habituales las comparaciones sobre la suerte de unos y otros, saber entre los compatriotas quién asciende y desciende en estatus hace sentir orgullo o vergüenza. Hay una susceptibilidad general a la envidia que provoca distanciamiento y desafiliación (Hochschild, 2008). Estas rivalidades pueden dar lugar a una respuesta de distanciamiento del endogrupo, como mecanismo para huir del estigma de la migración (Bobowik et al., 2014), que también puede interpretarse como un deseo de individuación y liberación frente a la presión del endogrupo.

Los relatos reflejan una mayor presencia de las redes de compatriotas que de autóctonos, y aunque algunas mujeres consiguen establecer amistad e intimidad con personas nativas, en general el patrón es de separación con relaciones endogámicas, a pesar de la actitud general de agradecimiento mostrada por estás mujeres, hacia la sociedad de acogida. Destacan como la red dejada atrás puede ser mantenida a través de las redes de comunicación, pero también señalan que hay lazos que inevitablemente se pierden para siempre, al perder la cotidianeidad del contacto, se va desgastando el vínculo en ambos contextos. Los sentimientos de soledad son intensos, circunstancia que es aún más marcado en las culturas colectivistas de las que provienen, expresando el sentimiento de "*nada aquí y nada allí*", un sentimiento de desapego.

Afrontamiento el desafío de la migración

Las mujeres migrantes han recorrido un camino de intensos cambios. En las entrevistas han descrito *las fortalezas* que han desarrollado, demostrando su gran capacidad de adaptación ante el estrés y los desafíos, que concuerdan con muchas de las estrategias mostradas por los estudios sobre afrontamiento del estrés y el estigma de la migración (Basabe et al., 2014; Bobowik et al., 2014; Ruiz de Alegría et al., 2013; Skinner et al., 2003).

Perciben que han ganado auto-confianza al verse capaces de salir de sus países, viajar solas, llegar e instalarse y comenzar un estilo de vida como mujeres que han ganado en independencia. Cuando relatan las formas de *regular las intensas emociones negativas* experimentadas, mencionan la expresión emocional, el desahogo y el poder confiar en los demás. Manifiestan que las creencias y prácticas religiosas proporcionan consuelo, que asocian a sentimientos de tranquilidad que ayudan a dar sentido a la experiencia, estas prácticas resaltan la comparación y el contacto con sus iguales, con personas que piensan de un modo parecido. Por último, tratan de salir adelante, manteniendo la calma ante las adversidades.

Dentro de las *formas activas de afrontar las dificultades,* señalan que es importante establecer prioridades y definir objetivos vitales, aceptar la situación por la que están pasando, y hacer una comparación de su situación que resalte los aspectos positivos más que los negativos. Compartir con otros y la búsqueda de apoyo emocional les ayuda al reconocimiento de sus sentimientos y a aceptar la situación presente. Refieren como para ellas no quedarse atascadas en el pasado y en la melancolía es vital. Complementariamente, las mujeres buscan *formas de distracción*, que les ayuden a relajarse, olvidarse de los problemas y centrar la atención fuera de las situaciones laborales y familiares, lo que disminuye las emociones negativas y activa el afecto positivo y la alegría.

La *experiencia de ser parte de una minoría étnica y la exposición al prejuicio y a la discriminación* se convierte en parte de su vida cotidiana. Las respuestas van desde una actitud de agradecimiento por el trato positivo y la buena acogida, hasta utilizar el humor, que les permite relativizar la desconfianza que surge en los contactos inter-étnicos y el choque cultural que genera situaciones de incomprensión.

Respecto a las *formas negativas que acrecientan el malestar,* se incluyen la *focalización en los sentimientos negativos,* que oscilan entre la culpa, el dolor y la tristeza ante las pérdidas, la sensación de vulnerabilidad por sentirse víctimas de explotación, del abuso familiar o haber pagado un precio demasiado alto, hasta sentimientos de impotencia, incertidumbre y miedo al fracaso. A estos sentimientos se añaden *pensamientos repetitivos e intrusivos,* de modo que al tiempo que se *evita pensar,* las preocupaciones vuelven repetidamente. Ante esta presión, en ocasiones pierden el control y se confrontan y enfrentan con los otros de modo incontrolado y explosivo. Estas respuestas de *descontrol y explosión de la ira* pueden quemar las redes sociales y acrecentar los sentimientos de soledad, tal y como han mostrado otros estudios sobre el afrontamiento (Ruiz Alegría et al., 2013).

Estos relatos sobre las formas de afrontar los cambios y transiciones vitales se han plasmado en las distintas respuestas ante las situaciones de cambio ya descritas por otros estudios (Basabe, 2013; Ruiz de Alegría et al., 2013; Skinner et al., 2003). Hay respuestas que se *centran en los vínculos sociales*, bien para buscar ayuda, consuelo, o diversión o por el contrario, para aislarse de los demás. Otras van dirigidas *a cambiar la interpretación de la situación*, como cuando las mujeres reevalúan positivamente su experiencia que les permite extraer una lección y crecer personalmente, o en sus relaciones. Otras veces, intentan cambiar el foco de atención con la distracción o, por el contrario, con estrategias que se focalizan en el problema, rumiación que deriva en auto-crítica y culpabilización. Otras estrategias están dirigidas a *cambiar la respuesta emocional*, a través de la distracción, el autocontrol, o la aceptación de la situación, la expresión del cariño y los afectos positivos, y en el extremo opuesto, con la descarga y la explosión emocional, la confrontación y expresión del enfado. Como se ha puesto de manifiesto las respuestas de afrontamiento cumplen distintas funciones psicológicas, tales como regular las emociones y sentimientos ambivalentes, resolver problemas, defender la autoestima y la propia imagen e identidad de género, y promover las respuestas de aproximación al Otro y la integración social. Estas respuestas cambiantes pueden contribuir no sólo a producir psicopatología, sino en su vertiente positiva, a promover la salud mental; a través del conocimiento y la aceptación de la realidad, dando un sentido a la propia vida y la experiencia traumática vivida, ayudando a formar un sentimiento de crecimiento y desarrollo personal fruto de afrontar los duelos, los retos y los cambios profundos que han experimentado.

Limitaciones y aportaciones

Por supuesto, este trabajo presenta limitaciones que conviene mencionar. Desde un punto de vista teórico, hay dimensiones importantes que no se han explorado suficientemente, así como formulaciones teóricas sobre el funcionamiento de estas mujeres que no se han realizado, sobre todo en lo que se refiere a los compromisos conscientes o inconscientes hacia sus familias de origen y a la naturaleza y cualidad de las relaciones familiares trasmitidas entre generaciones, tanto en actitudes como en conducta. Probablemente, utilizando las reflexiones de Boszormenyi-Nagy y Spark (2012), los conceptos de lealtad familiar y endeudamiento nos ayudarían a comprender mejor las conductas y motivaciones de estas mujeres dentro de su familia nuclear y de su familia extensa. Asimismo, las dinámicas relacionales de las familias trasnacionales desde una perspectiva sistémica no se han profundizado suficientemente en este trabajo. En relación al primer estudio de revisión bibliográfica en el que se han recogido un buen número de estudios, sería importante un análisis más riguroso de la validez de cada uno de ellos, que permitiera

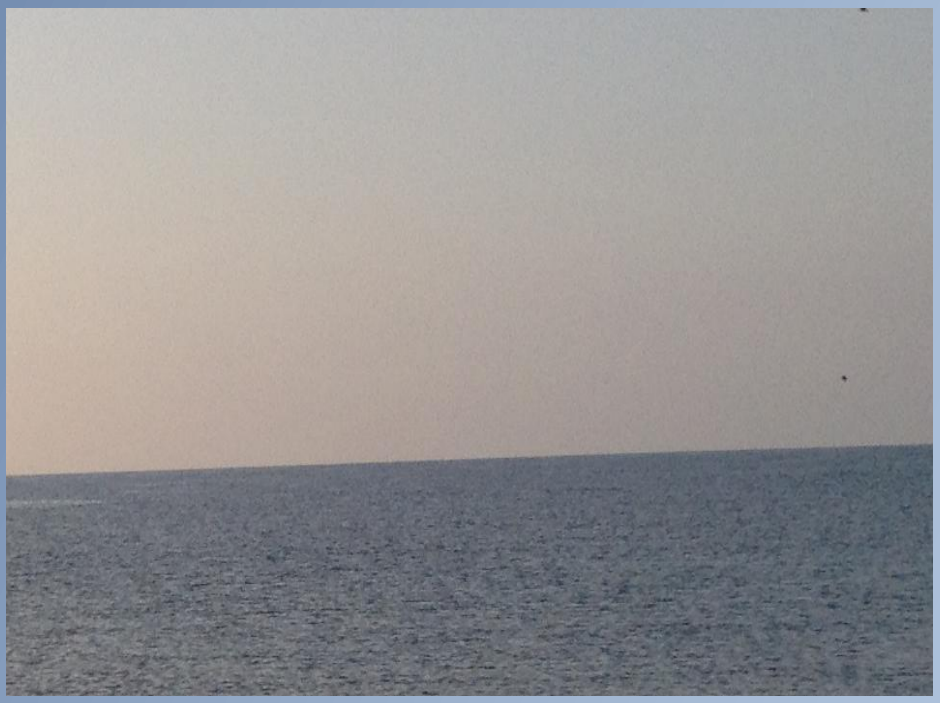
descartar aquellos que no permiten llegar a conclusiones, porque adolecen de limitaciones en su diseño, metodología e instrumentación; también porque los autores no aportan los resultados estadísticos necesarios como para poder proceder a estimar por medio los meta-análisis los efectos encontrados. El tercer estudio se limita a un grupo de mujeres que voluntariamente han participado, hubo mujeres que rechazaron su participación, lo que puede introducir posibles sesgos en los resultados.

También se sabe que en las encuestas y entrevistas funciona la deseabilidad social, de modo que las personas trasmiten aquella imagen que desean proyectar en los otros. La entrevista en un contexto clínico es compleja, por eso estas entrevistas en profundidad han seguido un guión abierto, donde las participantes podían pasar de un tema a otro, o no mencionar determinadas cuestiones. También destacar que hubo temas extremadamente delicados o dolorosos que no surgieron en las entrevistas grabadas, pero si con posterioridad. Son aspectos que explicitaron sin ser registrados (por deseo expreso de ellas) en las grabaciones, como experiencias de maltrato y abuso en la familia, temas que se recogen, pero únicamente de manera escueta en las transcripciones. En entrevistas posteriores no incluidas en esta tesis algunas mujeres informaron de materias adicionales que podía haber ilustrado áreas no analizadas, sobre todo en lo relativo al funcionamiento familiar.

Acabamos este trabajo resaltando lo que entendemos como aportaciones principales. Así el primer estudio recopila las evidencias publicadas en revistas científicas, con revisión por pares, clasificando los resultados según su validez metodológica, mostrando desde los meta-análisis y las revisiones sistemáticas hasta los estudios de casos o de muestras específicas y agrupando los estudios publicados en Ciencias de la Salud sobre la relación entre inmigración, mujer y salud mental. Esta recopilación creemos puede permitir estudios posteriores que esperamos puedan publicarse en el futuro.

Respecto al segundo estudio representa un análisis riguroso (de casos y controles) en su diseño y estadísticamente, que desde nuestro conocimiento es el primero en nuestro contexto que contrasta las puntuaciones de casos de salud mental de mujeres inmigrantes y nativas, y las compara con puntuaciones de muestras normativas de la población general, con instrumentos validados y fiables que permiten un contraste estadístico.

Por último, el tercer análisis, que constituye el núcleo central de esta tesis, es un estudio cualitativo que ha aplicado una metodología de análisis de contenido del discurso, con un sistema de categorización fundamentado teóricamente y en las evidencias previas, con un contraste entre jueces para la clasificación de las ideas. Todo ello ha permitido establecer una fiabilidad de las mismas, y, además, ha posibilitado ejemplificar las categorías de análisis con las citas textuales de las mujeres participantes, en su lenguaje y formas expresivas culturalmente ubicadas. Los ejemplos de redes de ideas han permitido mostrar extractos de las historias de vida centradas en los núcleos principales de este trabajo, como son las transformaciones en los roles de género y el afrontamiento del estrés de aculturación en las mujeres inmigrantes latinoamericanas en el País Vasco. Desde un punto de vista académico, esperamos poder contribuir al avance en los estudios sobre la salud mental e inmigración y publicar los resultados de esta tesis en forma de artículos. Desde un punto de vista aplicado, esta tesis espera ayudar a la comprensión del malestar subjetivo, la salud mental y las fortalezas psicológicas de las mujeres migrantes de cara a mejorar la comunicación en el contexto clínico y de atención psicosocial a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, evitando estereotipos negativos y promoviendo la calidad de vida y el fortalecimiento de la identidad de las mujeres y de sus familias.



Referencias bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 60-67.

Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo.

Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, 21*, 39-52.

Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en salud mental relacional. 7 (1).* Disponible en*:* http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf

Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Zerbitzuan, 46, 163-171.

Achotegui, J. (2010). *Psiquiatría e inmigración*. Badalona: Euromedice

Achotegui, J. (2011). *Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy*. Figueres: El mundo de la mente.

Achótegui, J., López A., Morales, M., Espeso, D., & Achotegui A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con Síndrome de Ulises. Estudio sobre 1110 inmigrantes en el SAPPIR en Barcelona. *Revista Norte de Salud Mental, 8*(52), 70-78.

Achotegui, J., Morales, M. M., Cervera, P., Quirós,, C., Pérez, J. V., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A-M., & Borrell, C. (2009). Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte de Salud Mental, 8*(35).

Aerny Perreten, N., Ramasco Gutiérrez, M., Cruz Maceín, J. L., Rodríguez Rieiro, C., Garabato González, S., & Rodríguez Laso, Á. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria, 24*(2), 136-144.

Agius, M., & Ward, C. (2009). The epidemiology of psychosis in Luton. *Psychiatria Danubina*, *21*(4), 508-513.

Agudelo-Suárez, A. A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C., García, A. M., Ruiz-Frutos, C., Felt, E., & Benavides, F. G. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC public Health*, *11*(1), 652.

Afonso, C., & Martín Beristain, C. (2013). *Memoria para la vida. Una comisión de la verdad desde las mujeres para Colombia*. Universidad del País Vasco. Hegoa.

Ai, A. L., Weiss, S. I., & Fincham, F. D. (2014). Family factors contribute to general anxiety disorder and suicidal ideation among Latina Americans. *Women's Health Issues*, *24*(3), 345-352.

Aierdi, X., Basabe, N., Blanco, C., & Olegada, J. A. (2008). *Población Latinoamericana en la CAPV 2007*. Bilbao: Ikuspegi & UPV/EHU.

Aierdi, X., Fouassier, M., Fernández, I., & Shershneva, J. (2013). *¿Por qué llegué a Euskadi? Un estudio de caso de la feminización de la inmigración.* XI Congreso español sociología crisis y cambio propuestas desde la sociología. Madrid, 10-12 Julio 2013. Disponible en http://www.fes-sociologia.com/libro-de-actas-y-programa-completo-en-pdf/pages/23/

Aierdi, X., Oleaga, J.A., Sáenz de la Fuente, I. Arriola, J., Carrizo, S., Perez Machio, A.I., Pego, L., Barquin, A., Medinabeitia, M., & Alzola, N. (2012). *Estudio sobre las mujeres inmigrantes extranjeras en la sociedad vasca*. Emakunde. UPV-EHU. Berigune.

Alda Díez, M., García Campayo, J., & Sobradiel, N. (2010). Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(5).

Alegría, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z., & Canino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health*, *97*(1), 68-75.

Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 335-340.

Allard, G. (2009). A medida que la crisis se agudiza el desempleo se extiende. *Ideas, 105*, 20-25.

Allen, B., Cisneros, E. M., & Tellez, A. (2013). The children left behind: The impact of parental deportation on mental health. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(2), 386-392.

Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barcelona), 104*, 771-776.

Anderson, L. M., Adeney, K. L., Shinn, C., Krause, L. K., & Safranek, S. (2012). *Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations*. The Cochrane Library.

Aragona, M., Rovetta, E., Pucci, D., Spoto, J., & Villa, A. M. (2012). Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, *17*(5), 477-491.

Arcury, T. A., Grzywacz, J. G., Chen, H., Mora, D. C., & Quandt, S. A. (2014). Work organization and health among immigrant women: Latina manual workers in North Carolina. *American Journal of Public Health*, *104*(12), 2445-2452.

Ardian, N., Mahmoudabad, S. S. M., Ardian, M., & Karimi, M. (2014). General Health of Foreign-Origin Groups and Native Population. *Global Journal of Health Science*, *6*(5), 55.

Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso*. Barcelona: Herder.

Baca-García, E., Pérez-Rodríguez, M. M., del Alamo, F. J. Q. G., Vigo, M. M., Villamor, I. B., Sevilla-Vicente, J., ... & de Rivera, J. L. G. (2005). Acceso, itinerarios y utilización de los servicios psiquiátricos en la población inmigrante. *Monografías de Psiquiatría*, *17*(4), 11-17.

Bae, J., & Park, Y. (2010). A structural equation model on mental health of Korean immigrants in Canada. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *40*(3), 389-399.

Balkir, N., Arens, E. A., Wolff, C., & Barnow, S. (2013). The link between self-construal and mental distress in Turkish migrants and German women with depression. *Psychiatrische Praxis*, *40*(3), 135-141.

Baraza, M. C, Robles, N. L., & Alba, A. G. (2005). Identificación de diagnósticos enfermeros en población inmigrante en el distrito Poniente de Almería. *Enfermería Comunitaria*, *1*, 18-23.

Barro, S. L., Arús, M. S., Lugo, A. B., & Martí, M. F. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, *34*(9), 504.

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Barcelona: Gedisa.

Basabe, N. (2003). Factores psicosociales y salud: Cultura y Salud Salud y Factores psicosociales. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. & Zubieta, E. (2003). *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 892-913). Madrid: Pearson Education.

Basabe, N., (Ed.) (2004). Monográfico: Identidad, Migración y Cultura. *Inguruak, Revista Vasca de Sociología, 38*.

Basabe, N. (2007). *Mujeres inmigrantes: Salud y Bienestar (Resultados de la Encuesta Vasca a inmigrantes en la CAPV)*. Jornada Mujer Inmigrante y Salud. Vitoria-Gasteiz, Palacio Europa.

Basabe, N., & Bobowik, M. (2011). Aculturación, Identidad étnica y afrontamiento de la inmigración: el caso de España. En Techio, E. & Lima, M. (Eds.). *Cultura e Produção das diferencias: estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha, e Portugal,* (pp. 311-362). Brasilia: Tecno-Politik.

Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X., & Jiménez-Aristizabal, A. (2009). *Calidad de vida, Bienestar subjetivo y Salud: inmigrantes en la CAPV*. Zumaia: Ikuspegi- Observatorio Vasco de Inmigración. ISBN: 978-84-9860-215-9.

Basabe, N., Páez, D., Valencia, J., Rimé, B., Pennebaker, J., Diener, E. & González, J. L. (2000). Sociocultural factors predicting subjective experience of emotion. *Psicothema, 12,* 55-69.

Basabe, N., Valdoseda, M., & Páez, D. (1993). *Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.

Basabe, N., Zlobina, A., & Páez, D. (2004). Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco*. Cuadernos Sociológicos Vascos, 15*. Vitoria: Gobierno Vasco. Disponible en http://gvas.euskadi.net/pub/gv/estudios sociológicos/ csv15.pdf

Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Paidós: Barcelona.

Bauman, Z. (2006). *Confianza y temor en la ciudad. Vivir con extranjeros*. Barcelona: Arcadia

Bauman, Z. (2007). *Tiempos Líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets.

Bayram, N., Thorburn, D., Demirhan, H., & Bilgel, N. (2007). Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research*, *16*(8), 1319-1333.

Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.

Becerra, M., & Altimir, L. (2013). Characteristics and needs of migrant population consulting in mental health: the emergence of the intersubjective encounter of intercultural negotiation phenomenon. Características y necesidades de consultoría población migrante en salud mental: la aparición del encuentro intersubjetivo del fenómeno negociación intercultural. *De Familias y Terapias, 22*(35), 14-18.

Beck, U. (2012). *Crónicas desde el mundo de la política interna global*. Barcelona: Paidós.

Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2012). *Amor a distancia. Nuevas formas de vida en la era global*. Barcelona: Paidós.

Beiser, M., & Hou, F. (2014). Chronic health conditions, labour market participation and resource consumption among immigrant and native-born residents of Canada. *American Journal of Public Health*, *59*(3), 541-547.

Belhadj, E. B. K., Koglin, U., & Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(6), 373-391.

Bentley, J. A., Thoburn, J. W., Stewart, D. G., & Boynton, L. D. (2012). Post-Migration stress as a moderator between traumatic exposure and self-reported mental health symptoms in a sample of Somali refugees. *Journal of Loss and Trauma*, *17*(5), 452-469.

Berg, A. , Andreassen, O. A., Aminoff, S. R., Romm, K. L., Hauff, E., & Melle, I. (2014). The impact of immigration and visible minority status on psychosis symptom profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(11), 1747-1757.

Berg, J. E. (2009). The level of non-Western immigrants' use of acute psychiatric care compared with ethnic Norwegians over an 8-year period. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(3), 217-222.

Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax*, *37*(5), 225-32.

Bernat, E. (2013). Integración y participación comunitaria: el rol de las redes sociales en los inmigrantes latinoamericanos en una provincia rural (Teruel, España). *Acción Psicológica, 10*(2), 133-145

Berra, S., Elorza Ricart, J. M., Bartomeu, N., Hausmann, S., Serra-Sutton, V., & Rajmil, L. (2004). Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. *Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya*.

Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations, 29*(6), 697-712.

Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). *Immigrant youth in cultural transition. Acculturation, identity, and adaptation across national contexts.* London: LEA.

Bertino, L., Arnaiz, V., & Pereda, E. (2006). Factores de riesgo y protección en madres migrantes transnacionales. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 17*, 91-116.

Bertino, L., Montes, Y., & Arnaiz, V. (2014). Del dolor a la agresión. Situaciones de violencia filio-parental en familias migrantes extranjeras reagrupadas. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 30*, 91-116.

Bestard, J. (1998). *Parentesco y Modernidad*. Barcelona: Paidós.

Betancor, V., Rodríguez - Pérez, A., Rodríguez - Torres, R., Leyens, J. D., & Quiles, M. N. (2005). El efecto del estatus en la atribución de las dimensiones estereotípicas de sociabilidad y competencia. *Psicothema, 17*,297-302.

Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(2), 84-93.

Bhugra, D., & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry*, *184*(1), 10-20.

Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, *7*(1), 15.

Blanco, M. C., & Zlotnik, H. (2006). *Migraciones: Nuevas movilidades en un mundo en movimiento* (Vol. 51). Madrid: Anthropos.

Blanz, M., Mummendey, A., Mielke, R., & Klink, A. (1998). Responding to negative social identity: A taxonomy of identity management strategies. *European Journal of Social Psychology, 28*(5), 697-729.

Bobowik, M., Basabe, N., & Páez, D. (2014). Heroes of adjustment": Immigrant's Stigma and Identity Management. *International Journal of Intercultural Relations, 41*, 112-124.

Bojorquez, I., de Snyder, N. S., & Casique, I. (2009). International migration of partner, autonomy and depressive symptoms among women from a Mexican rural area. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(4), 306-321.

Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, *22*(3), 389-395.

Borges, G., Breslau, J., Su, M., Miller, M., Medina-Mora, M. E., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Immigration and suicidal behavior among Mexicans and Mexican Americans. *American Journal of Public Health*, *99*(4), 728-733.

Borges, G., Rafful, C., Tancredi, D. J., Saito, N., Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, M. E., & Breslau, J. (2013). Mexican immigration to the US, the occurrence of violence and the impact of mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*(2), 161-168.

Borrel, C., & Benach, J. (2006). La evaluación de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria, 20*(5), 396-406.

Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (2012*). Lealtades Invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bravo Ortiz, M. F. B. (2003). Intervenciones en Personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y España. *Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos, 3*(2), 117-128.

Breslau, J., Borges, G., Saito, N., Tancredi, D.J., Benjet, C., Hinton, L., Kendler, K.S., Kravitz, R., Vega, W., & Aguilar-Gaxiola, S. (2011) Migration from Mexico to the United States and conduct disorder: A cross-national study. *Archives of General Psychiatry. 68*(12), 1284-1293.

Briones, E., Verkuyten, M., Cosano, J., & Tabernero, C. (2012). Psychological adaptation of Moroccan and Ecuadorean immigrant adolescents in Spain. *International Journal of Psychology*, *47*(1), 28-38.

Brown, M. J., Cohen, S. A., & Mezuk, B. (2015). Duration of US residence and suicidality among racial/ethnic minority immigrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(2), 257-267.

Buendía, J., Mira, J.M. (1993). Estrés, desarrollo y adaptación. En Buendía, J. (coor.). *Estrés y psicopatología* (pp. 41-61). Madrid: Pirámide.

Buhmann, C. B. (2014). Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. *Danish Medical Journal*, *61*(8), 4871-4871.

Buraschi, D. (2014). Estrategias identitarias de los emigrantes canarios retornados de Venezuela. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (35), 69-96.

Burguillo, F., Botillo, C., & Saiz, D. (2003). *Patoplastia e inmigración*. Interpsiquis. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2623

Bursztein Lipsicas, C., Mäkinen, I., Apter, A., Leo, D., Kerkhof, A., Lönnqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., & Wasserman, D. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *47*(2), 241-251.

Bursztein Lipsicas, C., & Mäkinen, I. H. (2010). Immigration and suicidality in the young. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(5), 274-281.

Bursztein Lipsicas CB, Mäkinen IH, Wasserman D, Apter A, Kerkhof A, Michel K, Renberg ES, Van Heeringen K, Värnik A, Schmidtke A (2014) Repetition of attempted suicide among immigrants in Europe. *Can J Psychiatry,* 59(10),539-47.

Butler, M., Warfa, N., Khatib, Y., & Bhui, K. (2015). Migration and common mental disorder: An improvement in mental health over time? *International Review of Psychiatry*, *27*(1), 51-63.

Bye, H. H., Herrebrøden, H., Hjetland, G. J., Røyset, G. Ø., & Westby, L. L. (2014). Stereotypes of Norwegian social groups. *Scandinavian Journal of Psychology*, *55*(5), 469-476.

Caballero, L. (1997). Migración y Salud Mental. En Rodríguez Pulido, F., Vázquez Barquero, J.L., & Desviat, M. (Eds.). *Psiquiatría Social y Comunitaria (I*) (pp. 187-202). Instituto Canario de Estudios y Promoción Sanitaria.

Calvete, E., Orue, I., & San Pedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia. Características contextuales y personales. *Infancia y Adolescencia, 34*, 349-363.

Camacho, M. (2004): Trato indigno y patología psiquiátrica: caminos etiopatogénicos. En Medina, A., Moreno M.J., & Lillo, R. (Eds.). *Trato Indigno. Encuentros Jurídicos-Psiquiátricos*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Novartis: Barcelona

Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.

Capote, A. (2014). Apuntes sobre el desasosiego entre la juventud marroquí. Proyectos migratorios y movilidad interna en Marruecos como antesala de la inmigración internacional. In *Documents d'anàlisi Geogràfica* , 60, 237-259.

Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *1*(1), 13.

Carrére, E. (2013). *Limónov*. Barcelona: Anagrama.

Cavazos-Rehg, P. A., Zayas, L. H., & Spitznagel, E. L. (2007). Legal status, emotional well-being and subjective health status of Latino immigrants. *Journal of the National Medical Association*, *99*(10), 1126-1131.

Cetrez, Ö. A. (2011). The next generation of Assyrians in Sweden: religiosity as a functioning system of meaning within the process of acculturation. *Mental Health, Religion & Culture*, *14*(5), 473-487.

Chacon, F. & Bestard, J. (Eds.) (2011). *Familias. Historias de la sociedad española*. Madrid: Cátedra

Chou, F. H. C., Chen, P. C., Liu, R., Ho, C. K., Tsai, K. Y., Ho, W. W., Chao, S.S., Lin, K.S., Shen, S.P., & Chen, C. C. (2010). A comparison of quality of life and depression between female married immigrants and native married women in Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(9), 921-930.

Chun, K. M., Organista, P. B., & Marín, G. (Eds.) (2003). *Acculturation. Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington, DC: APA.

Coid, J. W., Kirkbride, J. B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., & Jones, P. B. (2008). Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Archives of General Psychiatry*, *65*(11), 1250-1258.

Collazos Sánchez, F., Ghali Bada, K., Ramos Gascón, M., & Qureshi Burckhardt, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, *88*(6), 755-761.

Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991–1992 and 2001–2002. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(12), 2141-2147.

Comte-Sponville, A. (2003). *Diccionario Filosófico*. Barcelona: Paidós.

Cots, F., Castells, X., Ollé, C., Manzanera, R., Varela, J., & Vall, O. (2002). Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, *16*(5), 376-384.

Crafa, D., & Warfa, N. (2015). Maternal migration and autism risk: Systematic analysis. *International Review of Psychiatry*, *27*(1), 64-71.

Cruz, I., Serna, C., Rué, M., Real, J., Soler-González, J., & Galván, L. (2012). Duration and compliance with antidepressant treatment in immigrant and native-born populations in Spain: a four year follow-up descriptive study. *BMC Public Health*, *12*(1), 256.

Dallo, F. J., Kindratt, T. B., & Snell, T. (2013). Serious psychological distress among non-Hispanic whites in the United States: the importance of nativity status and region of birth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(12), 1923-1930.

Dao, T. K., Poritz, J. M., Moody, R. P., & Szeto, K. (2012). Development, reliability, and validity of the posttraumatic stress disorder interview for Vietnamese refugees: A diagnostic instrument for Vietnamese refugees. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(4), 440-445.

Das-Munshi, J., Leavey, G., Stansfeld, S. A., & Prince, M. J. (2012). Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis. *Ethnicity & Health*, *17*(1-2), 17-53.

Dealberto, M. J. (2010). Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *121*(5), 325-339.

Deans, A. K., Boerma, C. J., Fordyce, J., De Souza, M., Palmer, D. J., & Davis, J. S. (2013). Use of Royal Darwin Hospital emergency department by immigration detainees in 2011. *Med J Aust*, *199*, 776-778.

Declerck, P. (2006). *Los náufragos.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

De Figueiredo, J. M. (2014). Explaining the 'immigration advantage'and the 'biculturalism paradox': An application of the theory of demoralization. *International Journal of Social Psychiatry, 60*(2), 174-177.

Deisenhammer, E. A., Çoban-Başaran, M., Mantar, A., Prunnlechner, R., Kemmler, G., Alkın, T., & Hinterhuber, H. (2012). Ethnic and migrational impact on the clinical manifestation of depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(7), 1121-1129.

De la Revilla, A.L., de los Ríos Álvarez, A.M., Luna del Castillo, J.D., Gómez García, M., Valverde Morillas, C., & Calvo Tudela, P . (2004). Utilización de las consultas de Atención Primaria por parte de inmigrantes y su relación con el duelo migratorio. R*evista SAMFYC, 15*(2).

Del Amo, J., Jarrín, I., García-Fulgueiras, A., Ibáñez-Rojo, V., Álvarez, D., Rodríguez-Arenas, M. Á., ... & Llácer, A. (2011). Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(11), 1143-1152.

De Luca, S. (2015). *Migración: Choque y Adaptación Sociocultural.* (Tesis doctoral no publicada). Universidad del País Vasco, Donostia-San Sebastián.

De Luca, S., Bobowik, M., & Basabe, N. (2011). Adaptación sociocultural de inmigrantes brasileños en el País Vasco: Bienestar y aculturación. *Revista de Psicología Social*, *26*(2), 275-294.

Del Fresno, M. G. (2011). *Retos para la intervención social con familias en el siglo XXI*. Madrid: Trotta

Delgado, M. (2007). *Sociedades movedizas. Pasos hacia una antropología de las calles*. Barcelona: Anagrama.

Delle Fave, A., & Bassi, M. (2009). Sharing optimal experiencies and promoting good community life in a multicultural society. *The Journal of Positive Psychology, 4*(4), 280-289.

Departamento de Salud. Gobierno Vasco (2007). Encuesta de Salud 2007. Disponible en: *http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpubl01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html*

DeVylder, J. E., Oh, H. Y., Yang, L. H., Cabassa, L. J., Chen, F. P., & Lukens, E. P. (2013). Acculturative stress and psychotic-like experiences among Asian and Latino immigrants to the United States. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 223-228.

Durbin, A., Lin, E., Taylor, L., & Callaghan, R. C. (2011). First-generation immigrants and hospital admission rates for psychosis and affective disorders: an ecological study in Ontario. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *56*(7), 418-426.

Echebarría A. & Páez, D. (Eds.) (1998). *Emociones: Perspectivas Psicosociales.* Madrid: Fundamentos.

Erim, Y., Morawa, E., Atay, H., Aygün, S., Gökalp, P., & Senf, W. (2011). Sense of coherence and depression in the framework of immigration: Turkish patients in Germany and in Turkey. *International Review of Psychiatry*, *23*(6), 542-549.

Escudero, E. (2011). *La realidad de las mujeres migrantes ante las intervenciones socio-sanitarias, educativas y laborales en la CAE*. Vitoria-Gasteiz: Emakunde.

Esnaola, S., de Diego, M., Elorriaga, E., Martín, U., Bacigalupe, A., Calvo, M., Aldasoro, E., & Pardillo, B. (2013). Datu garrantzitsuak 2013ko Euskal Osasun Inkesta. *Vitoria-Gasteiz. Osasun Saila, Azterlan eta IkerkuntzaSanitarioko Zerbitzua 2013 / Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.

Esteban Peña, M. M. (2001). Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes" sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Atención Primaria*, *27*(1), 25-28.

Eylem, O., Van Straten, A., Bhui, K., & Kerkhof, A. J. (2015). Protocol: Reducing suicidal ideation among Turkish migrants in the Netherlands and in the UK: Effectiveness of an online intervention. *International Review of Psychiatry*, *27*(1), 72-81.

Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas Sistémicas, 69*, 15-45.

Falicov, C.J. (2008). El trabajo con inmigrantes transnacionales. Expandiendo los significados de Familia, Comunidad y Cultura. Redes. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 20*, 25-42.

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, *365*(9467), 1309-1314.

Fernández, I., & Basabe, N. (2007). Psicología social y Cultura. En Morales F. J. et al. (Eds.). *Psicología Social* (pp. 63-95). Madrid: McGraw Hill.

Fouassier, M., & Aierdi, X. (2012). *Mujeres Inmigrantes en la CAE: una tipología operativa. VII Congreso de Migraciones Internacionales en España*. Bilbao, 11-13 de Abril 2012. Disponible en: http://www.fes-web.org/congresos/11/grupos-trabajo/25/

Fichter, M. M., Quadflieg, N., Georgopoulou, E., Xepapadakos, F., & Fthenakis, E. W. (2005). Time trends in eating disturbances in young Greek migrants. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(4), 310-322.

Font, A., Moncada, S., & Benavides, F. G. (2012). The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *85*(7), 801-806.

Fornieles Alcaraz, J., & Hernández, A. M. B. (2015). El elefante en el pajar. Salud y emigración: Aspectos sociales y comunicativos. *Tonos Digital: Revista Electrónica de Estudios Filológicos, 28.*

Fossion, P., Servais, L., Rejas, M. C., Ledoux, Y., Pelc, I., & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender controlled study. *European Psychiatry*, *19*(6), 338-343.

Frissa, S., Hatch, S. L., Gazard, B., Fear, N. T., Hotopf, M., & SELCoH study team. (2013). Trauma and current symptoms of PTSD in a South East London community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(8), 1199-1209.

Fryers, T., Brugha, T., Morgan, Z., Smith, J., Hill, T., Carta, M., ... & Kovess, V. (2004). Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(11), 899-905.

Fu, H., & VanLandingham, M. J. (2012). Mental health consequences of international migration for Vietnamese Americans and the mediating effects of physical health and social networks: results from a natural experiment approach. *Demography*, *49*(2), 393-424.

Gadarian, S. K., & Albertson, B. (2014). Anxiety, immigration, and the search for information. *Political Psychology*, *35*(2), 133-164.

García Borrego, I. (2010). *Familias migrantes: elementos teóricos para la investigación social. Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos.* Madrid: IEPALA.

García Campayo, J., González Broto, C., Buil, B., García Luengo, M., Caballero, L., & Collazos, F. (2006). Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *34*(6), 371-376.

García-Campayo, J., & Carrillo, C. S. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, *118*(5), 187-191.

García-Gómez, P., & Oliva, J. (2009). Health-related quality of life of working-age immigrant population. *Gaceta sanitaria/SESPAS*, *23*, 38-46.

García Ramos, P. R., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., & Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32*(116), 739-756.

Geertz, C. (1999). *Los usos de la diversidad*. Barcelona: Paidós.

Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2014). Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(4), 282-288.

Gil Araujo, S. (2010). Políticas migratorias, género y vida familiar. Un estudio exploratorio del contexto español. En *Grupo Interdisciplinario de Investigadores Migrantes. Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes* (pp. 81-92). Madrid: IEPALA.

Gil Araujo, S. (2008). Migraciones Latinoamericanas hacia el Estado Español. La reactivación del sistema migratorio transatlántico. En Rodríguez, I., & Martínez, J. (Eds.). *Postcolonialidades históricas: (in)visibilidades hispanoamericanas / colonialismos ibéricos* (pp. 189-220). Barcelona: Anthropos.

Gilbar, O., Or-Han, K., & Plivazky, N. (2005). Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(6), 471-476.

Gimeno-Feliu, L. A., Macipe-Costa, R. M., Dolsac, I., Magallón-Botaya, R., Luzón, L., Prados-Torres, A., & García-Campayo, J. (2011). Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en Atención Primaria: ¿quién consume más servicios? *Atención Primaria*, *43*(10), 544-550.

Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London; Oxford University Press.

Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.

Goldberg, D.P. & Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general de GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.

Gómez Montoya, A. Gómez González, J.A., & Luque Vizcaíno, G. (2011). ¿Para qué migramos? Algunos motivos invisibles. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 25*, 105-122.

Gong, F., Xu, J., Fujishiro, K., & Takeuchi, D. T. (2011). A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency. *Social Science & Medicine*, *73*(11), 1618-1626.

González De Rivera, J.L. (2005). Patología mental en la población inmigrante. Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En Sánchez, M. (Ed.). Más pobres, más solos, más tristes. *El País, 5 de Abril*.

González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., & Vega, W. A. (2010). The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(15), 1043-1051.

González-Castro, J. L., & Ubillos, S. (2011). Determinants of psychological distress among migrants from Ecuador and Romania in a Spanish city. *International Journal of Social Psychiatry, 57(1), 30-44*.

González-Rábago, Y., La Parra, D., Martín, U., & Malmusi, D. (2014). Participación y representatividad de la población inmigrante en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. *Gaceta Sanitaria*, *28*(4), 281-286.

Gotor, L., & González-Juárez, C. (2004). Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(7), 560-568.

Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

Grinberg, L., & Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza.

Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., & Arcury, T. A. (2008). Immigrant farmworkers' health-related quality of life: An application of the job demands-control model. *Journal of Agricultural Safety and Health*, *14*(1), 79-92.

Gudykunst, W. B., Yoon, Y. C., & Nishida, T. (1987). The influence of individualism-collectivism on perception of communication in in-group and out-group relationships. *Communication Monographs, 54*, 296-306.

Hakim, C. (2005). *Modelos de familias en las sociedades modernas. Ideales y realidades*. Madrid: CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Hall, E. T., & Hall, M. R. (1990). *Understanding cultural differences* (Vol. 12). Yarmouth, ME: Intercultural press.

Haro-Abad, J.M., Kovess, V., Brugha, T., Lehtinen, V., Angermeyer, M.C., Xavier, M., Kittel, F., …, & Smith J. (2005). Migration and mental health in Europe (The state of the mental health in Europe working group: Appendix I). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. *1*(13).

Hayes A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the Call for a Standard Reliability Measure for Coding Data. *Communication Methods and Measures*, *1*(1), 77–89.

Hernández Rodríguez, G., & Martínez Conde, C. M. (2010). El proyecto de vida de los jóvenes hijos de emigrantes retornados. *Papers. Revista de Sociología*, *96*(1), 165-182.

Herrero, M., González, E., Valverde, T., & Caballero, L. (2003). Utilización del cuestionario PRIME-MD® para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes. *Medicina Clínica*, *117*(18), 716-717.

Hombrados-Mendieta, I., Gómez-Jacinto, L., & Domínguez-Fuentes, J. M. (2009). The impact of immigrants on the sense of community. *Journal of Community Psychology*, *37*(6), 671-683.

Hochschild, A. R. (2008): *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y del trabajo*. Madrid: Katz.

Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparison values, behaviours institutions and organizations across nations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Hutchinson, G., & Haasen, P. D. C. (2004). Migration and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(5), 350-357.

Ide, N., Kõlves, K., Cassaniti, M., & De Leo, D. (2012). Suicide of first-generation immigrants in Australia, 1974–2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(12), 1917-1927.

Igartua, J. J., Muñiz, C., Otero, J., Cheng, L., & Gómez-Isla, J. (2008). Recepción e impacto socio-cognitivo de las noticias sobre inmigración. *Revista de Psicología Social, 23*(1), 3-16

Iglesias de Ussel, J. & Marí-Klose, P. (2011). La familia española en el S. XXI: los retos del cambio social. En Chacón, F. & Bestard, J. (Eds.). *Familias. Historia de la sociedad española* (pp. 1001-1123). Madrid: Cátedra.

Ikuspegi. (2015). Observatorio Vasco de Inmigración. Disponible en: *http://www.ikuspegi.org/es/*

Iliceto, P., Pompili, M., Candilera, G., Borges, G., Lamis, D. A., Serafini, G., & Girardi, P. (2013). Suicide risk and psychopathology in immigrants: a multi-group confirmatory factor analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(7), 1105-1114.

Im, E. O., Chang, S. J., Chee, W., Chee, E., & Mao, J. J. (2015). Immigration Transition and Depressive Symptoms: Four Major Ethnic Groups of Midlife Women in the United States. *Health Care for Women International*, *36*(4), 439-456.

Inclán, J (2009). Terapia de familia con inmigrantes latinoamericanos; un modelo sistémico-ecológico. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 22*, 43-61.

Inclán, J., Martí Castañer, M., & Gay Pascual, X. (2012). Adolescencia e inmigración: una perspectiva sistémico-ecológica. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 27*, 9-58.

Inglehart, R., Basáñez, M., Díez-Medrano, J., Halman, L., & Luijkx, R. (World Values Survey) (2004). *Human beliefs and values*. México: S.XXI.

Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R., & Smith, J. P. (2004). Immigrant health: selectivity and acculturation. *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*, 227-266.

Jarrín, I., García-Fulgueiras, A., Ibáñez-Rojo, V., Álvarez, D., García-Pina, R., Fernández-Liria, A., ... & Del Amo, J. (2013). Absence of protective ethnic density effect on Ecuadorian migrants' mental health in a recent migration setting: a multilevel analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(1), 95-103.

Jenicek, M. (1996). *Epidemiología. La lógica de la medicina moderna*. Barcelona, Masson.

Jerlock, M., Kjellgren, K. I., Gaston-Johansson, F., Lissner, L., Manhem, K., Rosengren, A., & Welin, C. (2008). Psychosocial profile in men and women with unexplained chest pain. *Journal of Internal Medicine*, *264*(3), 265-274.

Jiménez, D., Sánchez, S., Zazo, J., Arias, F., & Soto, A. (2006). Ingresos de inmigrantes en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. En *Anales de Psiquiatría*, 22(3), 11-115.

Juárez, S., Esparza Catalán, C., & Díaz Olalla, J. M. (2007). Inmigración y Salud mental: algunas consideraciones metodológicas para las encuestas de salud Memorias Neuroinmunología de Instituto Cajal (IC). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): Disponible en: *http://www.cajal.csic.es/gruposDeTrabajo/memorias/MEMORIA%20Neuroinmunologia%20(22866).doc*

Juliano, D. (2010). *Sacando adelante hijos e hijas. Migración y trabajo sexual. En Grupo Interdisciplinario de Investigadores Migrantes* (Eds.). *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes* (pp. 47-53). Madrid: IEPALA.

Kadushin, A. (1990). *The social work inteview, a guide for human service professionals*. New York: Columbia University.

Kanagaratnam, P., Mason, R., Hyman, I., Manuel, L., Berman, H., & Toner, B. (2012). Burden of Womanhood: Tamil Women's Perceptions of Coping with Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, *27*(7), 647-658.

Keys, H. M., Kaiser, B. N., Foster, J. W., Burgos Minaya, R. Y., & Kohrt, B. A. (2015). Perceived discrimination, humiliation, and mental health: a mixed-methods study among Haitian migrants in the Dominican Republic. *Ethnicity & Health*, *20*(3), 219-240.

Kirchner, T., & Patiño, C. (2011). Latin-American immigrant women and mental health: differences according to their rural or urban origin. *The Spanish Journal of Psychology*, *14*(02), 843-850.

Kirkcaldy, B. D., Siefen, R. G., Merbach, M., Rutow, N., Brähler, E., & Wittig, U. (2007). A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans. *Psychology, Health & Medicine, 12*(3), 364-379.

Kirkcaldy, B. D., & Siefen, R. G. (2014). Perspectives of clinical medical directors in child and adolescent psychiatry: diagnostic and treatment needs of migrant families. *International journal of adolescent medicine and health*, *26*(3), 433-446.

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Muñoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, *183*(12), 959-967.

Kissinger, P., Althoff, M., Burton, N., Schmidt, N., Hembling, J., Salinas, O., & Shedlin, M. (2013). Prevalence, patterns and predictors of substance use among Latino migrant men in a new receiving community. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(3), 814-824.

Kleinke, C.L. (2001). *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* Bilbao: Descleé de Brouwer.

Krippendorff, K. (2011). *Computing Krippendorff's Alpha-Reliability*. Disponible en: http://repository.upenn.edu/asc_papers/43.

Kulwicki, A., Aswad, B., Carmona, T., & Ballout, S. (2010). Barriers in the utilization of domestic violence services among Arab immigrant women: Perceptions of professionals, service providers & community leaders. *Journal of Family Violence*, *25*(8), 727-735.

Kuper, A. (2001). *Cultura. La versión de los antropólogos*. Barcelona: Paidós.

Larizgoitia, I., Izarzugaza, I., Iraurgi, I., Ballesteros, J., Forero, C. G., Márquez, I., & Alonso, J. (2011). Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, *25*(2), 108-114.

Lay, B., Lauber, C., & Rössler, W. (2005). Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(5), 358-366.

Lay, B., Nordt, C., & Rössler, W. (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(3), 229-236.

Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.

Lee, S. J., & Chung, C. (2013). Comparisons of Health Conditions of Immigrant and Domestic Women in Korea and China Using Propensity Score Matching. *Health Care for Women International*, *34*(11), 989-1004.

Lega, L., Ortega, M., Sura, K., Costanzo, A., Friedman, M., O´Kelly, M., & Paredes, M. T. (2009). Aculturacioón y diferencias en las creencias irracionales sobre el rol femenino tradicional (O´Kelly Women Beliefs Scale) en Mujeres colombianas residentes en su país de origen y en Estados Unidos. *Revista Colombiana de Psicología, 18*(1), 1 53-61.

Leong, F., Park, Y. S., & Kalibatseva, Z. (2013). Disentangling immigrant status in mental health: Psychological protective and risk factors among Latino and Asian American immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*, *83*(2pt3), 361-371.

Leung, P., Cheung, M., & Tsui, V. (2012). Help-seeking behaviors among Chinese Americans with depressive symptoms. *Social Work*, *57*(1), 61-71.

Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*, *20*(1), 49-65.

Levitt, P. (2010). Los desafíos de la vida familiar transnacional. En Grupo Interdisciplinario de Investigadores Migrantes (Eds.). *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes* (pp. 17-30). Madrid: IEPALA

Liddell, B. J., Chey, T., Silove, D., Phan, T. T. B., Giao, N. M., & Steel, Z. (2013). Patterns of risk for anxiety-depression amongst Vietnamese-immigrants: a comparison with source and host populations. *BMC Psychiatry, 13*(1), 329.

Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder.

Lipovetsky, G., (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.

Lipovetsky, G., & Serroy, J. (2010). *La cultura-mundo. Respuesta a una sociedad desorientada*. Barcelona: Anagrama.

López-Araquistáin, L., Cardoner, M., & Urretavizcaya, M. (2006). Género, procesamiento emocional y trastornos afectivos. En Ezcurra, J., González-Pinto, A., Gutiérrez Fraile (Eds.). *Psiquiatría y mujer*. Madrid: Aula Médica.

Loren Robinson, K. (2015). Arrived: the crisis of unaccompanied children at our southern border. *Pediatrics, 135*(2), 205-207.

Loret de Mola, C., Stanojevic, S., Ruiz, P., Gilman, R. H., Smeeth, L., & Miranda, J. J. (2012). The effect of rural-to-urban migration on social capital and common mental disorders: Peru Migrant study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(6), 967-973.

Lyubomirsky, S., & Devoto, A. (2011). *La ciencia de la felicidad*. Ediciones Urano

Mähönen, T. A., Leinonen, E., & Jasinskaja-Lahti, I. (2013). Met expectations and the wellbeing of diaspora immigrants: A longitudinal study. *International Journal of Psychology*, *48*(3), 324-333.

Malmusi, D., & Ortiz-Barreda, G. (2014). Health inequalities in immigrant populations in Spain: a scoping review. *Revista Española de Salud Pública*, *88*(6), 687-701.

Marchetti-Mercer, M. (2009). South Africans in flux: exploring the mental health impact of migration on family life: review article. *Journal of Depression and Anxiety*, *12(*2), 129-134.

Mària i Serrano, J. F. (2001). La globalización. *Documentación Social*: *Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada, 125,* 15-34.

Marin, G., & Gamba, R. J. (2003). Acculturation and changes in cultural values. En K. M. Chun, Organista, P. B. & Marin, G. (Eds.). *Acculturation. Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 83-93). Washington: American Psychological Association.

Marset, M. (2008). La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes. *Norte de Salud mental*, *7*(30), 22-31.

Martín Beristain, C. (2005). *Proceso de duelo en las comunidades mayas afectadas por la violencia política*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad del País Vasco, Donostia-San Sebastián.

Martín Zurimendi, J. Celorio, M.J. & Goiriena, D. (2013). *"Análisis de la demanda en salud mental de inmigrantes atendida en Bizkaia"*. Interpsiquis 2013. 14º Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6074

Martínez Hernáez, Á. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *18*(68), 645-659.

McGoldrick, M., & Gerson, R. (1993). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Medina, A., Moreno M. J., & Lillo, R. (2004). Concepto genérico de trato indigno. En Medina, A., Moreno M.J., & Lillo, R. (Eds.). *Trato Indigno. Encuentros Jurídicos-Psiquiátricos* (pp. 11-19). Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Novartis: Barcelona.

Melamedoff, S. G. (2012). *Los procesos migratorios y su influencia en la subjetividad familiar: Duelo migratorio.* Interpsiquis. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5067

Mendenhall, E., Fernandez, A., Adler, N., & Jacobs, E. A. (2012). Susto, coraje, and abuse: depression and beliefs about diabetes. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *36*(3), 480-492.

Michelson, D., & Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: A comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*(2), 273-296.

Miclutia, I., Junjan, V., Popescu, C. A., & Tigan, S. (2007). Migration, mental health and costs consequences in Romania. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 10*(1), 43-50

Mirsky J. (2009). "Mental health implications of migration: A review of mental health community studies on Russian-speaking immigrants in Israel". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 44*(3), 179-187.

Miyasaka, L. S., Canasiro, S., Abe, Y., Otsuka, K., Tsuji, K., Hayashi, T., ... & Kato, S. (2007). Migration and mental health: Japanese Brazilians in Japan and in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *56*(1), 48-52.

Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Health Worker Migration in Europe: Assessing the Policy Options*, *13*(1), 9.

Miquel Monras , Neus Freixa , Lluisa Ortega , Presentación Pineda , Àngels González , Antoni Gual. Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Medicina Clínica*, *126*(7), 250-252.

Moghaddam, F. M., Taylor, D. M., & Wright, S. C. (1993). *Social psychology: A cross-cultural perspective*. Nueva York: W. H. Freeman.

Moore, H. L. (2004). *Antropología y Feminismo*. Madrid: Cátedra.

Mora, F. (2007). Inmigración. Una Perspectiva Transcultural. *Revista de Salud Mental*. Disponible en: http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2007/psiquiatria-inmigracion-perspectiva-transcultural-julio07.html

Morales (2003). El estudio de la exclusión social en Psicología Social. En Morales J.F., & Huici, C. (Eds.). *Estudios de Psicología Social*. Madrid: UNED.

Moran, S. (2011). XX Informe del taller de PICUM *"Violencia y explotación de las mujeres inmigrantes indocumentadas: creación de estrategias para detener la impunidad"*. Bruselas 25 de Julio. Disponible en: www.picum.org

Morawa, E., & Erim, Y. (2014). The interrelation between perceived discrimination, depressiveness, and health related quality of life in immigrants of Turkish and Polish origin. *Psychiatrische Praxis*, *41*(4), 200-207.

Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Jones, P., Harrison, G., Leff, J., ... & Fearon, P. (2006). First episode psychosis and ethnicity: initial findings from the AESOP study 1. *World Psychiatry*, *5*(1), 40-46.

Moro, M. R. (2003). *Para una clínica transcultural. Comprender y curar el otro*. Interpsiquis. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2410

Moses, M.D. (2012). Mejorando el apego: terapia de pareja conjunta. Shapiro, F., Kaslow, F.W., Maxfield, L. (Eds.). *Manual de EMRD y procesos de Terapia Familiar*. Madrid: Pléyades.

Mösko, M. O., Gil-Martinez, F., & Schulz, H. (2013). Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(5), 434-446.

Moyerman, D.R. & Forman B.D. (1992). Acculturation and adjustment: A meta-analytyc study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 14*(2), 163-200.

Musitu, G. (Ed.) (2012). *Mujer y migración. Los nuevos desafíos en América Latina.* México: Trillas.

Nakash, O., Levav, I., & Gal, G. (2013). Common mental disorders in immigrant and second-generation respondents: Results from the Israel-based World Mental Health Survey. *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(5), 508-515.

Nalini, J. N. (2011). Identifying psychosocial stressors of well-being and factors related to substance use among Latino day laborers. *Journal of Immigrant and Minority Health/Center for Minority Public Health, 13*(4), 748-755.

Navarro-Lashayas, M. Á. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(124), 711-723.

Navas, M., Pumares, P., Sánchez, J., García, M. C., Rojas, A., Cuadrado, I., Asensio, M., & Fernández, J.S. (2004). *Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería.* Sevilla: DGCPM, Junta de Andalucía.

Nederhof, E. (2013). Developmental Mismatch: Why Some Immigrants Seem Protected From Affective, Personality, and Substance Use Disorders. *JAMA Psychiatry*, *70*(12), 1374-1375.

Nesterko, Y., Braehler, E., Grande, G., & Glaesmer, H. (2013). Life satisfaction and health-related quality of life in immigrants and native-born Germans: the role of immigration-related factors. *Quality of Life Research*, *22*(5), 1005-1013.

Neto, F. (2010). Mental health among adolescents from returned Portuguese immigrant families from North America. *North American Journal of Psychology*, *12*(2), 265-278.

Nielsen, S. S., Jensen, N. K., Kreiner, S., Norredam, M., & Krasnik, A. (2015). Utilisation of psychiatrists and psychologists in private practice among non-Western labour immigrants, immigrants from refugee-generating countries and ethnic Danes: the role of mental health status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(1), 67-76.

Nielssen, O., Sara, G., Lim, Y., & Large, M. (2013). Country of birth and hospital treatment for psychosis in New South Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(4), 613-620.

Nilaweera, I., Doran, F., & Fisher, J. (2014). Prevalence, nature and determinants of postpartum mental health problems among women who have migrated from South Asian to high-income countries: A systematic review of the evidence. *JAMA Psychiatry, 166*, 213-226.

Öberg, K. E. (1961). The site of the action of rotenone in the respiratory chain. *Experimental Cell Research, 24*(1), 163-164.

Ochoa de Alda, I. (1995). Rituales sociales, familiares y terapéuticos. En Navarro Góngora, J., & Beyebach, M. (Eds.). *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 76-107). Barcelona: Paidós.

Ochoa Mangado, E., Vicente Muelas, N., & Lozano Suárez, M. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*, *205*(3), 116-118.

Offer, S., & Schneider, B. (2011). Revisiting the gender gap in time-use patterns multitasking and well-being among mothers and fathers in dual-earner families. *American Sociological Review, 76*(6), 809-833.

O`Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.

O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. (2007). Health care providers' perspective of the gender influences on immigrant women's mental health care experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, *28*(10), 1171-1188.

Oppedal, B., & Røysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*, *45*(2), 131-144.

Oppedal, B., & Røysamb, E. (2007). Young Muslim immigrants in Norway: An epidemiological study of their psychosocial adaptation and internalizing problems. *Applied Development Science*, *11*(3), 112-125.

Organista, P.B., Organista, C. K., & Kurasaki, K. (2003). The Relationship Between Acculturation and Ethinic Minority Mental Healt. En K. M. Chun, Organista, P. B. & G. Marin. (Eds.), *Acculturation. Advances in*

theory, measurement, and applied research (pp. 139-161). Washington: American Psychological Association.

Orozco, R., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Aguilar-Gaxiola, S., & Breslau, J. (2013). A cross-national study on prevalence of mental disorders, service use, and adequacy of treatment among Mexican and Mexican American populations. *American Journal of Public Health*, *103*(9), 1610-1618.

Oso Casas, L. (2010). Movilidad laboral de las mujeres latinoamericanas en España y empresariado étnico. En Grupo Interdisciplinario de Investigadores Migrantes (Eds.). *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes*. (pp. 33-46). Madrid: IEPALA.

Paalman, C. H., Terwee, C. B., Jansma, E. P., & Jansen, L. M. (2013). Instruments measuring externalizing mental health problems in immigrant ethnic minority youths: a systematic review of measurement properties. *PloS One*, *8*(5), e63109. doi:10.1371/journal.pone.0063109

Páez, D., Basabe, N. Cardaño, A, Celorio, M.J. (1986). La clase social como factor psicosocial explicativo. En Páez, D. (Ed). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.

Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S., & Zubieta, E. (Eds.) (2003). *Psicología social, Cultura y Educación*. Madrid: Prentice-Hall.

Páez, D., Rimé, B. , Basabe, N., Wlodarczyk, A., & Zumeta, L. (2015). Psychosocial Effects of Perceived Emotional Synchrony in Collective Gatherings. *Journal of Personality and Social Psychology, 108*(5), 711-729.

Páez, D., Valencia, J, Pennebaker, J., Rimé, B., & Jodelet, D. (1998). *Memoria colectiva en procesos políticos y culturales*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Palacio Sañudo, J. E., & Madariaga Orozco, C. A. (2005). Redes sociales personales y calidad de vida en personas desplazadas por violencia política: el caso de Barranquilla (Colombia). *Redes: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales, 9*(3).

Pantzer, K., Rajmil, L., Tebé, C., Codina, F., Serra-Sutton, V., Ferrer, M., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M.C., & Alonso, J. (2006). Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(8), 694-698.

Pardo Moreno, G., Engel, J. L., & Agudo Polo, S. (2007). Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención Primaria*, *39*(11), 609-614.

Parella, S., & Cavalcanti, L. (2008). Aplicación de los campos sociales transnacionales en los estudios sobre migraciones. En Solé, C., Parella, S., Cavalcanti, L. (Eds.). *Nuevos retos del transnacionalismo en el estudio de las migraciones* (pp. 219-243). Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio Trabajo e Inmigración.

Parella, S., & Cavalcanti, L. (2010). Dinámicas familiares transnacionales y migración femenina: una exploración del contexto migratorio boliviano en España. En Grupo Interdisciplinario de Investigadores Migrantes (Eds.). *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes* (pp. 93-103). Madrid: IEPALA

Parrilla Ruiz, F. M. (2006). *El perfil del paciente inmigrante atendido en la unidad de urgencias del Hospital de Poniente*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Disponible en: http://hera.ugr.es/tesisugr/16499505.pdf

Pascoe, E. A., & Smart-Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull, 135*, 531-554.

Pascual, J. C., Malagon, A., Corcoles, D., Ginés, J. M., Soler, J., García-Ribera, C., Pérez, V., & Bulbena, A. (2008). Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(6), 471-476.

Patterson, B., Kyu, H. H., & Georgiades, K. (2013). Age at immigration to Canada and the occurrence of mood, anxiety, and substance use disorders. *Can J Psychiatry*, *58*(4), 210-217.

Pedone, C., & Gil Araujo, S. (2008). Maternidades trasnacionales entre América Latina y el Estado español. Impacto de las políticas migratorias en las estrategias de reagrupación familiar. En Solé, C., Parella, S., & Cavalcanti, L. (Eds.). *Nuevos retos del transnacionalismo en el estudio de las migraciones* (pp. 151-176). Observatorio Permanente de la Inmigración: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Pereda, C., de Prada, M.A., Actis, W., & Orti, M. (2010). Discursos de la población migrante en torno a su instalación en España. Exploración cualitativa*. Opiniones y Aptitudes, 64.* Madrid: CIS. Centro de investigaciones Sociológicas.

Pereda Sagredo, E., & Pereira Tercero, R. (2009*). Resiliencia e inmigración*. Interpsiquis. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4861

Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, *24*(1), 1-9.

Pertíñez, M.J., Viladás, J.L., Clusa, G.T., Menacho, P.I., Nadal, G.S., & Muns, S.M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, *29*(1), 6-13.

Pole, J. D. & Flicker, S. (2010). Perfil comportamiento sexual de un grupo diverso de jóvenes urbanos: Un análisis de la Encuesta adolescente Toronto. *Canadian Journal of Human Sexuality, 19*(4), 145-156.

Posselt, M., Procter, N., Galletly, C., & Crespigny, C. (2015). Aetiology of Coexisting Mental Health and Alcohol and Other Drug Disorders: Perspectives of Refugee Youth and Service Providers. *Australian Psychologist*, *50*(2), 130-140.

Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., Kirmayer, L.J., Ueffing, E., MacDonald, N.E., Hassan, G., McNally, M., Khan, K., Buhrmann, R., Dunn, S., Dominic, A., McCarthy, A.E,, Gagnon, A.J., Rousseau, C., & Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12), 824-925.

Priscilla Lui, P. (2015). Intergenerational cultural conflict, mental health, and educational outcomes among Asian and Latino/a Americans: Qualitative and meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 141*(2), 404-446.

Quintanilla, M. Á., Villas, E., Mabry, S., Calvo, D., García, P. G., Argemí, M., Casanova, N., Latorre J.I., & García-Gómez, M. Á. (2009). *Conductas suicidas en población inmigrante: Un enfoque cultural*. INTERPSIQUIS*.*

Ratcliff, B. G. (2012). ¿Qué es una minoría? El Atlas de las Minorías. *Le Monde Diplomatique*. *UNED*, 17. 8-21.

Ramos, J. M., Navarrete-Muñoz, E. M., Pinargote, H., Sastre, J., Seguí, J. M., & Rugero, M. J. (2013). Hospital admissions in Alicante (Spain): a comparative analysis of foreign citizens from high-income countries, immigrants from low-income countries, and Spanish citizens. *BMC Health Services Research, 13*(1), 510.

Rasmussen, A., Crager, M., Baser, R. E., Chu, T., & Gany, F. (2012). Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(6), 705-712.

Raymond-Flesch, M., Siemons, R., Pourat, N., Jacobs, K., & Brindis, C. D. (2014). There Is No Help Out There and If There Is, It's Really Hard to Find": A Qualitative Study of the Health Concerns and Health Care Access of Latino "DREAMers". *Journal of Adolescent Health*, *55*(3), 323-328.

Real Deus, J. E., Suárez, M. F., & Sánchez, T. (2013). Lo que espera al retornado: efectos de la migración sobre las dinámicas familiares y sociales. *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, (105), 187-198.

Regidor, E. (2008). *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española*. Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: *http://www.fcs.es/publicaciones*.

Reina, A. S., & Lohman, B. J. (2015). Barriers Preventing Latina Immigrants from Seeking Advocacy Services for Domestic Violence Victims: A Qualitative Analysis. *Journal of Family Violence*, *30*(4), 479-488.

Renner, W., & Berry, J. W. (2011). The ineffectiveness of group interventions for female Turkish migrants with recurrent depression. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, *39*(9), 1217-1234.

Retolaza, A., Markez, I., & Ballesteros, J. (1995). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 15(55)*, 593-608.

Revollo, H. W., Qureshi, A., Collazos, F., Valero, S., & Casas, M. (2011). Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *International Review of Psychiatry*, *23*(1), 84-92.

Rew, K. T., Clarke, S. L., Gossa, W., & Savin, D. (2014). Immigrant and Refugee Health: Medical Evaluation. *FP Essentials*, *423*, 11-18.

Rhodes, S. D., Martinez, O., Song, E. Y., Daniel, J., Alonzo, J., Eng, E., Duck, S., Downs, M., Bloom, F.R., Allen, A.B., Miller, C., & Reboussin, B. (2013). Depressive symptoms among immigrant Latino sexual minorities. *American Journal of Health Behavior*, *37*(3), 404-413.

Robert, G., Martínez, J. M., García, A. M., Benavides, F. G., & Ronda, E. (2014). From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *The European Journal of Public Health*, *24*(3), 404-409.

Robles, R., Gili, M., Gelabert, J., Llul, M., & Bestard, F. (2009). Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en Atención Primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *37*(6), 320-325.

Rocha, K. B., Perez, K., Rodríguez-Sanz, M., Muntaner, C., Alonso, J., & Borrell, C. (2015). Inequalities in Mental Health in the Spanish Autonomous Communities: A Multilevel Study. *The Spanish Journal of Psychology*, *18*, 27.

Roddy, S. (2012). Childhood and Migration in Europe: Portraits of Mobility, Identity and Belonging in Contemporary Ireland. *Child and Adolescent Mental Health*, *17*(1), 64.

Rodríguez Álvarez, E., Lanborena, N., Errami, M., Pereda Riguera, C., Vallejo de la Hoz, G., & Moreno Márquez, G. (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, *23*(1), 29-37.

Rodríguez Álvarez, E., González-Rábago, Y., Bacigalupe, A., Martín, U., & Lanborena, N. (2014). Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, *28*(4), 274-280.

Rodríguez, E., & Lanborena, N. (2006). Encuesta de salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Université du Pays-Basque et Médicos del Mundo-Munduko Medikuak, Espagne*.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Rogler, L. H., Cortes, D. E., & Malgady, R. G. (1991). Acculturation and mental health status among Hispanics: Convergence and new directions for research. *American Psychologist*, *46*(6), 585-597.

Rojas, G., Báez, V., Castro, A., Cortez, A., Díaz, B., Fritsch, R., Guajardo, V., Sepúlveda, R., & Torres, P. (2008). *Revisión de la Literatura* en Propuesta de actuación. En Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la región metropolitana. Santiago de Chile Informe final (pp. 13-20). Disponible en http://web.minsal.cl/portal/url/item/71821af88f6ffda7e04001011f0164f3.pdf

Rondet, C., Cornet, P., Kaoutar, B., Lebas, J., & Chauvin, P. (2013). Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. *BMC Family Practice*, *14*(1), 151.

Ruiz de Alegría, B., Basabe, N., & Saracho, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología, 33*(3), 342-354.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2007). *La movilidad en la sociedad española. Nomadismo y €topía*. Madrid: Academia Europea de Ciencias y Artes.

Rumbaut, R., & Martínez Curiel, E. (2012). Los que se van y los que se quedan ante la educación. Un estudio comparativo-longitudinal de jóvenes en transición a la adultez en México y Estados Unidos. *Gaceta de Antropología, 28*(3).

Saad, E., Saad, J., Edison, C., & William, H. (2004). *La emigración masiva en el Ecuador como factor etiológico de la depresión en los adolescentes*. Interpsiquis. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2883

Sadavoy, J., Meier, R., & Ong, A. Y. M. (2004). Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(3), 192-199.

Saheer, T. B., Lien, L., Hauff, E., & Kumar, B. N. (2013). Ethnic differences in seasonal affective disorder and associated factors among five immigrant groups in Norway. *JAMA Psychiatry, 151*(1), 237-242.

Salas-Wright, C. P., Kagotho, N., & Vaughn, M. G. (2014). Mood, anxiety, and personality disorders among first and second-generation immigrants to the United States. *Psychiatry Research*, *220*(3), 1028-1036.

Salas-Wright, C. P., & Vaughn, M. G. (2014). A "refugee paradox" for substance use disorders?. *Drug and Alcohol Dependence*, *142*, 345-349.

Salem, G. (1990). *Abordaje terapéutico de la familia*. Barcelona: Masson.

Salinero-Fort, M. Á. (2013). Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria: diferencias entre población autóctona e inmigrante. Tesis doctoral. Disponible en: *https://eciencia.urjc.es/handle/10115/12318*

Salinero-Fort, M. A., Jiménez-García, R., de Burgos-Lunar, C., Chico-Moraleja, R. M., & Gómez-Campelo, P. (2015a). Common mental disorders in primary health care: differences between Latin American-born and Spanish-born residents in Madrid, Spain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(3), 429-443.

Salinero-Fort, M. Á., Gómez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., Abánades-Herranz, J. C., Jiménez-García, R., & de Burgos-Lunar, C. (2015b). Health-Related Quality of Life of Latin-American Immigrants and Spanish-Born Attended in Spanish Primary Health Care: Socio-Demographic and Psychosocial Factors. *PloS One*, *10*(4).

Salvador Sánchez, I. (2002). La emigración como proceso de duelo: Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (82), 57-64.

Sam, D. L., & Berry, J. W. (2006). *The Cambridge handbook of Acculturation psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Samsó, M., Faro, C., Cortés, P., & Burballa, M. (2007). Elementos diferenciales entre mujeres inmigrantes y mujeres autóctonas respecto al maltrato. *Psiquiatría Biológica*, *14*(4), 163-166.

Sánchez-Leyva, M.J., Saiz, V., Fouce, H., & Gómez, P. (2010). Espacio público y estrategias discursivas. La visualización de las mujeres inmigrantes en el discurso informativo español. En Grupo Interdisciplinario de Investigadores Migrantes (Eds.). *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes* (pp. 55-65). Madrid: IEPALA.

Sánchez, M., Cardemil, E., Adams, S. T., Calista, J. L., Connell, J., DePalo, A., Ferreira, J., Gould, D., Handler, J.S., Kaminow, P., Melo, T., Parks, A., Rice, E., & Rivera, I. (2014). Brave new world: Mental health experiences of Puerto Ricans, immigrant Latinos, and Brazilians in Massachusetts. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *20*(1), 16-26.

Sánchez-Vallejo, M. A. (2008). Nace la familia Transoceánica. *El País, 8 de Noviembre.*

Sancho Rubio, C., Lliteras Arañó, M., Vázquez, M. D., & Del Agua Martínez, E. (2006). Estudio de prevalencia en población inmigrante. *Anales de Psiquiatría, 22*(2), 67-71.

Sanne Swinnen, G., & Selten, J. P. (2007). Mood disorders and migration meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(1), 6-10.

Sanz, L. J., Elustondo, I., Valverde, M., Montilla, J. F., & Miralles, M. (2007). Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 27*(2), 09-19.

Saraga, M., Gholam-Rezaee, M., & Preisig, M. (2013). Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: Putting psychopathology in context. *JAMA Psychiatry*, *151*(2), 795-799.

Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L., & Asic-Kobe, M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 299-307.

Segalen, M. (2005). *Ritos y rituales contemporáneos*. Madrid: Alianza.

Selten, J. P., Laan, W., Kupka, R., Smeets, H. M., & Van Os, J. (2012). Risk of psychiatric treatment for mood disorders and psychotic disorders among migrants and Dutch nationals in Utrecht, The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(2), 271-278.

Serrano-Gallardo, P., Lizán-Tudela, L., Díaz-Olalla, J. M., & Otero, Á. (2009). Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. *Medicina Clínica*, *132*(9), 336-343.

Sevillano, V., Basabe, N., Bobowik, M., & Aierdi, X. (2014). Health-related quality of life, ethnicity and perceived discrimination among immigrants and natives in Spain. *Ethnicity and Health, 19*(2), 178-197.

Shelef, A., Hiss, J., Cherkashin, G., Berger, U., Aizenberg, D., Baruch, Y., & Barak, Y. (2014). Psychosocial and medical aspects of older suicide completers in Israel: a 10-year survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*(8), 846-851.

Simon, F.B., Stierlin, H., & Wynne, L.C. (1988). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Sinatti, G. (2008). Migraciones, transnacionalismo y locus de investigación: multi-localidad y la transición de "sitios" a "campos". En Solé, C., Parella, S., & Cavalcanti, L. (Eds.). *Nuevos retos del trasnacionalismo en el estudio de las migraciones* (pp. 93-112). Observatorio Permanente de la Inmigración: Ministerio Trabajo e Inmigración.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 216-269.

Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Sobral Fernández, J., Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, Á., Romero, E., & Villar, P. (2010). Adolescentes latinoamericanos, aculturación y conducta antisocial. *Psicothema*, *22*(3), 410-415.

Spinogatti, F., Civenti, G., Conti, V., & Lora, A. (2015). Ethnic differences in the utilization of mental health services in Lombardy (Italy): an epidemiological analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(1), 59-65.

Sproston, K., & Nazroo, J. (Eds.) (2002). *Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates in the Community (EMPIRIC)*. The Stationery Office. Disponible en: http://www.doh.gov.uk/public/surveys.htm

Steel, Z., Silove, D., Chey, T., Bauman, A., & Phan, T. (2005). Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 300-309.

Stefanek, E., Strohmeier, D., Fandrem, H., & Spiel, C. (2012). Depressive symptoms in native and immigrant adolescents: the role of critical life events and daily hassles. *Anxiety, Stress & Coping*, *25*(2), 201-217.

Stillman, S., McKenzie, D., & Gibson, J. (2009). Migration and mental health: Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics, 28*(3), 677-687.

Stoyanova, A., & Díaz-Serrano, L. (2009). El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, *23*, 93-99.

Straiton, M., Reneflot, A., & Diaz, E. (2014). Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 341.

Stuart, G. W., Klimidis, S., & Minas, I. H. (1998). The treated prevalence of mental disorder amongst immigrants and the Australian-born: community and primary-care rates. *International Journal of Social Psychiatry*, *44*(1), 22-34.

Suarez-Hernández, M. T., Ruiz-Perera, J., Tejera-Ramírez, M., Rodríguez-Navarro, V., Manzanera-Escarti, R., & Pérez, R. A. (2011). Estados de ansiedad, depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, *37*(8), 391-397.

Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology, 4*(3), 249.

Swinkels, H., Pottie, K., Tugwell, P., Rashid, M., & Narasiah, L. (2011). Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions. *Canadian Medical Association Journal*, *183*(12), 928-932.

Tabor, A. S., & Milfont, T. L. (2013). We are all in the same boat: How online communities facilitate the process of migration. *New Zealand Journal of Psychology*, *42*(1), 31-35.

Taloyan, M., & Löfvander, M. (2014). Depression and gender differences among younger immigrant patients on sick leave due to chronic back pain: a primary care study. *Primary Health Care Research & Development*, *15*(01), 5-14.

Taloyan, M., Al-Windi, A., Johansson, L. M., & Saleh-Stattin, N. (2011). Kurdish men's experiences of migration-related mental health issues. *Primary Health Care Research & Development*, *12*(04), 335-347.

Tan, T. X. (2014). Major depression in China-to-US immigrants and US-born Chinese Americans: Testing a hypothesis from culture–gene co-evolutionary theory of mental disorders. *JAMA Psychiatry, 167*, 30-36.

Tarricone, I., Atti, A. R., Salvatori, F., Braca, M., Ferrari, S., Malmusi, D., & Berardi, D. (2009). Psychotic symptoms and general health in a socially disadvantaged migrant community in Bologna. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(3), 203-213.

Techio, E. M. (2011). Estereótipos sociais como predictores das relações intergrupais. En E. M. Techio & M. E. Oliveira Lima (Eds.). *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 21-75). Brasília: TechoPolitik.

Thulesius, H., Alveblom, A. K., & Håkansson, A. (2004). Post-traumatic stress associated with low self-rated well-being in primary care attenders. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*(4), 261-266.

Topal, K., Eser, E., Sanberk, I., Bayliss, E., & Saatci, E. (2012). Challenges in access to health services and its impact on quality of life: a randomised population-based survey within Turkish speaking immigrants in London. *Health Qual Life Outcomes*, *10*(11).

Tortelli, A., Morgan, C., Szoke, A., Nascimento, A., Skurnik, N., de Caussade, E. M., Fain-Donabedian, E., Fridja, F., Henry, M., Ezembe, F., & Murray, R. M. (2014). Different rates of first admissions for psychosis in migrant groups in Paris. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(7), 1103-1109.

Tovar, A., Hennessy, E., Must, A., Hughes, S. O., Gute, D. M., Sliwa, S., Boulos, R.J., Vikre, E.K., Kamins, C.L., Tofuri, K., Pirie, A., & Economos, C. D. (2013). Feeding styles and evening family meals among recent immigrants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*(1), 1-8.

Trompenaars, F. (1994). *Riding the waves of culture. Understanding cultural diversity in business*. London: Nicholas Brealey Pub.

Tsai, S. Y., & Sun, W. J. (2013). Evaluating the satisfaction of immigrant women from a rural community regarding family functioning and health-related quality of life. *Women & health*, *53*(2), 135-153.

Turjeman, H., Mesch, G., & Fishman, G. (2008). The effect of acculturation on depressive moods: Immigrant boys and girls during their transition from late adolescence to early adulthood. *International Journal of Psychology*, *43*(1), 32-44.

Valdez, C. R., Abegglen, J., & Hauser, C. T. (2013). Fortalezas Familiares Program: Building sociocultural and family strengths in Latina women with depression and their families. *Family Process*, *52*(3), 378-393.

van der Ven MSc, E., François Bourque, M. D., & Malla, A. K. (2012). Comparing the clinical presentation of first-episode psychosis across different migrant and ethnic minority groups in Montreal, Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(5), 300-308.

Vázquez, C. (2009). El bienestar de las naciones. En Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.). *La ciencia del Bienestar*. (pp. 103-141). Madrid: Alianza.

Vázquez, M. L., Vargas, I., & Aller, M. B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, *28*, 142-146.

Vergara, A., & Páez, D. (1989). Rol sexual y diferencias en vivencia emocional: explicaciones psicológico-sociales. En Echebarría A. & Páez, D. (Eds.). *Emociones: Perspectivas Psicosociales* (pp. 235-244). Madrid: Fundamentos.

Verhagen, I., Ros, W. J., Steunenberg, B., & de Wit, N. J. (2014). Ethnicity does not account for differences in the health-related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*(1), 138.

Vives-Cases, C., Torrubiano-Domínguez, J., Gil-González, D., Parra, D. L., Agudelo-Suárez, A. A., Davó, M. C., ... & Martínez-Román, M. A. (2014). Social and immigration factors in intimate partner violence among Ecuadorians, Moroccans and Romanians living in Spain. *European Journal of Public Health*, *24*(4), 605-612.

Yang, Y. M., & Wang, H. H. (2011). Acculturation and health-related quality of life among Vietnamese immigrant women in transnational marriages in Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*, *22*(4), 405-413.

Yarris, K. E. (2014). "Pensando Mucho"("Thinking Too Much"): Embodied Distress Among Grandmothers in Nicaraguan Transnational Families. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *38*(3), 473-498.

Yu, X., Stewart, S. M., Liu, I. K., & Lam, T. H. (2014). Resilience and depressive symptoms in mainland Chinese immigrants to Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(2), 241-249.

Walker, P.F., Barnett, E., & Stauffer, W. (2015). "Healthcare for adult immigrants and refugees". Recuperado en 5 de agosto de UP TO DATE: *www.uptodate.com/.../healthcare-for-adult-immigrants-and-refugees.*

Walhs F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ward, C., Bochner, S., & Furnham, A. (2001). *The psychology of Culture Chock*. East Sussex: Routledge.

Ward, C., & Rana-Deuba, A. (1999). Acculturation and Adaptation Revisited. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 30*, 422-442.

Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1995). *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*. Lincoln, RI: QualityMetric Inc.

Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, *34*, 220-233.

Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1998). *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*. 3rd ed. Lincoln, RI: QualityMetric Inc.

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36):1 Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6)*,* 473-483.

Warfa, N., Bhui, K., Craig, T., Curtis, S., Mohamud, S., Stansfeld, S., ... & Thornicroft, G. (2006). Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: a qualitative study. *Health & Place*, *12*(4), 503-515.

Werbeloff, N., Levine, S. Z., & Rabinowitz, J. (2012). Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: a population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(2), 303-311.

Wilkerson, J. A., Yamawaki, N., & Downs, S. D. (2009). Effects of husbands' migration on mental health and gender role ideology of rural Mexican women. *Health Care for Women International*, *30*(7), 612-626.

Williams, D. R., Gonzalez, H. M., Neighbors, H., Nesse, R., Abelson, J. M., Sweetman, J., & Jackson, J. S. (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Archives of General Psychiatry*, *64*(3), 305-315.

Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, *32*(1), 20-47.

Wit, M., Tuinebreijer, W., Brussel, G., & Selten, J. P. (2012). Ethnic differences in risk of acute compulsory admission in Amsterdam, 1996–2005. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *1*(47), 111-118.

Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, *106*(2), 249.

Zlobina, A. (2005). Contactos interculturales y diferencia culturales: la inmigración y choque cultural en la CAV y Europa. *Revista Vasca de Sociología-Inguruak, 38*, 132-206.

Zlobina, A., Basabe, N., & Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Revista Migraciones, 15*, 43-84.

Zlobina, A., & Páez, D. (2003). Choque cultural y percepción de las diferencias culturales en la población inmigrante en España: análisis cualitativo. *Encuentros de Psicología social, 1*(3), 210-216.

Zlobina, A., & Páez, D. (2007). Los caminos de aculturación y el papel de la cultura para la interacción intercultural y la adaptación de los inmigrantes. En Igartua, J.J. & Muñiz, C. (Eds.). *Medios de comunicación, inmigración y sociedad*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

Zola, I.K. (1966). Culture and symptoms. An Analysis of patient presenting complaints. *American Sociological Review, 31,* 615-630.

Anexo I.

Características de los artículos de la revisión bibliográfica

ANEXO. I

CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

	REVISIONES Y META-ANÁLISIS		
Autor, año,País	**Tipo Estudio**	**Objetivo**	**Método**
Abebe et al., 2014. Noruega	Revisión bibliográfica de problemas de salud mental entre la población inmigrante en Noruega: Pubmed, Embase, Psychinfo y Medline	Revisar el conocimiento disponible sobre el estado de salud mental de los inmigrantes en Noruega y sus factores de riesgo asociados	41 artículos originales revisados desde 1990
Alisic et al., 2014. Australia	Revisión. Meta-análisis. Estudio. Entrevistas diagnósticas bien establecidas	Cómo muchos niños y adolescentes van a desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de un trauma	72 artículos revisados por pares, en 43 muestras de 3563 personas
Anderson et al., 2015. EEUU. Washington	Revisión Cochrane evidencia en Medline, Embase, Psychinfo, Sigle, Global Health Library	Evaluar los efectos de las intervenciones impulsadas por la comunidad para la mejora del estado de salud	58 estudios. Ensayos controlados grupales aleatorios , estudios de series, estudios de cohorte prospectivo, entre 1990 y 2013
Atxotegi et al., 2009. España	Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes.	Revisión de los estudios de prevalencias de salud mental de la población emigrante	5 estudios de grupos emigrantes vs autóctonos
Belhadj et al., 2014. Europa	Revisión. Meta-análisis	Analizar la prevalencia actual de los problemas emocionales y de comportamiento de los niños y adolescentes nativos en comparación con los de origen inmigrante en Europa	Estudios entre 2007-y 2013 de adolescentes nativos / niños de origen inmigrante en los países europeos
Berra et al., 2004. España Cataluña. Otras CCAA	Revisión. Estudios exhaustivo sobre la utilización de recursos de asistencia psiquiátrica	Revisar las problemáticas de salud entre inmigrantes y nativos, en relación con las intervenciones de salud específicas dirigidas a este colectivo	Emigrantes
Bhugra, 2005. Reino Unido	Revisión bibliográfica. Embase, Medline, PsychInfo y Ciencias Sociales	Analizar el problema de las dificultades en el diagnóstico de la población extranjera, las minorías étnicas, el colectivismo y el individualismo	4 bases de datos de Embase, Medline, PsycInfo y Ciencias Sociales (búsqueda de migración, los migrantes, las extranjeros…)
Bhugra, 2004. Unido. Londres	Revisión. Estudios recientes de los aspectos transculturales de la depresión	Debatir el papel de la globalización, en la epidemiología, el diagnóstico, la presentación clínica y el tratamiento de la depresión a través de diversas culturas	Fueron revisados y resumidos recientes estudios, centrándose en los aspectos transculturales
Bhui et al., 2007. Reino Unido. Londres	Revisión sistemática de modelos de formación	Analizar la formación de los profesionales y su evaluación	De 109 estudios, en 9 se incluyó una evaluación

Burguillo et al., 2003. España	Revisión Registros. Servicios de Psiquiatría. Medline	Buscar respuestas a la relación entre trastornos psicóticos y emigración. Analizar la tasa de inmigrantes que acuden al Servicio de Urgencias y que frecuentemente presentan sintomatología que les hace candidatos a ingresar	50 publicaciones en los últimos cinco años
Bursztein et al., 2010. Canadá	Revisión bibliográfica.	Estudiar tendencias suicidas de jóvenes inmigrantes	Jóvenes inmigrantes
Butler et al., 2015. Reino Unido	Revisión. Bases de datos médicas y psiquiátricas de inmigrantes adultos	Examinar la evidencia de la posible relación entre la migración y el trastorno mental común (TMC, -CMD en inglés-), entre los migrantes, y a través del tiempo	18 estudios revisados (1975 a 2012)
Cantor, 2005. Australia	Revisión. Metanálisis Medline	Sintetizar los hallazgos de estudios anteriores que implican a la migración como un factor de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia	Publicaciones en Inglés (1977 y 2003.) y una base de datos de Australia
Carta et al., 2005. Europa	Revisión .Encuesta: "El estado de la salud mental en Europa" Comisión Europea, Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor	Revisar el riesgo para la salud mental en algunos grupos de inmigrantes en Europa	Encuesta 2004
Collazos et al., 2014. España	Revisión bibliográfica basada en la definición de inmigrante de la Organización Internacional para las Migraciones. Medline y MEDES	Describir el estado de la salud mental de la población inmigrante en España	Literatura del período 1998-2012
Crafa et al., 2015. Canadá Quebec	Revisión sistemática de prevalencia y predictores de autismo en los factores de estrés de migración materna y factores de riesgo epigenéticos	Primera revisión sistemática en la prevalencia y los predictores de autismo	Mujeres de comunidades migrantes
Das-Munshi et al., 2012. Reino Unido Londres	Revisión. Meta-análisis en que evaluaron la asociación de la movilidad social en migrantes de 1ª y de 2ª generación	Evaluar la asociación de la movilidad social con los trastornos mentales comunes, en grupos de migrantes de primera Y segunda generación	12 estudios. 18548 emigrantes. Pocos estudios de 2ª generación
Dealberto, 2010. Reino Unido	Revisión bibliográfica en la literatura electrónica: artículos de revisión y referencias cruzadas	Comparar el riesgo de esquizofrenia en los inmigrantes de los países de inmigración reciente y de larga data y comparar las tasas de prevalencia e incidencia en personas de raza negra en diferentes condiciones	Se incluyeron estudios que informaron el diagnóstico y las tasas de incidencia o prevalencia

Fazel et al., 2005. Reino Unido. Oxford	Revisión sistemática. Estudios basados en entrevistas	Hacer un revisión sistemática de estudios sobre trastorno por estrés postraumático (TEPT) en poblaciones de refugiados en países occidentales	20 encuestas a 6743 refugiados adultos reasentados. 5 encuestas con 260 niños
Fryers et al., 2004. Europa (C.E.) y Noruega	Revisión. Meta-análisis. Proyecto Estado de Salud Mental Europea. Encuestas psiquiátricas. Sólo los datos derivados de GHQ-12 y CIDI.	Estudiar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y las variables demográficas y sociales básicas en Europa	200 encuestas psiquiátricas. GHQ-12, datos con un punto de corte de 4
Giacco et al., 2014. Reino Unido. Londres	Revisión. Evidencia	Investigar los altos índices de psicosis en la población afro-caribeña y arrojar luz sobre la etiología de la psicosis en general. Revisar el acceso a servicios y las mejores prácticas	Revisa la evidencia reciente en mejorar el acceso a servicios de salud mental de los inmigrantes
Haro-Abad et al., 2005. Europa	Revisión. Estudio del estado de la salud mental en Europa". Comisión Europea, Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor	Describir el contexto social, demográfico y político de la emigración en Europa y tratar de indicar las necesidades y los problemas de salud de los inmigrantes	Revisión de la literatura sobre el riesgo de la salud mental en inmigrantes (2004)
Hutchinson et al., 2004. Reino Unido	Revisión bibliográfica. Evidencia	Revisar la literatura para resumir la evidencia disponible sobre el fenómeno a través de los países europeos donde se han reportado hallazgos	Emigrantes caribeños y africanos: La historia de este tipo de investigación es el más largo en Gran Bretaña
Kirmayer et al., 2011. Canadá	Revisión sistemática.	Identificar los factores de riesgo y estrategias en el enfoque en la evaluación de los problemas comunes de salud mental y su prevención y tratamiento	Búsquedas sobre prevalencia y factores de riesgo
Malmusi et al., 2014. España	Revisión bibliográfica (1998-2012). En Medline y Medes-Medicina	Conocer la influencia de determinantes sociales de la salud de las poblaciones inmigradas a España y/o las desigualdad en comparación con la población española	27 Artículos de España con inmigrantes de Latinoamérica, África, Asia y Europa del Este. Artículos: 11 de 2009. 6 de encuestas nacionales de salud y 6 autonómicas. 23 estudios de mayores de 15 años.
Mirsky, 2009. Israel	Revisión. Estudios	Analizar la prevalencia de trastornos psicológicos y los trastornos psiquiátricos, así como una serie de factores de riesgo entre los inmigrantes	Se revisaron estudios israelíes de los últimos dos decenios
Nielssen et al., 2013. Australia. N. South Wales	Revisión. Meta-análisis	Estimar las probabilidades de ser admitido para cualquier trastorno psicótico, esquizofrenia y manía, en comparación con el trastorno no psicótico	36 estudios de admisiones por psicosis y t. no psicóticos entre 2001 y 2010, de nacidos en Australia, N. Zelanda y otras 9 regiones

Nilaweera et al., 2014. Austrália	Revisión sistemática de evidencia, búsquedas en bases de datos se. CINAHL, Medline, Psychinfo y Web of Science	Evaluar la evidencia disponible acerca de la prevalencia, la naturaleza y los factores determinantes de los problemas de salud mental posparto entre mujeres emigradas del sur de Asia	15 estudios de depresión post parto de mujeres emigradas a países de ingresos altos
Paalman et al., 2013. EEUU	Revisión. Meta-análisis: en MEDLINE, EMBASE, PsycInfo y Cochrane Library	Analizar los instrumentos de medición de exteriorizar los problemas de salud mental en los jóvenes de las minorías étnicas inmigrantes	29 estudios de evaluación desde 1990, de 18 instrumentos.
Pottie, K. 2011. Canadá	Revisión Evidencia. Cuestionario validado. PHQ o equivalente	Revisar la evidencia sobre detección y tratamiento eficaz	Revisión. Elaboración de guía clínica
Priscilla, 2015. EEUU	Revisión. Meta-análisis. 3 Grupos de asiáticos y latinos inmigrantes	Indagar en qué medida la falta de coincidencia aculturación se correlaciona con el conflicto cultural entre generaciones: si se correlaciona con la salud mental de los hijos y las características demográficas del estudio	Se revisaron 71 informes de investigación (41 de Asia y 27 de latinos), con 68 con muestras de 14453 personas
Rogler et al., 1991. EEUU	Revisión bibliográfica. Meta-análisis	Integrar la creciente literatura sobre la aculturación y el estado de salud mental entre los hispanos, para identificar puntos de convergencia	30 publicaciones de hispanos en EEUU
Rojas, G. 2008. Chile. Santiago	Revisión bibliográfica	Revisar la literatura científica sobre la salud mental de los emigrantes en el área Latinoamérica	16 estudios transversales, 2 estudios de cohorte, 3 revisiones cualitativas no sistemáticas
Sanne et al., 2007. Reino Unido	Revisión. Meta-análisis. Medline	Examinar si la migración es también un factor de riesgo para el trastorno afectivo bipolar, el trastorno depresivo unipolar y los trastornos del estado anímico en general	Estudios de incidencia poblacional referentes a los trastornos del estado anímico en migrantes
Stoyanova et al., 2009. España. Cataluña	Revisión bibliográfica. Encuesta de Salud de Cataluña de 2006 (ESCA 2006)	Crear un puente entre la literatura sobre la inmigración y la que relaciona el capital social y la salud. Se distingue entre capital social individual y social	Modelos separados para nativos y emigrantes
Walker et al., 2014. EEUU	Revisión bibliográfica	Evaluar la salud para los inmigrantes y refugiados incluyendo los problemas de salud de los pacientes, la detección de enfermedades asociadas con el país de origen y la historia de la migración	Revisión bibliográfica con aportación de artículos

	ENCUESTAS	DE SALUD	
Aerny-Perreten et al., 2010. España. Madrid	Encuesta de Salud de Madrid, 2007	Describir el estado de salud y sus determinantes en los inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid y compararlos con los de la población autóctona.	12190 autóctonos o nacidos en países de renta media-baja, con menos o más de 5 años de residencia
Ai et al., 2014. EEUU	Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático (NLAAS).	Explorar el riesgo psicosocial y los factores de protección para el trastorno depresivo mayor (MDD), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) e ideación suicida (SI), entre los latinos	1427 latinos
Alegría et al., 2007. EEUU	Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático (NLAAS).	Examinar la prevalencia de la depresión, la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias entre los latinos que residen en los Estados Unidos.	Grupos de latinos
Basabe et al., 2009. España Bilbao	Encuesta	Analizar el perfil de emigración	Población Bizkaia
Beiser et al., 2014. Canadá	Encuesta de Salud de la Comunidad de Canadá (2009-2010)	Analizar los datos nacionales de la encuesta de Salud	Inmigrantes y canadienses nativos
Bermejo et al., 2010. Alemania	Encuestas Salud Mental de Alemania (1998/1999)	Comparar las tasas de prevalencia de los trastornos mentales entre la población alemana y personas sin nacionalidad alemana que no habían nacido en Alemania (migrantes)	4 semanas de duración. 143 emigrantes vs 3780 alemanes
Bones et al., 2010. España	Encuesta Nacional de Salud de España (2006). General Health Questionnaire (GHQ-12)	Conocer la prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud	29476 personas (entre 16 y 64 años)
Borges et al., 2009. EEUU y México	Encuesta	Analizar el riesgo de ideación suicida entre mexicanos con un miembro de la familia en EEUU, inmigrantes mexicanos que llegan a los 12 años y los mejicano-americanos nacidos en EEUU vs mexicanos sin historia de migración, ni familiares en EEUU	Datos de 2 encuestas en EEUU (2001-2003; n = 1284) y México (2001-2002; n = 5782). Modelos de tiempo de supervivencia
Borges et al., 2013. EEUU. México	Estudio transversal. Encuestas en los Estados Unidos y México	Estudiar la inmigración y la migración de retorno como factores de riesgo para la violencia entre las personas de origen mexicano en los EE.UU y México	1213 mexicanos que viven en EEUU (2001-2003) y 2.362 en México (2001-2002)
Brown et al., 2015. EEUU	Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático. (NLAAS)	Determinar la asociación entre la duración de la residencia en EEUU y las tendencias suicidas, las alteraciones del humor, ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias, a lo largo de 12 meses, entre los inmigrantes	Inmigrantes de minorías raciales / étnicas

Dallo et al., 2013. EEUU	Encuesta Nacional de Salud (2000-2010). Escala de Likert K6 de Kessler (puntuaciones 0 y > a 13, tenían SPD)	Estudiar la Angustia Psicológica Grave (SPD) entre los emigrantes no hispanos y la importancia del lugar de nacimiento.	196483 mayores de 18 años de edad o más, emigrantes no hispanos, de Europa, Norte de África o Medio Oriente
Del Amo et al., 2011. España	Estudio. Encuesta demográfica. Entrevistas a domicilio. Cuestionario General de Salud QHQ-28, con posible caso psiquiátrico ≥5	Describir la prevalencia y los factores de riesgo de mala salud mental de los migrantes ecuatorianos, mujeres y hombres, en España.	1122 sujetos: el 50% ecuatorianos, y el 50% mujeres. Entrevistas a domicilio (IX- 2006 a I-2007).
Devylder et al., 2013. EEUU	Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático (NLAAS).	Estudiar los mecanismos subyacentes en la prevalencia e incidencia de la psicosis a través de los grupos de inmigrantes.	2434 inmigrantes latinos y de origen asiático
Esnaola et al., 2013. España. País Vasco	Encuesta Salud País Vasco 2013 .Euroqol-5D-5L para la calidad de vida La SM (síntomas de ansiedad y depresión), Mental Health Inventory. Apoyo social: escala de Duke	Presentar una visión panorámica de los principales indicadores de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) de 2013, y mostrar la evolución de la salud y de sus determinantes entre años 2002 y 2013	12995 entrevistas personales, pertenecientes a 5.300 familias (entre XII - 2012 y V – 2013). Personas de 15 y más años
Fossion et al., 2004. EEUU	Encuesta: Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático. (NLAAS)	Cruzar los registros de datos de ambas encuestas	341 psicóticos emigrantes emparejados por edad y género con 341 psicóticos autóctonos
García-Gómez et al., 2009. España. Cataluña	Encuesta de salud de Cataluña. 2006. Calidad de vida EQ-5d. Variables sociodemográficas	Estudiar la calidad de vida relacionada con la salud, en población inmigrante en edad productiva.	9285 personas, de ellas 1040 emigrantes, entre 16 y 50 años
Gong et al., 2011. EEUU	Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático. (NLAAS)	Utilizar una perspectiva del ciclo vital para examinar cómo la acción humana (medida por la voluntariedad, las razones migratorias, y la planificación) y el tiempo (medido por la edad de la inmigración) afectan los resultados de salud mental	1491 inmigrantes asiáticos
González et al., 2010. EEUU	Encuesta. Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta Mundial de Salud Mental	Determinar la prevalencia, la edad de inicio, la gravedad, la discapacidad asociad y el tratamiento de la depresión mayor entre los grupos étnicos de los EEUU.	14710 residentes de 18 años o más
González-Rábago et al., 2014. España	Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011-2012	Analizar la representatividad de la población emigrante en España en la Encuestas de Salud	Datos de la ENSE (2011-2012) del Padrón Municipal de Habitantes. Diferencias en la tasa entre la población nacional y extranjera, de 11 países de nacimiento

Im et al., 2015. EEUU	Encuesta nacional de síntomas por internet	Analizar las relaciones entre la transición por la inmigración y los síntomas depresivos	1054 mujeres de mediana edad
Juárez et al., 2007. España	Encuesta Salud	Incidencia de diagnósticos erróneos en población inmigrante	Hispanos
Leong et al., 2013. EEUU	Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático (NLAAS).	Desentrañar los mecanismos psicológicos que subyacen en la condición de inmigrante y comprobar los factores protectores y de riesgo psicológicos para predecir las tasas de prevalencia de salud mental	Inmigrantes latinos y asiáticos.
Levecque et al., 2015. Europa (20 países)	Encuesta Social Europea (2006/2007). Escala de Depresión Epidemiológica	Evaluar si los migrantes en Europa tienen un mayor riesgo de depresión en comparación con la población nativa y evaluar si la asociación entre la migración y depresión depende de diferentes formas de integración (personal o nacional)	37076 emigrantes, de 15 o más años
Nakash et al., 2013. Israel	Encuesta de Salud de Israel (mundo mental). Entrevista Internacional Compuesta Diagnóstica y Cuestionario General de Salud	Estudiar las disparidades de salud mental entre los inmigrantes y los grupos judíos de segunda generación; desfavorecidos vs favorecidos.	547 inmigrantes de primera generación nacidos en el norte de África / Asia, 708 nacidos en Europa / América, 707 inmigrantes de segunda generación de origen magrebí / asiático y 449 de origen europeo / americano
Nielsen et al., 2015. Dinamarca	Encuesta Nacional (2007)	Estimar los contactos con psiquiatras y psicólogos, ajustando el análisis por factores socioeconómicos y estado de salud mental.	3573 personas entre 18 y 66 años, de daneses, inmigrantes laborales e inmigrantes refugiados
Orozco et al., 2013. EEUU México	Encuesta. Cross Nacional de prevalencia de trastornos mentales, uso de servicios adecuación del tratamiento. México (Encuesta Nacional de Comorbilidad, 2001-2002) y EEUU (Encuestas de Epidemiología, Psiquiátrica 2001-2003). Entrevista Diagnóstica Internacional	Analizar la influencia de los cambios culturales y sociales asociados con la migración en el uso de servicios de salud mental.	Poblaciones mexicanas y mexico- americanas
Patterson et al., 2013. Canadá	Encuesta de Salud Mental y Bienestar de la Comunidad	Examinar la asociación entre la edad de la inmigración y el riesgo para las alteraciones del estado de ánimo, la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias en inmigrantes	4946 emigrantes adultos. Edad de la inmigración 0 a 5 años, de 6 a 17, y 18 y más
Pole et al., 2010. Canadá. Toronto	Encuesta. Adolescentes de Toronto. Estudio transversal	Documentar la conducta sexual de una muestra etno-culturalmente diversa	1200 jóvenes urbanos etno - culturalmente diferentes

Rasmussen et al., 2012. EEUU	Estudio epidemiológico nacional de inmigrantes latinos y de origen asiático. (NLAAS)	Comparar la aparición de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el episodio depresivo mayor(TDM) entre refugiados y migrantes voluntarios	3260 extranjeros, 660 refugiados latinos/asiáticos
Regidor, 2008. España	Encuesta de salud de Madrid (2005), Cataluña (2006), C. Valenciana (2006) y Canarias (2004)	Analizar las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española, por medio de encuestas en las que se recogía información relativa al lugar de procedencia de los entrevistados.	29622 usuarios. Población inmigrante y población española
Rocha et al., 2015. España CCAA.	Encuesta Nacional de Salud de España (ENS), en (2006). Cuestionario de Salud General Servicios de salud mental en CCAA.	Analizar las desigualdades en la prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas y con la red de atención en las CCAA.	29 encuestas y 29476 personas
Rodríguez et al., 2006. España. País Vasco	Encuesta de salud de los colectivos de inmigrantes de la CAPV. Cuestionarios individual y familiar de la Encuesta de Salud 2002 (ESCAV'02)	Aplicar de la Encuesta 2002 a las personas inmigrantes, étnico-culturales, asociados en las 4 comarcas de salud de Bizkaia. Variables sociales de comportamientos, relacionados con el sistema de salud, salud percibida y salud objetiva. Necesidades de atención sanitaria y diagnóstico socio-sanitario	687 individuos de 30 países de origen, que han respondido a los cuestionarios. Todos mayores de 16 años
Rodríguez et al., 2014. España. País Vasco	Encuesta de Salud de Euskadi 2007 Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco 2009	Analizar las desigualdades en el estado de salud percibido de la población autóctona e inmigrante en el País Vasco y el papel de diferentes determinantes sociales de las desigualdades.	4734 personas de ESE-2007 y 765 en ESPEPV 2009. Entre 18 y 64 años. Autóctonos y 4 grupos de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal.
Saheer et al., 2013. Noruega	Estudio epidemiológico transversal. Cuestionario de evaluación de patrón estacional (SPAQ), Hopkins, lista de control de síntomas (HSCL) y otras variables	Explorar el riesgo asociado y los factores de protección en la prevalencia de invierno SAD (W-SAD), sub sindrómica y de verano (S- SAD), entre los cinco grupos de inmigrantes en Oslo	5 grupos. De los 3019 que participaron en la encuesta, fueron incluidos 1047 sujetos
Salas-Wright et al., 2014. EEUU	Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC)	Examinar la relación entre lugar de nacimiento, ser o no refugiado y el uso sustancias	Inmigrantes no refugiados 4955, refugiados 428 y nativos 29297
Salas-Wright et al., 2014. EEUU	Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC)	Examinar la relación multigeneracional entre la condición de inmigrante y los trastornos mentales	Comparar emigrantes de primera(5.363) y segunda generación (4.826) de Asia, África, Europa y América Latina, con estadounidenses nativos (24461)

Serrano-Gallardo et al., 2009. España. Madrid	Encuesta de Salud de Madrid 2005. COOP/WONCA de calidad de vida	Obtener valores poblacionales de referencia de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), para población adulta española de medio urbano.	7341 adolescentes, de ellos 913 nacidos en países de renta no alta y mayores de 16 a.
Stuart et al., 1998. Australia. Victoria	Encuesta Nacional de Salud 1989 -1990, de la Oficina Australia de Estadísticas y el censo de Victoria (1993)	Explorar la relación entre el lugar de nacimiento y la prevalencia tratada de trastorno mental en Australia	Diferencias debidas a la edad y sexo de grupos por lugar de nacimiento: Grecia, R. Unido y Australia
Tan, 2014. EEUU	Estudio. Encuesta Psiquiátrica de Colaboración Epidemiología (CPES)	Verificar la hipótesis de que la depresión mayor era menos frecuente en China y en EEUU, entre los inmigrantes que emigraron a los EE.UU. que en los adultos estadounidenses nacidos en EEUU	Emigrantes chinos en EEUU vs adultos estadounidenses de origen chino
Vives-Cases et al., 2014. España	Encuesta en Madrid, Barcelona y Valencia 2011	Explorar la prevalencia de la violencia del compañero íntimo (IPV) entre mujeres inmigrantes y su posible asociación con sus características personales, familiares, de apoyo social	1607 mujeres inmigrantes adultas (ecuatorianas, marroquíes y rumanas) residentes en Barcelona, Madrid y Valencia
Williams et al., 2007. EEUU	Encuesta. Cuestionario. Escala de Discapacidad de Sheehan. Adaptación modificada de la versión de la OMS de la de la Entrevista Diagnóstica Salud Mental Internacional Compuesta	Estimar la prevalencia, la persistencia, el tratamiento y la discapacidad de la depresión en los afroamericanos, los de raza negra del Caribe, y los emigrantes no hispanos	Total 6082: De ellos 3570 afroamericanos, 1621 de raza negra del Caribe, y 891 emigrantes no hispanos mayores de 18 años

	ESTUDIOS		
Achotegui, 2008. España	Artículo	Describir el síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)	
Achotegui, 2009. España	Artículo	Describir los duelos en la emigración	
Agudelo et al., 2011 España.	Estudio. Cuestionarios. (GHQ-12). Cambio en la percepción de la salud y otros resultados de salud auto-informados	Analizar la relación entre la discriminación percibida por los inmigrantes y diversos indicadores de salud auto-referida	2434 inmigrantes de Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia en 4 ciudades: Barcelona, Huelva, Madrid y Valencia
Allen et al., 2015. EEUU	Estudio. Cuestionario de Child Behavior Checklist (versión en español)	Examinar el impacto de la deportación de los padres, sobre la salud mental de los niños	85 niños, de ellos 23 con padres deportados
Arcury et al., 2014. EEUU. Carolina del Norte	Estudio Componentes de la calidad relacionada con la salud de la vida (PCS). Estudio trasversal de solicitudes de empleo, libertad de decisión, apoyo, y salud	Describir la organización del trabajo para los inmigrantes latinos y determinar las relaciones entre la organización del trabajo, la salud física, la salud mental y la calidad de vida	319 mujeres latinas
Ardian et al., 2014. Irán. Yazd	Estudio. Cuestionario GHQ 28. Estudio Transversal	Investigar el estado de salud mental de las poblaciones marginales	400 personas de población no autóctona y autóctona
Baca-García et al., 2005. España	Artículo	Valorar los accesos a servicios sanitarios de población emigrante	
Bae et al., 2010. Canadá. Vancouver y Toronto	Estudio. Cuestionario estructurado. Seis instrumentos	Conocer el estado de salud mental de inmigrantes coreanos (estrés de vida, calidad de vida, dominio inglés, cohesión familiar y apoyo social)	386 personas coreanas
Baraza et al., 2005. España. Almería	Estudio cualitativo. Grupo de expertos. Identificación de problemas utilizando la Taxonomía II NANDA	Identificar problemas presentados por la población inmigrante y abordables por enfermería y etiquetar los problemas detectados como diagnósticos de enfermería	Se identificaron 54 problemas que fueron catalogados en 23 diagnósticos
Bayram et al., 2007. Suecia	Estudio. Cuestionario Escala WHOQOL-100	Evaluar la calidad de vida entre los turcos inmigrantes en Suecia	520 turcos en Suecia vs turcos en su país
Bentley et al., 2012. EEUU	Estudio	Evaluar las relaciones entre los síntomas somáticos y síntomas psicológicos postraumáticos en una muestra de somalíes	74 refugiados somalíes adultos
Bernat, 2013. España. Teruel	Estudio. Cuestionario estandarizado de Apoyo Comunitario (AC-90 Musitu y Gracia). preguntas abiertas y cerradas	Analizar el desarrollo de la integración y participación comunitaria de los emigrantes a contextos rurales y poco poblados	324 inmigrantes latinoamericanos

Bojorquez et al., 2009. México y EEUU	Estudio. Cuestionario Escala de Depresión (CES-D). Centro de Estudios Epidemiológicos	Evaluar la asociación de la emigración del marido y los síntomas depresivos entre las mujeres que permanecen en México	418 mujeres mejicanas
Bravo, 2003. Europa 10 ciudades europeas	Estudio. Cuestionario Salud General (GHQ-28), Autoestima (Rosemberg). Satisfacción con los servicios (Robert &Attkinson). Calidad de vida (Baker &Intagliata)	Revisar la problemática de las personas sin hogar con trastornos mentales, los factores que influyen en su situación, las barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales y las intervenciones psicosociales más eficaces	Profesionales de 57 proyectos / equipos de Salud Mental / Exclusión Social. Estudio de Memorias y publicaciones
Breslau et al., 2011. EEUU	Estudio longitudinal de prevalencia trans-generacional	Estudiar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a través de generaciones, en población de origen mejicano	4 grupos de origen mexicano: 1) vivía en México; 2) emigró después de los 15 años; 3) fue educado en EEUU y 4) nació en EEUU.
Briones et al., 2012. España	Estudio	Analizar la adaptación psicológica de los dos principales grupos de inmigrantes (ecuatorianos y marroquíes)	Adolescentes marroquís y ecuatorianos
Buraschi, 2014. España. Tenerife	Estudio Estrategia inductiva de análisis cualitativo	Investigar las estrategias identitarias llevadas a cabo por los emigrantes retornados de Venezuela	Emigrantes canarios
Bye et al., 2014. Noruega	Estudio. Cuestionario Modelo de Contenido Estereotipo (SCM). Variables socioeconómicas. Estado de salud	Estudiar la naturaleza de los estereotipos de los grupos sociales en Noruega en el marco del Modelo de Contenido Estereotipo	244 personas de una amplia gama de noruegos vs 63, inmigrantes
Capote, 2014. España. Andalucía.	Estudio cualitativo y cuantitativo. Investigación empírica	Analizar los proyectos migratorios de partida de una muestra de jóvenes marroquíes inmigrados en Andalucía	Marroquíes inmigrados en 5 municipios andaluces
Cavazos-Rehg et al., 2007. EEUU Medio-Oeste	Estudio.	Examinar la relación entre la preocupación deportación y el bienestar físico y emocional en un grupo de inmigrantes latinos	143 inmigrantes latinos indocumentados
Cetrez et al., 2011. Suecia	Estudio. Entrevista con miembros de la tercera generación y estudio cuantitativo posterior	Conocer la función de la religiosidad como un sistema de significado entre los jóvenes asirios en Suecia	Población joven asiria
Compton et al., 2006. EEUU	Estudio longitudinal. Encuestas transversales de muestras representativas de la población de EEUU con 10 años de diferencia	Describir la prevalencia de la depresión mayor en dos periodos y determinar si los cambios en las tasas de depresión se asociaron con cambios en las tasas del abuso de sustancias	Estudio comparativo (1991-1992 y 2001-2002)

Chou et al., 2010. Taiwán	Estudio. Cuestionario Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36). Prueba de detección psicológica (DRPST)	Comparar la calidad de vida y la prevalencia de la depresión entre grupos inmigrantes	1602 mujeres casadas entre 16-50 años de edad. La mitad, 801, inmigrantes
Dao et al., 2012. EEUU. Texas	Estudio cualitativo. Entrevista de vietnamitas refugiados (TEPT-IVR)	Evaluar la presencia de la historia actual y durante la pre-emigración, la migración y los traumas posteriores a la migración de refugiados vietnamitas	Refugiados vietnamitas
de Figueiredo et al., 2014. EEUU	Artículo	Comparar la salud mental de los emigrantes con la de los autóctonos	
Deisenhammer et al., 2012. Austria	Estudio. Cuestionario Montgomery-Asberg (MADRS).Inventario de Depresión de Beck (BDI). Inventario somático de Bradford (BSI). Lista de síntomas físicos	Estudiar el impacto tanto de la etnia y como de la migración en la manifestación de la depresión	Tres grupos de mujeres con depresión (n = 136) de Austria, Turquía y emigrantes turcas
Erim et al., 2011. Alemania	Estudio. Cuestionario Escala de Coherencia (SOC-29). Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Explorar el sentido de los niveles de coherencia (SOC)	96 pacientes turcos en Alemania (36,67 ± 9,52 años), vs 60 pacientes turcos nativos (38,57 ± 10,15 años)
Fichter et al., 2005. Grecia. Y Alemania	Estudio Longitudinal. Cuestionarios: Inventario de Auto-Evaluación de anorexia nerviosa de (ANIS) y Cuestionario de Salud General (GHQ-28) (1980 y 2000)	Comparar conductas alteradas de la alimentación en emigrantes griegos en Alemania	Adolescentes griegos en Veria (Grecia) y adolescentes migrantes griegos en Múnich (Alemania)
Font et al., 2012. España	Estudio. Cuestionario estandarizado. Entrevistas domiciliarias	Estudiar la relación entre la inmigración y la salud mental y considerar los factores psicosociales del lugar de trabajo	7555 trabajadores de 7612 (aquellos cuyo país de origen era desconocido fueron excluidos). Años 2004 y 2005
Fornieles Alcaraz et al., 2015. España	Artículo	Debatir los problemas de comunicación entre los profesionales y los emigrantes atendidos por el sistema sanitario.	
Frissa et al., 2013. Reino Unido. Londres	Estudio. Cuestionario estructurado	Estimar la prevalencia de síntomas de TEPT y su asociación con eventos traumáticos	1698 adultos mayores de 16 años
Fu et al., 2012. EEUU y Vietnam	Estudio. Experimento natural	Buscar información sobre las consecuencias para la salud mental de la migración para los estadounidenses vietnamitas	709 personas inmigrantes en 3 grupos: vietnamitas, los que no habían salido de Vietnam y repatriados

Gadarian et al., 2014. EEUU	Estudio. Experimento.	Explorar el papel de la ansiedad en respuesta a los llamamientos políticos buscando información en una web que imita las fuentes de noticias	Se indujo la ansiedad acerca de la inmigración y los sujetos tenían que buscar información
García-Campayo et al., 2002. España	Artículo	Estudiar la relación médico enfermo con respecto a la salud	
González - Castro et al., 2011. España. Burgos	Estudio. Cuestionario GHQ-12. Variables psicosociales	Analizar las diferencias de aculturación en España entre los inmigrantes de 1ª generación de dos países diferentes, analizar la salud mental autoinformada y evaluar variables que predicen trastornos la salud mental	135 emigrantes de Ecuador y Rumania
Grzywacz et al., 2008. EEUU. Carolina Norte	Estudio cualitativo. Entrevistas cara a cara en español	Poner a prueba las predicciones básicas del modelo de control de las demandas de estrés laboral en los trabajadores agrícolas inmigrantes latinos	151 trabajadores agrícolas inmigrantes latinos
Hernández et al., 2011. España	Artículo	Analizar la experiencia de los adolescentes nacidos en el extranjero de familias españolas emigrantes (gallegas), que han llegado a España por sí mismos o con el retorno de sus progenitores	
Hombrados-Mendieta et al., 2009. España Málaga	Estudio. Cuestionario. Sense of Community Survey. Escala de Sentido de Comunidad	Examinar si la convivencia podría afectar al sentido de comunidad y a la calidad de vida, tal como es percibida por los residentes en diferentes barrios de una ciudad	1600 residentes
Iliceto et al., 2013. Italia	Estudio. Cuestionario autocumplimentado del temperamento (TEMPS-A). Desesperanza (BHS). Personalidad (EPQ-R). Autopercepción otros (9AP)	Determinar si las medidas de riesgo de suicidio y la psicopatología variarían a través de muestras de italianos y inmigrantes	237 italianos y 234 inmigrante Italianos
Jarrín et al., 2013. España	Estudio. Cuestionario-General de Salud GHQ-28. Entrevistas en su casa	Estudiar la asociación entre la densidad étnica de los ecuatorianos de las áreas de residencia, con la salud mental de los ecuatorianos en España	568 ecuatorianos adultos seleccionados al azar
Jerlock et al., 2008. Suecia	Estudio. Cuestionario-Calidad de vida SF-36	Comparar dos grupos de hombres y mujeres con dolor en el pecho inexplicable (UCP), con una muestra de población elegida al azar, libres de enfermedad cardíaca	231 hombres y mujeres con dolor inexplicable en el pecho, entre 25-69 años. Grupo control de 1069
Kanagaratnam et al., 2012. Canadá. Toronto	Estudio cualitativo. Grupos focales	Analizar las percepciones de afrontamiento frente a la violencia en la pareja de las mujeres tamiles	63 mujeres emigrantes tamiles

Keys et al., 2015. R. Dominicana	Estudio. Cuestionario Inventarios de Depresión de Beck (BDI). Ansiedad de Beck (BAI) adaptados a la cultura haitiana y cualitativo. Entrevistas en profundidad. .Escala de evaluación	Examinar la discriminación haitiana en la República Dominicana, en la muchos viven y trabajan sin "papeles", así como su asociación con la salud mental de estos migrantes	Migrantes haitianos en la República Dominicana
Kirchner et al., 2011. España. Barcelona	Estudio cualitativo. Entrevista estructurada. SCL-90-R	Determinar si el grado de salud mental de las mujeres inmigrantes difiere según su origen rural o urbano y comparar la salud mental de las mujeres inmigrantes con el de la muestra femenina española	186 mujeres latinoamericanas, 142 de las zonas urbanas y 44 de las zonas rurales
Kirkcaldy et al., 2007. Europa Alemania, Rusia, Antigua URSS	Estudio. Cuestionario Multidimensional Health Locus de Control (MHLC) y Locus relacionados con Enfermedad de control	Analizar actitudes ante la salud, el locus general y enfermedades relacionadas con el control	607 personas sanas. 307 inmigrantes alemanes de la Unión Soviética, de origen alemán emigrado (siglos 18 y 19), 300 rusos nativos en Rusia y 100 alemanes
Kirkcaldy et al., 2014. Alemania	Estudio. Cuestionario para identificar los pacientes con trastornos mentales	Estudio centrado en los directores médicos y los médicos jefes adjuntos en clínicas de psiquiatría infantil y adolescente.	Niños provenientes de familias de origen inmigrante
Kissinger et al., 2013. EEUU. N. Orleans	Estudio longitudinal. Entrevistas trimestrales sobre el consumo de sustancias y alcohol	Evaluar la prevalencia, los patrones predictores (individual, social, cultural y medioambiental) de consumo de drogas ilícitas y el consumo excesivo de alcohol, en una cohorte de hombres migrantes latinos	Consumo de sustancia y alcohol durante 18 meses en relación con el mes pasado
Kulwicki et al., 2010. EEUU	Estudio cualitativo. Grupos de discusión	Explorar el papel de los recursos personales, familiares, la religión, la cultura y el sistema de apoyo social, en la utilización de servicios de violencia doméstica por inmigrantes árabes que sufren violencia	10 grupos de discusión con líderes árabes de la comunidad
Lee et al., 2013. Corea	Estudio. Cuestionario. Health Promoting Lifestyle Profile II	Conocer cómo la salud de la creciente población inmigrante femenina chino coreana difería de las mujeres nacionales	227 mujeres chino coreanas vs mujeres nacionales
Leung et al., 2012. EEUU	Estudio. Cuestionario	Examinar la prevalencia de la depresión y la petición de ayuda médica	516 chinos
Liddell et al., 2013.Australia. Vietnam	Estudio cualitativo. Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). Escala Psiquiátrica Phan vietnamita (PVPS).	Examinar si las diferencias cuantitativas en la exposición a , o la interacción entre los factores de riesgo, generan diferencias de prevalencia de ansiedad- y depresión entre los inmigrantes y la población del país anfitrión	3 grupos: a) Inmigrantes asentados, b) 3039 del país de origen y c) 7964 país origen australiano

Loren et al., 2015. EEUU	Artículo	Poner de manifiesto la necesidad de cuidados pediátricos para niños migrantes de Guatemala, El Salvador y Honduras.	
Loret de Mola et al., 2012. Perú	Estudio. Cuestionario Salud General en el Estudio Perú Migrante (GHQ-12). Herramienta de Evaluación de Capital Social Corto (SASCAT)	Analizar las diferencias en la prevalencia de trastorno mental común (TMC) y el capital social entre los grupos de migrantes y no migrantes en Perú	Un grupo urbano de un barrio de chabolas en Lima; un grupo rural de en Ayacucho y un grupo de migrantes de Ayacucho que vivían en el barrio
Luca et al., 2011. España. País Vasco	Estudio. Cuestionario Dificultades socio-económicas. Escala SCAS, Afectividad (PNA). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS-SF-12)	Examinar el proceso de adaptación sociocultural de los inmigrantes y su relación con la adaptación psicológica y las estrategias de aculturación	91 Inmigrantes brasileños
Mähönen et al., 2013. Finlandia	Estudio. Cuestionario de Expectativas	Relacionar las expectativas antes de la migración y después de la experiencia migratoria	153 inmigrantes de la diáspora rusa
Marchetti-Mercer, 2009. Sudáfrica	Artículo	Explorar el fenómeno global de la migración y el impacto psicológico de la inmigración sobre los individuos y sus familias.	
Marset et al., 2008. España	Artículo	Analizar si la actitud que adopte el emigrante ante su nueva situación repercutirá sobre la salud mental de las segundas generaciones, y si amenazan su integridad física y/o psicológica.	
Melamedoff, 2012. España	Artículo	Analizar el nivel de adaptación a la realidad	
Mendenhall et al., 2012. EEUU. Chicago. S. Francisco	Estudio cualitativo	Examinar la relación de las creencias sobre la diabetes y la depresión	404 mexicanos diabéticos emigrantes de 1ª y 2ª generación
Mladovsky, 2007. Europa.	Artículo. Investigación de la Comisión Europea por la Salud y Condiciones de Vida de la red del Observatorio Europeo sobre la situación Social y Demografía	Revisar la salud de los migrantes y el acceso a la atención sanitaria como elementos importantes de la política nacional de salud de los miembros de la UE	Registros de accesos a servicios sanitarios
Morawa et al., 2014. Alemania Essen	Estudio. Cuestionario Escala de depresión (BDI). Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36)	Estudiar comparativamente la discriminación percibida y el estado de salud subjetivo	2 muestras de 218 inmigrantes; turcos vs polacos
Moro et al., 2003. España	Artículo	Características de las psicoterapia con los emigrantes	

Mösko et al., 2013. Alemania. Hamburgo	Estudio cualitativo. Encuesta a psicoterapeutas ambulatorios públicos en Hamburgo	Proporcionar datos estructurales y de proceso con respecto al uso de los servicios de salud mental por parte de pacientes ambulantes alemanes y por los pacientes extranjeros	Participaron 485 psicoterapeutas, el 81%
Nalini, 2011. EEUU	Estudio cualitativo. Grupo etnográfico	Conocer el contexto y las circunstancias asociadas a una mayor vulnerabilidad y los factores asociados con el bienestar y el abuso de sustancias	Jornaleros latinos
Nederhof, 2013. Dinamarca	Estudio. Cuestionario Cantor-Graae. Pedersen	Analiza las pequeñas y grandes diferencias como factores protectores y de riesgo	Emigrantes vs daneses
Nesterko et al., 2013. Alemania	Estudio. Cuestionario Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Satisfacción con la vida (LOC)	Evaluar la salud física de los inmigrantes, componente significativo de la CVRS	21079 sujetos, de ellos 2971 inmigrantes vs alemanes nacidos en el país
Neto, 2010. Portugal	Estudio transversal	Determinar la salud mental entre los adolescentes de familias inmigrantes portuguesas retornados de Norteamérica	105 adolescentes de famílias inmigrantes portuguesas retornados vs 217 portugueses
Ochoa Mangado et al., 2005. España	Artículo	Analizar los problemas específicos comunes de los emigrantes como procesos de adaptación, síndromes depresivos u otros problemas psiquiátricos	
O'Mahony et al., 2007. Canadá	Estudio cualitativo. Entrevistas en profundidad a profesionales	Analizar las dificultades con el acceso a cuidados de salud mental	Entrevistas en profundidad con 7 profesionales que prestan servicios de salud mental con mujeres inmigrantes
Oppedal et al., 2004. Noruega	Estudio. Cuestionario	Investigar las diferencias en el nivel de la salud mental, el estrés de vida y el apoyo social de los adolescentes, entre los inmigrantes y estudiantes de acogida	633 estudiantes de 13 años. Jóvenes adolescentes noruegos vs inmigrantes y estudiantes de acogida

Oppedal et al., 2007. Noruega Oslo	Estudio. Cuestionario durante las clases de estudiantes de décimo grado en escuelas secundarias	Examinar los problemas de internalización y sus correlatos psicosociales entre los inmigrantes musulmanes jóvenes en Noruega, en comparación con otros compañeros de la juventud inmigrante y de acogida	6306 estudiantes. De los 1666 inmigrantes en la muestra, 1060 (63,3%) tenían su origen en países con mayoría de población musulmana
Palacio Sañudo et al., 2005. Colombia Barranquilla	Estudio. Cuestionario Calidad de Vida en Salud (SF-36). Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)	Indagar la relación entre las redes sociales personales de los desplazados por violencia política y su calidad de vida en salud	19 personas desplazados por la violencia política, 8 hombres y 11 mujeres, de edades entre 27 y 61 años,
Pantzer et al., 2006. España. Cataluña. LLoret de Mar	Estudio. Cuestionario CVRS, versión española de adolescentes (VSP-A). 2005	Comparar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los adolescentes nativos e inmigrantes	1246, de ellos 226, el 18,2% emigrantes, 50% mujeres. Adolescentes de 12 a 18 años de nivel socioeconómico medio
Pereda et al., 2009. España	Artículo	Analizar los factores de resiliencia en el contexto migratorio actual, a tres niveles; individual, familiar y social	
Pérez Álvarez et al., 2012. España	Artículo	Razonar la reconsideración de la esquizofrenia como una enfermedad del yo	
Posselt et al., 2015. Australia del Sur. Adelaide	Estudio cualitativo. Entrevistas en profundidad semi-estructuradas con jóvenes refugiados y trabajadores de apoyo	Identificar factores de riesgo y patrones de desarrollo de comorbilidad de salud mental y consumo de alcohol, en refugiados que parecen tener grandes dificultades para acceder a los servicios y sus malos resultados	30 jóvenes refugiados y trabajadores de los servicios de apoyo
Raymond-Flesch et al., 2014. EEUU. California	Estudio cualitativo. Grupos focales	Conocer la salud de esta población y su acceso a la atención	71 jóvenes inmigrantes indocumentados entre 18-31 años, en 9 grupos focales
Real Deus et al., 2013. España	Artículo	Estudiar el efecto y los prejuicios después de la emigración.	
Reina et al., 2015. EEUU	Estudio cualitativo. Entrevistas y grupo focal	Examinar los múltiples desafíos que enfrenta esta población vulnerable	Entrevistas individuales semiestructuradas y un grupo focal con mujeres latinas indocumentadas
Rew et al., 2014. EEUU	Artículo	Prevalencia de problemas de salud mental entre los inmigrantes y los refugiados	
Robert et al., 2014. España	Estudio longitudinal. Encuesta de seguimiento	Evaluar la influencia de los cambios en las condiciones de empleo en la incidencia de problemas de salud mental de los trabajadores inmigrantes tras 3 años de crisis económica	318 trabajadores de Colombia, Ecuador, Marruecos y Rumanía que residen en España. Años 2008 y 2011

Roddy et al., 2012. Irlanda	Artículo	Desafiar el actual discurso subyacente en la investigación y las políticas relevantes para los niños migrantes, que interpreta que son víctimas, pasivos, y con necesidad de integrarse	
Rodríguez Álvarez et al., 2009. España. País Vasco	Estudio. Cuestionarios sobre calidad de vida (SF-36). Ansiedad / depresión: Short. Inventario-5 Salud Mental (MHI-5). Apoyo social : escala de Duke	Analizar el efecto del lugar de nacimiento, el estatus migratorio y el papel modulador del apoyo social en la calidad de vida y la presencia de síntomas de ansiedad / depresión	3 muestras de 2776 personas: 1239 marroquíes en Marruecos, 149 marroquíes en el País Vasco y 1388 individuos autóctonos
Rumbaut et al., 2012. EEUU México	Estudio longitudinal de Logros Educativos (ELLE) en México y Estados Unidos	Examinar de forma comparativa y longitudinal, los logros educativos de dos muestras de jóvenes	2 muestras de jóvenes.: los que se quedaron con sus familias en México, y los del mismo lugar que emigraron a California o nacieron en EEUU.
Sadavoy et al., 2004. Canadá Toronto	Estudio cualitativo. Grupos focales entre-vistas semiestructuras	Identificar las barreras específicas de acceso a los recursos de salud mental de la población inmigrante	17 grupos focales
Salvador Sánchez, 2002. España	Artículo	Explicar las diferentes consecuencias psicológicas de la emigración según la edad, capacidad de contención del ambiente, lenguaje del nuevo medio, y el duelo, que se puede postergar hasta sucesivas generaciones	Psicoterapia duelo
Sanchez et al., 2014. EEUU	Estudio cualitativo. Entrevistas	Explorar la presencia de síntomas de salud mental, la experiencia de tratamiento, la aculturación y el estigma hacia la enfermedad mental	Un grupo de 250 de latinos y brasileños
Saraga et al., 2013. Suiza. Lausanne	Estudio cualitativo. Entrevista MINI modificada (eje I del DSM -IV). . Escala de Montgomery-Asberg	Estudiar por qué la migración se considera un factor de riesgo asociado a la depresión, y su impacto en las características clínicas de la depresión	85 migrantes vs 34 controles
Schweitzer et al., 2011. Australia	Estudio. Cuestionario de Trauma de Harvard. Lista de verificación Living. Dificultades Posteriores a la migración. Lista de control cualitativo Hopkins Symptom. Entrevistas estructuradas, cues-tionario demográfico.	Documentar el estado de salud mental de refugiados birmanos recién llegados a Australia y examinar las contribuciones de género y de la migración, de los periodos de de pre-y post-migración, para la predicción de la salud mental	70 adultos de cinco grupos étnicos birmanos. Antes de la migración se evaluaron síntomas de trauma, y posteriores a la migración, dificultades de vida.
Sevillano et al., 2014. España	Estudio. Cuestionario HRQLSF-12,	Comparar la salud mental y física subjetiva entre españoles nativos y inmigrantes, y examinar los efectos de la etnicidad y la discriminación subjetiva percibida en la salud	1250 inmigrantes de Colombia, Bolivia, Rumanía, Marruecos y África al sur del Sahara, vs 500 españoles nativos. Entre 18 - 65 años

Sobral Fernández et al., 2010. España. Galicia y Madrid	Estudio. Cuestionario de Implicación Cultural (BIQ), versión modificada. Modelo de Berry	Analizar los estilos de aculturación de Integración, Separación, Asimilación y Marginación, propuestos en el modelo y examinar la relación de estas estrategias con la conducta antisocial y el abuso de alcohol	750 adolescentes inmigrantes latinoamericanos escolarizados
Stefanek et al., 2012. Austria	Estudio longitudinal	Comparar los adolescentes inmigrantes de Austria, nativos de primera y segunda generación en cuanto a su nivel de síntomas depresivos y eventos de vida críticos	330 austriacos nativos (52,1% niñas), 120 inmigrantes de 1ª generación (49,2% niñas) y 159 inmigrantes de 2ª generación (54,2% niñas). Edad de 14 a 19
Stillman et al., 2009. N. Zelanda. Tonga	Estudio. Cuestionario The Mental Health Inventory 5 (MHI-5)	Comparar la salud mental de los migrantes con lo que hubiera sido si hubieran permanecido en su país de origen	Emigrantes tonganos vs nacidos en el país de origen
Swinkels et al., 2010. Canadá. Columbia	Estudio cualitativo. Grupo de consenso	Elaborar una Guía de prevención enfermedades prevenibles y tratables	Prevención y tratamiento.
Tabor & Milfont, 2013. N. Zelanda	Estudio. Mensaje de foros de emigrantes	Examinar la forma en que estos foros funcionan como comunidades, que facilitan la transición hacia el nuevo país de destino	Una muestra de los mensajes publicados en 3 foros para migrantes, representativa de 1 mes
Taloyan et al., 2011. Suecia	Estudio cualitativo. Entrevistas grupales e individuales en profundidad	Describir las experiencias de los hombres inmigrantes de etnia kurda durante y después de la migración, con respecto a los problemas de salud mental	Una entrevista a un grupo con 4 hombres kurdos y entrevistas individuales en profundidad con otros 10 kurdos.
Tarricone et al., 2009. Italia Bolonia	Estudio. Cuestionario de cribado Psicosis (PSQ). General Health Questionnaire (GHQ-12). Variables socio-demográficas	Evaluar la prevalencia de síntomas psicóticos entre los inmigrantes rumanos que viven en condiciones precarias en un hotel abandonado y destacar la posible correlación con el estado de salud general, la angustia y variables sociodemográficas	78 sujetos evaluados con cuestionarios que fueron administrados a todos los inmigrantes que residen en el hotel durante dos días, con ayuda de un mediador
Topal et al., 2012. Reino Unido Londres	Estudio. Cuestionario estructurado con 44 apartados en cinco subcategorías. 26-items WHOQOL BREF. Año 2010	Explorar los retos actuales en el acceso a servicios de atención de la salud y su impacto en la calidad de vida de los inmigrantes	416 inmigrantes turcos que viven en Londres. De ellos, 308 (74%) eran de Turquía y 108 (26%), eran turcochipriotas.
Tovar et al., 2013. Reino Unido. Inglaterra	Estudio. Cuestionario (CFSQ). Variables sociodemográficas. IMC	Explorar la asociación entre la frecuencia de comidas en familia por la noche, peso infantil e influencia de los estilos de alimentación de las madres	Niños con y sin sobrepeso, en nuevas familias de inmigrantes
Tsai et al., 2013Taiwán	Estudio. Cuestionario de condiciones mentales auto-informadas. Calidad de vida. Cuestionario familiar APGAR	Evaluar la satisfacción de las mujeres inmigrantes con su función en la familia y la calidad de vida en un municipio rural en el sur de Taiwán	157 emigrantes

Turjeman et al., 2008. Israel	Estudio longitudinal de los antiguos inmigrantes de la Unión Soviética	Identificar los correlatos psicosociales de ánimo depresivo en adolescentes inmigrantes, y sus diferencias por edad y género	773 inmigrantes de la Unión Soviética a Israel
Valdez et al., 2013. EEUU	Ensayo riesgos y mecanismos psicosociales de protección. Estudio de casos	Describir las Fortalezas Familiares, un programa de prevención en la comunidad, para abordar procesos familiares. y promover el bienestar en familias con madres latinas depresivas	
Vázquez et al., 2014. España	Artículo	España continúa con un importante volumen de población extranjera (11,4%). Esta población suele ser más vulnerable por su exposición a peores determinantes sociales. Se analiza cómo la crisis puede afectar a la salud de la población inmigrante.	
Verhagen et al., 2014. Holanda	Estudio. Cuestionario de calidad de vida SF-12. Encuesta Stem van de Oudere migrante (Octubre 2011 y julio de 2012).	Averiguar cómo los diferentes grupos de inmigrantes de edad avanzada perciben la calidad de vida	201 mayores (> de 55 años), marroquíes (98), turcos (69), y de Molucas (34)
Warfa et al., 2006. Reino Unido	Estudio cualitativo. Grupos de discusión de los somalíes que viven en Londres	Revisar las razones por las que la movilidad residencial en el país "anfitrión" se asocia con una mala salud mental de los refugiados y sus creencias sobre la relación de la movilidad con la salud	2 grupos de discusión con 13 profesionales somalíes y 4 grupos con 21 somalíes
Wilkerson et al., 2009. México	Estudio. Cuestionario GHQ 12 Sex-Role Ideology Scale, Short Form	Examinar los efectos del cambio de ideología de roles de género y la salud mental de esposas cuyos maridos emigraron a EEUU	Mexicanas rurales cuyos esposos emigraron a EEUU
Wood, W. 1989. EEUU. Texas	Artículo. Estudios publicados	Diferencias sexuales en el bienestar	
Yang et al., 2011. Taiwán	Estudio. Cuestionario Escala Auto-Identidad aculturación Suinn-Lew Asiático. Short Form Health Encuesta-Version 2	Examinar las relaciones entre las variables demográficas, la aculturación y la calidad de vida entre las mujeres inmigrantes vietnamitas en matrimonios transnacionales en Taiwán	203 mujeres inmigrantes vietnamitas
Yarris, 2014. Nicaragua	Estudio cualitativo. Entrevistas semi-estructuradas con abuelas jefas de hogar. Datos etnográficos	Describir una forma de aflicción corporal y emocional expresada por las abuelas	Abuelas no migrantes que cuidan hijos/as de madres migrantes, “pensando mucho”
Yu et al., 2014. Hong-Hong	Estudio. Cuestionario (PHQ-9). Evaluaciones para analizar el estrés	Analizar la depresión, estrés aculturativo, discriminación, rechazo y la resiliencia personal y familiar	1205 chinos

	FRECUENTACIÓN	**AP**(Atención Primaria) **CSM** (Centros de Salud Mental)	**SP** (Servicios Psiquiatría) **SU** (Servicios Urgencia)**.**
Achótegi et al., 2015. Barcelona	CSM de emigrantes SAPPIR.	Estudiar las características socio demográficas de personas atendidas en el SAPPIR	1110 emigrantes
Agius et al., 2009. Reino Unido Londres Luton	CSM.	Determinar la variación en la prevalencia de la psicosis en diferentes zonas de una ciudad	Número de casos de los 4 equipos comunitarios de Salud Mental en Luton
Alda et al., 2010. España	SP. Estancia media. Sujeción mecánica	Evaluar si en España, existen diferencias entre pacientes psiquiátricos inmigrantes y nacionales, ingresados en un hospital en relación a su manejo diagnóstico o terapéutico	Pacientes ingresados emigrantes y españoles
Aragona et al., 2012. Italia	AP. Cuestionario: Inventario somático Bradford (BSI-21)	Estudiar la somatización en una muestra de 4 grupos de emigrantes (europeos, asiáticos, sudamericanos y africanos) y 16 subgrupos que asisten a una primera visita en A. Primaria	De 3105 invitados 3051 completaron el cuestionario. 4 grupos de inmigrantes y 16 subgrupos
Balkir et al., 2013. Alemania	SP.	Analizar las diferencias culturales en los patrones de autoconceptos (interdependientes vs independiente) y su relación con la angustia mental en una muestra de inmigrantes turcas deprimidas y de mujeres alemanas	56 pacientes hospitalizadas. Mujeres turcas vs alemanas
Barro et al., 2004. España. Barcelona	AP. Estudio T de Goldberg (puntuación: >= 4 y depresión a una puntuación >= 3 para mayor poder discriminatorio). Se recogen variables	Determinar el grado de ansiedad y depresión en inmigrantes en situación irregular y que no presentan, en principio, enfermedad psiquiátrica	27 pacientes inmigrantes en situación irregular (63% varones y 37% mujeres), edad media de 32,9 años. Estudio de IX a XII- 2003
Becerra et al., 2013. España	CSM. Estudio. Cuantitativo y cualitativo, en etapas.	Experiencia subjetiva de los pacientes respecto de su procesos terapéuticos	Población migrante atendida en el programa Prisma
Berg, 2009. Noruega. Oslo	CSM. Registro de una zona de 100.000 habitantes (8 años)	Analizar la presencia inmigrantes no occidentales en la atención psiquiátrica aguda en comparación con los noruegos nativos	792 hombres y 701 mujeres (47,0%). Había 168 hombres y 59 mujeres entre los inmigrantes. 611 de cada 1.217 noruegos (50,2%) eran mujeres
Berg et al., 2014 Noruega	CSM. Cuestionario Escala de Síntomas Positivos y Negativo (PANSS). Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV.	Investigar si la experiencia de migración y / o pertenecer a minoritarias afecta a los perfiles de síntomas, a través del uso de la PANSS, en pacientes con trastornos psicóticos	1081 pacientes en 3 grupos: Noruegos (73%), inmigrantes (10,5%) y emigrantes y de los grupos de minorías visibles (16,5%)

Buhmann, 2014. Dinamarca	CSM. Cuestionario. Auto-evaluación de síntomas de trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad, completado con el nivel de funcionamiento. calidad de vida (HTQ, HSCL-25, SDS y OMS-5)	Caracterizar los pacientes con trauma transculturales en Dinamarca que necesitan tratamiento psiquiátrico por su psicopatología, y los predictores de la salud mental y para evaluar los efectos del tratamiento	Todos los pacientes en tratamiento en el Centro de Competencia para la Psiquiatría Transcultural en Copenhague (IV de 2008, a II de 2010)
Bursztein Lipsicas et al., 2012. Europa	Suicidio. Estudio multicéntrico de la OMS en Europa, sobre la Conducta Suicida	Estudiar la tasa de intentos de suicidio de los emigrantes en comparación con la de sus anfitriones y comparar estas tasas de los inmigrantes y en sus países de origen	Un total de 27048 personas, que incluyeron 4160 inmigrantes, en 56 grupos
Bursztein Lipsicas et al., 2014. Europa. 7 países	Suicidio. Estudio Multicéntrico OMS-Europa sobre la Conducta Suicida y monitorización de la Conducta Suicida en Europa (MONSUE)	Analizar la repetición de intentos de suicidio entre los inmigrantes en Europa	Grupo de 7 países europeos, que comprenden 10574 personas locales y 3032 sujetos inmigrantes
Coid et al., 2008. Reino Unido	SP. Diseño de estudio epidemiológico de base poblacional de las psicosis de primera aparición. Estudio East London. Primer Episodio Psicótico	Examinar si un riesgo elevado en los grupos étnicos y de las minorías de raza negra varía según las generaciones y determinar si esta cuestión se explica exclusivamente por un exceso de la esquizofrenia en sentido amplio	484 pacientes (grupos étnicos y de las minorías negras y nativos británicos) con primer episodio de psicosis entre 18 a 64 años, en un período de estudio de 2 años
Cots et al., 2002. España Barcelona	SP.	Debatir sobre las características sociodemográficas de la población emigrante que acude a los servicios sanitarios, ya que los estudios destacan la falta de información estadística	
Cruz et al., 2012. España. Lleida	CSM. Farmacia Estudio retrospectivo de cohorte . Todos los fármacos prescritos en 2007 y 2009 (> de 4 meses y el 80% retirado)	Evaluar las diferencias en la duración y el cumplimiento del tratamiento antidepresivo entre inmigrantes y nativos en una región sanitaria española	5334 sujetos (8,5% inmigrantes) de una población de 206603 habitantes
De la Revilla et al., 2004. España	AP. Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. Cuestionario (DM) y variables sociodemográficas (VSD)	Estudiar la utilización de la consulta en A.P. por parte de los inmigrantes y su relación con el duelo migratorio y variables sociodemográficas	290 pacientes inmigrantes, excluyendo menores de 18 años, que consultaban por distintos motivos
Deans et al., 2011. Australia. Darwin.	SU. Registro, en 12 meses	Describir el número y la naturaleza en los servicios de emergencia: atenciones y diagnósticos a detenidos	770 asistencias en Urgencias. De ellas, 518 de emigrantes detenidos

Durbin et al., 2011. Canadá Ontario	SP. Tasa de ingreso	Analizar tasas de ingresos de población emigrante	Población
Esteban et al., 2001. España. Madrid	AP. Registro de actividad diaria, variables sociodemográficas, motivo y diagnóstico principal	Describir las particularidades sociales, motivos de consulta y diagnósticos efectuados en los inmigrantes adultos sin regularizar que acudieron al consultorio en el distrito de Usera	1496 consultas (67% mujeres) de 533 inmigrantes sin regularizar, adultos atendidos (de 1996 a 1999)
García Campayo et al., 2006. España	AP. Estudio descriptivo transversal. Encuesta de opinión	Analizar las actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes	Encuesta de opinión realizada de I-a VI de 2003 a médicos de familia y residentes
Gimeno-Feliu et al., 2011. España Zaragoza	AP. Estudio descriptivo retrospectivo de las citaciones de medicina y pediatría, a partir de datos de la historia clínica electrónica.	Analizar la frecuentación de todos los pacientes citados en el centro de salud durante un año, comparando los inmigrantes, con los autóctonos. Analizar las diferencias existentes según la zona geográfica de procedencia	110046 citas de adultos de una población de 20675 personas (20% inmigrantes) y 17.647 citas pediátricas sobre 2452 niños (29% inmigrantes)
González de Rivera, 2005. España Madrid	CSM. Registro consultas	Analizar las consultas externas de Psiquiatría en un H. General comparando los grupos de inmigrantes y nativos	2741 consultas externas. de Psiquiatría
Gotor et al., 2004. España. Madrid	SP. Tasa de hospitalización y continuidad de cuidados	Analizar la hospitalización y la continuidad de cuidados tratados	95 pacientes
Herrero et al., 2003. España Madrid	AP. Cartas para pedir la participación en el estudio. Manual de diagnóstico PRIME-MD®.	Analizar en la atención en un Centro de Salud de la prevalencia de trastornos de salud mental de un grupo de mujeres inmigrantes con lengua nativa castellana, comparado con la población general de mujeres de su zona de actuación	48 cartas, de las que se contestaron 32. Edad media 36 años (20 - 57 años). Mujeres emigrantes con lengua nativa castellana
Ide et al., 2012. Australia	Suicidio en inmigrantes 1ª generación	Analizar las tasas de suicidio entre los inmigrantes de primera generación en Australia y comparar su riesgo suicida, con la población de origen australiana	23 países seleccionados por nacimiento. Tasas estandarizadas por edad suicidas (más de 15 años) y género. Estudio 1974 a 2006
Jiménez et al., 2006. España	SP.	Características de la Población inmigrante que ingresó en una Unidad de Agudos de Psiquiatría.	44 admisiones de 33 pacientes, en dos años
Lay et al., 2005. Suiza Within	SP. Registro de admisiones consecutivas a los hospitales psiquiátricos de un área de influencia (1995-2001)	Evaluar la utilización de la atención hospitalaria psiquiátrica entre los inmigrantes, y comparar los inmigrantes con los nativos	377 referencias, 20% extranjeros y 80% nativos

Lay et al., 2007. Suiza Within	SP. Registro. Tasas de admisión (registro psiquiátrico) de hospitalización de un área de influencia	Evaluar la utilización de los servicios de hospitalización psiquiátrica por inmigrantes	De 28.511 sujetos. 4.814 eran extranjeros de Turquía, Europa del Este, Europa (el 16,9%). Estudio de 6 años
Martín Zurimendi et al., 2013. España. Bizkaia	CSM y SP. Frecuentación de emigrantes en la Red de S. Mental Bizkaia. Revisión bibliográfica.	Analizar los datos de la población emigrante con los de la incidencia tratada, en todos los CSM de Bizkaia y un Servicio de Psiquiatría	Compara la incidencia tratada de los emigrantes en Bizkaia en relación con la media de población.
Miclutia et al., 2007. Rumania	SP. Entrevista semi-estructurada, diseñada por los autores, administrada a inmigrantes ingresados en una Clínica Psiquiátrica en Rumania	Estudiar los aspectos sociodemográfico y clínicos de los migrantes que han desarrollado enfermedad mental, estimar los servicios que utilizan en términos de hospitalización y analizar el impacto de los costes en el sistema sanitario rumano	50 pacientes ingresados, de los que 45 tenían trastornos del espectro esquizofrénico
Michelson et al., 2009. Reino Unido	CSM	Analizar los patrones de utilización de los servicios y la prestación de atención de un especialista en salud mental para jóvenes refugiados, y solicitantes de asilo	2 grupos con diferentes niveles de necesidad de salud mental: menores no acompañados (49) y niños acompañado al R.Unido por uno o más cuidadores (29)
Miyasaka et al., 2007. Brasil y Japón	CSM. Pacientes ambulatorios	Comparar el perfil sociodemográfico y los diagnósticos de pacientes psiquiátricos ambulatorios brasileños en Japón (grupo que permanece) y en Brasil (grupo de regreso)	Todos los pacientes consecutivos, japoneses y brasileños, tratados en unidades psiquiátricas: Japón y Brasil (IV de 1997 a IV de 2000)
Monras et al., 2006. España	CSM. Primeras indicaciones de Terapia de grupo	Valorar si la TG tiene la misma eficacia en los pacientes inmigrantes que en los nativos. Comparar el tiempo en tratamiento y abandono en función del lugar de nacimiento	1856 primeras indicaciones consecutivas de TG para pacientes alcohólicos seguidas hasta el alta o el abandono de tratamiento
Mora, 2007. España	CSM. Registros actividad	Analizar las vías de acceso a los servicios psiquiátricos por parte de la población emigrante	Emigrantes
Morgan et al., 2006. E. Reino Unido	SP. Incidencia multicéntrica Caso-control. Estudio AESOP AESOP (Etiología y Etnicidad en la esquizofrenia y otras psicosis). Estudio Población Africana y del Caribe en R. Unido.	Investigar los altos índices de psicosis en la población de afro-caribeños del Reino Unido y de arrojar luz sobre la etiología de la psicosis en general	Grupos minoritarios, africano y del Caribe en el Reino Unido
Navarro-Lashayas, 2014. España. País Vasco	Estudio de entrevistas.	Mostar las relaciones entre sufrimiento y malestar emocional y variables sociodemográficas	Entrevistas en profundidad de 107 migrantes sin hogar y autoinformes

Pardo et al., 2007. España. Madrid	AP. Entrevistas semiestructuradas. Inventario de Depresión de Beck	Conocer la prevalencia de depresión en la población procedente de África subsahariana del «Programas de Atención Socio-sanitaria a Inmigrantes de la Comunidad de Madrid" y sus factores de riesgo	606 inmigrantes subsaharianos (55,4%, varones). Edad media de 27 ± 6,61 años mayores de 18 años del "(VIII-2003 a II-2004)
Parrilla, 2006. España Granada	SU.	Perfil del paciente inmigrante atendido en la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente de Granada	Total de Urgencias
Pascual et al., 2008. España	SP.	Comparar la probabilidad de que los inmigrantes frente a la población nativa sean diagnosticados de trastorno límite de la personalidad en urgencias y ver diferencias por zona de origen (África, Sudamérica, Asia y países occidentales)	Un total de 11578 admisiones consecutivas durante 4 años en un servicio de urgencia psiquiátrica , según 5 grupos de origen
Pertiñez et al., 2002. España Barcelona	AP. Registro de casos con datos en las dos poblaciones	Estudiar los trastornos mentales de la muestra de grupos étnicos, comparada con la muestra control de población autóctona	Población inmigrante, comparándola con la población autóctona
Quintanilla et al., 2009. España Zaragoza	SU.	Profundizar en el fenómeno de la emigración, los problemas de salud mental de población inmigrante y la respuesta de los servicios sanitarios a sus demandas	Frecuencia de conductas suicidas de inmigrantes del servicio de urgencias del Clínico de Zaragoza, del VI de 2006, a VIIde 2007
Ramos et al., 2013. España Alicante	SP. Estudio transversal de las tasas de utilización de dos hospitales públicos	Describir las tasas de ingreso hospitalario, los diagnósticos al alta hospitalaria y la mortalidad durante los ingresos hospitalarios en bloques de los países de altos ingresos (FCHICs), de los países de bajos ingresos (FCLICs), y los ciudadanos autóctonos (ACS)	42839 pacientes ≥15 años dados de alta. Ciudadanos extranjeros de países de altos ingresos, de bajos ingresos y españoles, en la última década
Renner et al., 2011. Austria	CSM	Analizar las intervenciones grupales para las mujeres con antecedentes de migración turca que vive en Austria y que sufren de depresión recurrente	66 mujeres turcas
Revollo et al., 2011. España. Barcelona	AP. Cuestionarios. Escala de Estrés de Barcelona, ansiedad Goldberg., escala de Depresión (GADS), Mini Entrevista Internacional Neurológica (MINI), y V... sociodemográficas	Explorar el estrés de aculturación como un factor de riesgo para los trastornos depresivos y de ansiedad, así como su sintomatología, con la hipótesis de que la discriminación percibida y el estrés psicosocial mostrarán la mayor asociación con la psicopatología	414 pacientes inmigrantes latinoamericanos de Atención Primaria
Rhodes et al., 2013. EEUU Sur	CSM. Registro. Análisis de la demanda (RDS)	Estimar la prevalencia e identificar las correlaciones de los síntomas depresivos entre las minorías de latinos inmigrantes	Latinos
Robles et al., 2009. España	AP. Cuestionario propio para la evaluación características sociodemográficas y clínicas. Goldberg 28.	Determinar las características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas de un grupo de pacientes hiperfrecuentadores, con otro grupo de normofrecuentadores	Hiperfrecuentadores 232, y normofrecuentadores 93, en 3 Centros de A. Primaria

Rojas et al., 2008. Chile. Santiago	CSM. Estudio descriptivo transversal con métodos cuantitativos - entrevistas estructuradas- y cualitativos - técnicas de grupos focales y entrevistas en profundidad- Test de APGAR. Entrevista Clínica (CIS-R)	Analizar la patología mental de emigrantes del entorno metropolitano	282 consultantes, de los cuales 222 (78,7%) son mujeres y 60 (21,3%) son hombres: Edad media 30, 1 años (entre 15 y 62). La gran mayoría peruanos
Rondet et al., 2013. Francia. París	AP. Encuesta observacional transversal entre los usuarios de la Clínica. Cuestionario	Estimar la prevalencia de la depresión entre pacientes ambulatorios, para objetivar esta población deprimida y analizar la demanda de A. Primaria de episodios depresivos	250 pacientes. Media 45 años, 52,0% hombres y el 52,4% inmigrantes. Pobres
Saad et al., 2004. Colombia. Guayaquil	SP.	Investigar si los movimientos migratorios influyen en la génesis de las patologías psiquiátricas, especialmente las afectivas, en los adolescentes pertenecientes a familias de emigrantes, y si las depresiones son las patologías más frecuentes	209 historias clínicas de pacientes adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico (I a X de 2002.). 61 presentaban patología psiquiátrica tras la emigración
Salinero, 2013. España. Madrid	AP. Estudio Trasversal de pacientes autóctonos e inmigrantes y revisión bibliográfica	Estudiar la prevalencia de los problemas de salud mental más comunes (ansiedad, depresión, trastorno somatomorfo, …), en población inmigrante y autóctona, que acude a las consultas de A. Primaria e identificar los factores asociados	Grupo de pacientes latinoamericanos (entre 18 y 55 años), que acudieron a las consultas de AP en 15 Centros. Total 1594, de ellos 903 españoles y 691 latinoamericanos
Salinero et al., 2014. España a Madrid	AP. Estudio transversal. Evaluación de A. Primaria de los trastornos mentales	Estimar y comparar la prevalencia de los trastornos mentales más comunes en Centros de Salud, entre pacientes latinos nacidos en América y nacidos en España	Pacientes latinoamericanos (691) y nacidos en España (903) de 15 Centros de Atención Primaria de Salud en Madrid, España
Salinero et al., 2015 España. Madrid	AP. Estudio de factores socio-demográficos y psicosociales asociados a la calidad de vida. Forma corta (SF-36) Medical Outcomes Study	Comparar la calidad relacionada con la salud de la vida de pacientes ambulatorios españoles y nacidos en América Latina	691 latinos y 903 de origen español, en 15 de Centros de Atención Primaria
Samsó et al., 2007. España Barcelona	CSM. Estudio transversal	Conocer elementos diferenciales entre mujeres autóctonas e inmigrantes con maltrato psíquico , en cuanto a incidencia, antecedentes, tipo de maltrato y sintomatología diferencial	Mujeres autóctonas vs emigrantes: 159 mujeres (34 emigradas) consecutiva en dos PASSIR de Barcelona
Sancho et al., 2006. España	AP.	Evaluar la prevalencia de patología en inmigrantes que acuden a un Centro de Salud de Atención Primaria	300 pacientes emigrantes en AP. Edad media 32 a. Composición familiar: 4 personas de media. El 70 % laboralmente activos

Sanz et al., 2007. España Madrid	CSM.	Analizar la atención en salud mental, a los inmigrantes y la adherencia al tratamiento en un CSM	95 pacientes inmigrantes y 95 pacientes autóctonos del grupo control
Selten et al., 2012. Holanda Utrecht	CSM. Registro de información psiquiátrica sobre los tratamientos en todas las entradas y centros de atención ambulatoria y Statistics Netherlands	Valorar la posibilidad de tratamiento psiquiátrico para los y trastornos psicóticos y del estado de ánimo entre los migrantes y los nacionales holandeses y calcular las tasas de prevalencia de un año de psicosis en los inmigrantes de primera generación	Migrantes (turcos, marroquíes y de Suriman) y nacionales holandeses
Shelef et al., 2014. Israel	Suicidio. Registro consecutivo nacional retrospectivo del anciano	Análisis retrospectivo de mayores (50 años o más) que completaron un suicidio, sometidos a autopsia durante un período de 10 años	314 registros consecutivos de suicidio, el 69,6% varones y de 64,7 años de edad media
Spinogatti et al., 2015. Italia. Lombardía	CSM. Registro. Sistema regional (registro de casos) sobre los usuarios y actividades de los Departamentos de Salud Mental	Utilización de servicios de salud mental de las poblaciones inmigrantes y nativos de Lombardía	139775 usuarios adultos tratados en los servicios de salud mental en 2010
Steel et al., 2005Australia	CSM. Registro. Cuestionario CIDI 2.1 y la prevalencia de 12 meses MOS SF-12	Comparar la prevalencia de los trastornos mentales comunes, la utilización del servicio de discapacidad y los servicios de salud entre los refugiados vietnamitas reasentados en Australia	1611 emigrantes vietnamitas, en comparación con 7961 nacidos en Australia
Straiton et al., 2014. Noruega	AP. Registro nacional que cubre a todos los residentes en Noruega	Explorar si los inmigrantes utilizan los servicios de A.P. para los problemas de salud mental, en comparación con los noruegos y la asociación entre la duración de la estancia, razón por la que inmigran y uso de servicios	Grupos de pacientes emigrantes vs noruegos
Suárez – Hernández et al., 2011. España. Canarias	AP. Estudio descriptivo-transversal cualitativo y cuantitativo	Comparar la prevalencia de ansiedad-depresión en población latinoamericana residente en Canarias seleccionados en consultas de Atención Primaria	125 pacientes. Edad media 38,9 años. El 73,6% mujeres, 42,4% casados y el 77,6% con empleo (2009)
Taloyan et al., 2014. Suecia	AP.	Analizar las diferencias de género en la prevalencia de la depresión entre pacientes inmigrantes con dolor de espalda crónico, y analizar los factores que podría explicar estas diferencias	245 pacientes (emigrantes con dolor) de Atención Primaria
Thulesius et al., 2004. Nórdicos	AP. Estudio. Cuestionario. Impacto de Event Scale (IES), y la Escala de Síntomas postraumático (TEP-10)	Determinar el estrés postraumático asociado con bajo auto-informe de bienestar en los pacientes de atención primaria	1113 de 1378 asistentes consecutivos (tasa de respuesta del 81%) en 10 Centros de Salud
Tortelli et al., 2014. Francia París. Distrito 20	SP. Estudio epidemiológico	Comparan las tasas de incidencia de primer ingreso para la psicosis entre los nativos y los inmigrantes de primera generación	258 mayores de 15 años. Nativos y emigrantes de primera generación de África y Europa. Estudio (2005 y 2009)

Van der Ven et al., 2012. Canadá Montreal Quebec	SP. Cuestionario Escalas de calificación para evaluar los síntomas positivos y negativos (PANSS). Psicopatología general	Explorar las diferencias en la gravedad y la naturaleza de los síntomas del primer episodio de psicosis, de acuerdo con el grupo étnico y la condición de migrante	301 pacientes consecutivos en tres grupos: africano y afrocaribeño y grupo de referencia canadiense
Werbeloff et al., 2012. Israel	SP. Registro Nacional de Casos de la Oficina Central de Estadísticas de Israel. Estudio nacional basado en la población	Examinar el grado en que la inmigración actúa como un factor de riesgo para la esquizofrenia, basado en su origen, sexo y año, a partir de datos nacionales en mayores de 15 años	10892 primeras admisiones psiquiátricas entre 1978-1992. Extremo Oriente el Caribe y América del Sur
Wit et al., 2012. Holanda. Ámsterdam	SP. Registro de pacientes en Ámsterdam y padrón municipal.	Examinar el riesgo de ingreso obligatorio por trastornos psicóticos de los inmigrantes procedentes de países no occidentales.	Registro sobre todos los pacientes con un ingreso involuntario en Ámsterdam (1996-2005). Inmigrantes no occidentales

Resumen

RESUMEN

Esta tesis analiza la salud mental en mujeres migrantes latinoamericanas residentes en el País Vasco. Se revisan los estudios sobre las migraciones y la aculturación con una perspectiva multidisciplinar. El objetivo general es analizar los cambios en los roles familiares y de género, y sus consecuencias en las familias trasnacionales y en las nuevas configuraciones familiares, y estudiar cómo estas mujeres expresan y manifiestan sus dolencias y sentimientos en relación a su identidad de género. Este trabajo contiene tres estudios, el primero consiste en una revisión sistemática de las publicaciones indexadas en las bases de datos de Ciencias de la Salud (n=254 artículos del periodo 2000-2015). El segundo es un estudio de casos y controles en mujeres usuarias de salud mental, y dos muestras normativas de inmigrantes y autóctonas (n=592, rango de edad de 18 a 61). El tercer estudio es un análisis cualitativo con diez entrevistas en profundidad; para el análisis de contenido se codifican las ideas (n=1522) en el sistema de categorías (n=60), obteniendo una fiabilidad inter-jueces de la codificación (Kalpha= .872). La revisión bibliográfica sistemática indica que las mujeres inmigrantes presentan peor salud mental, con más síntomas emocionales, que los hombres y que las mujeres autóctonas. En el caso del País Vasco las usuarias de salud mental inmigrantes presentan una percepción de su CVRS más deteriorada y una tasa de prevalencia de probables casos psiquiátricos (GHQ-12) mayor (89%) que las usuarias autóctonas (79%) y que el grupo normativo de mujeres (10%). Las entrevistas relatan los cambios en la posición social familiar de las mujeres, que ganan en estatus y autoconfianza, al tiempo que plantea nuevos retos vitales ante la crianza, y las nuevas parejas, así como para afrontar la violencia de género, la discriminación y el estrés de aculturación, mostrando formas de crecimiento psicológico.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS DE ACULTURACIÓN, GÉNERO, MIGRACIÓN, DISCRIMINACIÓN, AFRONTAMIENTO, CRECIMIENTO PSICOLÓGICO