

**APOYO SOCIAL Y
SALUD MENTAL EN
INMIGRANTES: SUS
EFECTOS SOBRE LA
INTEGRACIÓN**



**APOYO SOCIAL
Y SALUD MENTAL
EN IMMIGRANTES:
SUS EFECTOS
SOBRE LA INTEGRACIÓN**



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

AUTORA:

Mónica Díaz López

COORDINACIÓN TÉCNICA:

Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico
Vicenconsejería de Servicios Sociales

EDITA:

Consejería de Servicios Sociales
Comunidad de Madrid

Este trabajo ha sido realizado gracias a una beca de investigación en el Campo de las Ciencias de la Salud de la Consejería de Sanidad.

IMPRIME

B.O.C.M.

Tirada:

Edición:

Depósito Legal: M-3.836-2003
I.S.B.N.: 84-451-2400-5

Presentación

El fenómeno de las migraciones constituye en nuestra Comunidad una realidad creciente con la que nos encontramos a cada paso. Entre los numerosos cambios que conlleva la llegada de las personas inmigrantes, resulta especialmente destacable aquellas referidas al bienestar social de estos nuevos ciudadanos y en cuya provisión y cuidado juega un importantísimo papel la Consejería de Servicios Sociales.

El documento que aquí se presenta responde a esa necesidad sentida por los profesionales del ámbito social de aproximarse y adoptar una actitud flexible en su desempeño profesional y de conseguir una constante renovación de sus conocimientos, con el objetivo de poder responder de manera más eficaz a las necesidades planteadas por la cambiante realidad social.

Esta obra espera resultar de utilidad a todos aquellos profesionales que de manera más o menos directa trabajan en el campo de la inmigración. Más allá de las reflexiones iniciales en torno al tema de la integración de la población inmigrante, reflexiones por otro lado necesarias al constituir ésta el objetivo último de nuestras actuaciones, los aspectos especialmente novedosos de la misma lo constituyen los temas del Apoyo Social y la Salud Mental referidos específicamente al grupo de inmigrantes, cuestiones clave para afrontar el reto de la integración.

En el texto, sin la pretensión de llegar a ser exhaustiva, se recoge una amplia selección de estudios realizados principalmente fuera de nuestras fronteras, y ello por dos motivos. En primer lugar, la reciente (poco más de 10 años) constitución de nuestro territorio como país de acogida de inmigrantes, justifica las lagunas de conocimiento en torno al campo de la inmigración y la escasez de producción científica en determinados campos. En segundo lugar, y de manera complementaria, esta búsqueda de publicaciones extranjeras aspira a poder compensar nuestros déficit y beneficiarnos de las experiencias acumuladas por otros países que nos han precedido en el abordaje de la atención psico-social a las personas inmigrantes.

Si con este documento contribuimos a proporcionar conocimientos que resulten de utilidad a los profesionales para la planificación y diseño de programas, así como para plantear la necesidad de adaptar nuestras intervenciones a las características específicas de este grupo de población, nos daremos por satisfechos.

Pilar Martínez López
Consejera de Servicios Sociales

AGRADECIMIENTOS

“(...) Ten siempre a Itaca en la memoria.

Llegar allí es tu meta.

Más no apresures el viaje.

Mejor que se extienda largos años;

Y en tu vejez arribes a la isla,

Con cuanto hayas ganado en el camino,

Sin esperar que Itaca te enriquezca.

Itaca te regalo un hermoso viaje,

Sin ella el camino no hubieras emprendido

Más ninguna otra cosa puede darte (...)”

En agradecimiento a José Luis Martín-Caro y Lourdes Gaitán, quienes siempre han estado ahí, leyendo cada una de las hojas que yo escribía, escuchando mis dudas y guiando todos mis pasos.

También quiero agradecer a Juan José Tamayo y Manuel Muñoz la lectura del documento y todas las sugerencias y correcciones señaladas.

Y por último, pero no por ello menos importantes, a mis padres, cuyo respaldo durante todos estos meses, me está permitiendo continuar con el trabajo iniciado.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: EL CONCEPTO DE INTEGRACIÓN EN EL FENÓMENO DE LAS MIGRACIONES	19
1. Significados del término “integración”	21
1.1. Según el uso que se realice del término	21
A) Como término descriptivo explicativo	21
B) Como término normativo	25
1.2. Según el enfoque utilizado para su estudio	26
2. Propuesta de conceptualización del término integración	29
3. Las propuestas de los distintos modelos de integración	32
3.1. Asimilación	33
3.2. Fusión o melting-pot	37
3.3. Pluralismo cultural	38
3.4. Multiculturalidad	40
3.5. Interculturalidad	47
Bibliografía	56
CAPÍTULO II: LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN INMIGRANTES	63
4. La importancia de las redes de apoyo social en el fenómeno migratorio	65
5. Definición de apoyo social	70
6. Configuración de las redes de apoyo social	73
7. Perspectivas teóricas en el estudio del apoyo social	77
7.1. Perspectiva estructural	77
7.1.1. Análisis de la integración y participación social	78
7.1.2. Análisis de las Redes Sociales	78
a) Tamaño	79
b) Densidad	81
c) Multiplicidad	82
d) Reciprocidad, direccionalidad o simetría	83
e) Variables temporales, de frecuencia y geográficas ..	84
f) Homogeneidad	84
7.1.3. Críticas al análisis de redes: red social y red de apoyo	84
7.2. Perspectiva funcional	85
7.2.1. Las dos caras de la moneda	89

8.	Redes sociales de los inmigrantes	92
9.	Funcionalidad de las redes sociales de los inmigrantes	97
10.	Apoyo social y salud	106
10.1.	Modelo del efecto directo	107
10.2.	Modelo del efecto amortiguador o "buffer"	108
10.3.	Modelos de apoyo social	109
10.3.1.	Modelos de Dohrenwend y Dohrenwed (1981)	109
10.3.2.	Modelo de House (1981)	109
10.3.3.	Modelo de Cohen (1988)	110
	Bibliografía	112
CAPÍTULO III: SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE		131
11.	Consideraciones de partida	133
12.	Perspectivas teóricas en el estudio de la inmigración y la salud mental	136
12.1.	Estrés de aculturación	138
12.2.	Aprendizaje social	141
12.3.	Marginalidad social	141
12.4.	Crisis de identidad	142
13.	Factores de riesgo para la salud mental propios del fenómeno migratorio	143
13.1.	Contexto de salida	144
13.2.	Nacionalidad de origen	146
13.3.	Estatus legal	147
13.4.	Enfrentamiento a la nueva cultura	148
13.5.	Problemas de identidad	153
13.6.	Generación de inmigrantes	156
13.7.	Tiempo de residencia	160
13.8.	Presencia de redes sociales y servicios disponibles para el inmigrante en el nuevo país	163
13.9.	Racismo y discriminación	164
13.10.	Situación social del inmigrante	165
14.	Principales trastornos en la población inmigrante	167
14.1.	Trastorno adaptativo	167
14.2.	Trastornos depresivos	170
14.3.	Trastornos por somatización	172
14.4.	Trastornos psicóticos	174
15.	Conclusiones	177
	Bibliografía	181

Introducción

Las crecientes desigualdades entre los países pobres y países ricos, están provocando desplazamientos masivos de personas que intentan dejar atrás la pobreza en la que se ven sumidos en sus países. En España, es a partir de los años 80 cuando empezamos a asistir a un progresivo incremento de la llegada de inmigrantes, convirtiéndonos de este modo en país de acogida. La presencia de estos nuevos ciudadanos plantea la necesidad de respuestas en un intento de adaptación a la nueva y cambiante realidad. En este sentido, la política migratoria en nuestro país se centra fundamentalmente en tres líneas: el establecimiento de cupos para el control de los flujos migratorios, favorecer la integración de la población inmigrante y la cooperación para el desarrollo.

Desde el punto de vista del inmigrante, la experiencia de emigrar podría considerarse como una situación estresante que demanda del sujeto gran cantidad de recursos para poder afrontarla con éxito. Pocos cambios, de entre los muchos a los que debe adaptarse un ser humano a lo largo de su vida, son tan variados y complejos como los que tienen lugar en la emigración. Prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia: desde aspectos tan básicos como la alimentación o las relaciones familiares y sociales, hasta el clima, la lengua, la cultura, el estatus. Se puede decir, sin exagerar que alrededor de la persona que emigra nada es ya como antes.

Los retos que plantea la inmigración al sujeto son dos: adaptarse a la nueva situación y, llegar a alcanzar unas condiciones de permanencia en la sociedad a la que se ha incorporado acordes con sus expectativas y que le permitan disfrutar de una calidad de vida similar a la de los autóctonos.

Inicialmente, y en relación a la capacidad del ser humano de adaptarse tanto a las situaciones novedosas como a las pérdidas que conlleva la emigración, habría que señalar que no está ni mucho menos incapacitado para ello. De hecho, la humanidad ha sido nómada durante gran parte de su historia y es desde el neolítico cuando se establece la tendencia a habitar permanentemente en el mismo territorio (y aún hoy perviven grupos nómadas como los gitanos, los tuaregs). Es, pues, relativamente reciente el carácter sedentario de los seres humanos. Y en esta etapa de sedentarismo han sido muy frecuentes los desplazamientos de poblaciones, exploraciones, etc. (se ha llegado a decir que la historia de la humanidad es la historia de las migraciones). Hay que suponer pues que estamos dotados para hacer frente a las vivencias de la migración, aunque desde luego no se trate de un proceso sencillo dado que tenemos asimismo poderosas tendencias al arraigo.

El trabajo que aquí se presenta tiene como objeto de reflexión dos aspectos considerados importantes en el fenómeno de las migraciones: el apoyo social y la salud mental. La relevancia de ambas variables y el interés que plantean radica en los efectos que pueden ejercer sobre la integración de los inmigrantes en los países de acogida.

La relación existente entre la inmigración y la salud deriva del efecto que tienen sobre el individuo las condiciones que rodean la inmigración. La migración, como todo acontecimiento de la vida, es una situación de cambio que puede proporcionar muchas ganancias y beneficios (siendo éstos los que estimulan al individuo a emigrar), así como también comportar toda una serie de tensiones y pérdidas que pueden llegar a alterar la condición de salud (considerado tanto en su dimensión física como psíquica) del sujeto (Bowlby, 1985,1993).

La salud constituye la herramienta más básica con la cual el sujeto debe contar para poder iniciar su proceso de adaptación. Sin embargo, tal y como se señalaba anteriormente, las complejas situaciones que se producen durante la emigración, pueden repercutir negativamente sobre el individuo viéndose lamentablemente afectado su estado de salud. Desde los años 70 se viene afirmando que las personas que sufren cambios sociales y culturales bruscos, parece que se encuentran en un riesgo mayor de adquirir gran número de enfermedades.

Así, los inmigrantes económicos que están llegando en los últimos años a nuestro país se ven con frecuencia expuestos a numerosos riesgos, tanto para su salud como para su integridad física. Cuando la vivienda no dispone de las condiciones higiénicas adecuadas (o no hay siquiera vivienda), cuando se pasa frío, cuando la alimentación es insuficiente o inadecuada, o cuando las respuestas inmunológicas están significativamente reducidas por la exposición prolongada a situaciones percibidas como estresantes por el sujeto, todo ello puede dar lugar a enfermedades (sobre todo de tipo respiratorio, digestivo y dermatológico).

A esto se ha de añadir el alto índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan muchos inmigrantes, los graves riesgos físicos que sufren en el trayecto migratorio (las famosas pateras, viajes escondidos en los bajos de los camiones, en las bodegas de los barcos, con grave peligro para sus vidas).

Asimismo, los inmigrantes con frecuencia son víctimas de actitudes racistas (discriminatorias o despectivas), así como de experiencias negativas comúnmente asociadas a la inmigración, tales como pérdida de estatus, imposición y asunción del rol de inmigrante, limitada capacidad de actuación ante situaciones de explotación, demandas del medio que exceden sus recursos... pudiendo llegar a verse alterado su equilibrio psíquico y consecuentemente su estado de salud mental.

Por estos motivos, personas especialmente bien dotadas a nivel de capacidad de lucha y autonomía (como lo demuestra la fortaleza física y psicológica que se requiere para resistir en esas condiciones) podrían ver disminuidas sus probabilidades de lograr unas condiciones de integración satisfactorias.

Por otro lado, la variable Apoyo Social constituye otro factor de marcada influencia sobre las condiciones últimas en que se produce el reto de la integración. El apoyo social podría conceptualizarse como "las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos" (Lin, Dean & Ensel, 1986). Este factor se ha vuelto especialmente significativo en la dinámica de las migraciones por la actual configuración de las sociedades.

Hoy en día, el capital y el trabajo han dejado de ser los dos únicos recursos de importancia en la dinámica social. Han adquirido gran importancia, entre otros, la posesión de conocimientos técnicos (capital cultural), la posesión de capital social o participación cualificada en ciertas redes sociales y la posesión de capital simbólico (o poder para reformar y manejar los significados de las cosas) (Aparicio, 2001).

Como señala la autora (*op. cit.*, 2001), también el desarrollo y abaratamiento de los medios de transporte y de la facilidad para transmitir inmediatamente toda clase de

información y mensajes, es otro de los cambios acontecidos y que repercuten en la dinámica de las migraciones. Como resultado se relativiza y pierde importancia para las relaciones sociales las distancias y los límites espaciales.

Esto ha afectado a las migraciones, puesto que el hecho de alejarse era constitutivo del emigrar: alejarse del propio país, de las redes de allegados y conocidos, de las propias raíces de uno mismo. Ahora el alejamiento es cualitativamente menor, puesto que se ha creado entre los emigrantes el uso continuado de los instrumentos relativizadores de la distancia.

Este hecho ha dado lugar a un nuevo tipo de conducta migratoria: el de marcharse sin irse del todo, o más exactamente, el de marcharse físicamente sin irse psicológica y socialmente, puesto que se mantienen innumerables lazos persona a persona entre el inmigrante y los miembros de los grupos sociales de los que proviene, hasta el punto de que puede decirse que él sigue reactualizando intermitentemente su pertenencia a esos grupos sociales y obteniendo de ellos apoyo para su autovaloración y para el mantenimiento de sus rasgos de identidad.

De este modo, las relaciones sociales, además de convertirse en un recurso especialmente significativo en la dinámica social, adquieren una singular importancia en el fenómeno de las migraciones incluyendo, tanto la red social del país de acogida, como la del país de origen.

Así, una persona que se encuentra en un país desconocido puede obtener un alto rendimiento de sus redes de intercomunicación y ayuda mutua disponibles en ambos países (origen y acogida), puesto que ellas pueden aportarle desde criterios para la decisión de sus viajes y formas de organizarlos, hasta soluciones de emergencia para las primeras dificultades de su estancia; desde información sobre cómo encontrar casa y tratar a los nativos, hasta proporcionarles recursos materiales que cubran sus necesidades más básicas a la llegada; así como convertirse en contextos para el mutuo apoyo y la expansión personal.

Como se observa, las distintas funciones del apoyo social juegan un papel muy significativo por la multiplicidad y variedad de efectos directos e indirectos que puede tener sobre un sujeto, sobre su funcionamiento y finalmente sobre las condiciones de integración del inmigrante. Así, el apoyo social puede tener efectos sobre factores personales que de manera indirecta resultan relevantes en el funcionamiento del sujeto y sobre el proceso de integración, tales como la autoestima, el impacto emocional de los sucesos que le acontecen, la disponibilidad de información significativa, el estado de salud (tras las investigaciones de las dos últimas décadas se considera que la percepción del apoyo social está relacionada positivamente con la salud mental y física); sobre su ambiente, como puede ser la posibilidad de acceso a personas significativas en el ámbito laboral; así como directamente sobre la integración en aquellos casos en la que las redes sociales del sujeto proporcionen la cobertura de necesidades básicas (vivienda, alimentación...).

Por estos motivos el apoyo social, o capital social/relacional en palabras de algunos autores (Coleman, 1988; Osterman, 1980), se convierte en un medio para poder alcanzar mejores condiciones de integración. Así, las características estructu-

rales y funcionales de la red social del sujeto tendrán distintos efectos y relevancia a lo largo de las sucesivas etapas del proceso de integración del nuevo actor en la sociedad de acogida.

Para finalizar, un breve comentario sobre como está estructurado el contenido del libro. Se compone de tres capítulos, en cada uno de los cuales se presenta una revisión teórica de los tres conceptos objeto de estudio de éste trabajo: la integración, el apoyo social y la salud mental en el campo de la inmigración. El capítulo uno está dedicado al concepto de Integración, término comúnmente empleado para referirse al objetivo de las intervenciones con población inmigrante. Se aborda el tema de su conceptualización, reflejando la multiplicidad de significados atribuidos a un mismo concepto y la falta de un consenso que ayude a esclarecer lo que se pretende lograr cuando se vincula con la población inmigrante. En segundo lugar, se realiza una propuesta de conceptualización del término, considerando las distintas aportaciones y matizaciones señaladas en la literatura. En dicha propuesta se señala la multidimensionalidad del concepto y los distintos ámbitos que deben ser considerados al describir el modo en que están integrados los inmigrantes en un país. Por último, se realiza una revisión de los cinco grandes Modelos de Integración: Asimilación, Fusión, Pluralismo, Multiculturalismo e Interculturalismo, donde se exponen los rasgos característicos de cada uno de ellos y las borrosas fronteras existentes a menudo entre unos y otros.

El segundo capítulo del libro está dedicado al concepto de Apoyo Social en Población Inmigrante, señalando inicialmente la importancia de este factor y justificando de éste modo la importancia de su estudio. A continuación se ofrece una revisión de la definición del concepto de apoyo social y de los procesos de configuración de las redes en la población inmigrante. Se presentan también las dos perspectivas teóricas seguidas en el estudio del Apoyo Social: la perspectiva estructural y la funcional y se ofrecen los datos encontrados referidos tanto a las redes sociales de la población inmigrante como a la funcionalidad de las mismas. Finalmente, se analiza la relación existente entre el apoyo social y la salud, y se exponen los principales modelos en los que se plantea tanto la hipótesis del modelo del efecto directo del apoyo social sobre la salud, como del efecto “buffer” o amortiguador.

El tercer y último capítulo del libro está dedicado el tema de la Salud Mental en la población que nos ocupa. Se inicia el capítulo realizando unas consideraciones de partida que permiten aclarar la importancia del tema. A continuación se describen las distintas perspectivas teóricas existentes que tratan de explicar el porqué de los trastornos mentales en los inmigrantes. La tercera parte del capítulo responde a las indicaciones encontradas en la literatura, en las que se concluye que la inmigración no ha de ser considerado como factor causal de la aparición de sintomatología o trastornos mentales, sino más bien como una situación de riesgo para la salud que aumenta la vulnerabilidad del sujeto. Por ello, lo realmente interesante y que constituye lo que se presenta en esta parte del capítulo, resulta conocer cuáles son todos aquellos factores de riesgo asociados a la experiencia migratoria que pueden provocar un deterioro en la condición de salud (mental, en este caso) de los sujetos. Para finalizar se realiza una breve revisión de algunos de los principales trastornos identificados en la población inmigrante.

El objetivo de ésta revisión teórica es ofrecer información que pueda resultar de interés y utilidad para el desempeño de todos los profesionales que de manera más o

menos directa están implicados en el trabajo con la población inmigrante. Muchos de los datos aquí presentados son obtenidos de estudios realizados más allá de nuestras fronteras, en países con una mayor historia y tradición como países receptores de inmigrantes. La consideración de los resultados de dichos estudios nos permitirá aprovechar su experiencia de muchos más años en temas relacionados con la inmigración, de manera que las políticas e intervenciones que se desarrollen no repitan los errores ya por ellos cometidos y que, en definitiva, son producto de la inexperiencia ante una nueva realidad social y de la falta de información para afrontarla eficazmente.

Capítulo I

El concepto de integración en el fenómeno de las migraciones

1. SIGNIFICADOS DEL TÉRMINO “INTEGRACIÓN”

Actualmente estamos asistiendo a un auténtico “boom” del uso en Europa (y quizás abuso) de la propuesta de integración a la hora de abordar la “cuestión inmigrante”. Sin embargo, el estado de la formulación del concepto y su desarrollo teórico no es muy distinto al que hace ya 20 años autores como Cooley (1979: 13) señalaban, al afirmar que, “(...) respecto a la integración, la situación de la conceptualización, de la operacionalización y de la teoría respaldada por la investigación es considerada insatisfactoria”.

Así las definiciones dadas se centran en objetos de investigación distintos, tales como relaciones sociales, valores y prácticas culturales, individuos, instituciones... Al mismo tiempo, se considera que la mayoría de los investigadores no han sabido expresar claramente sus criterios ni especificar las operaciones necesarias para juzgar el grado de su realización. Este hecho ha imposibilitado la verificación de hipótesis con respecto a las causas o los efectos de cualquier género de integración. Eso explica la escasez de resultados empíricos sobre los que levantar una teoría.

En general, y como señala Gómez (2000: 8) “en la literatura especializada se plantea a menudo el concepto sin especificar su contenido, o bien se presenta un panorama enrevesado en el cual no es fácil distinguir entre definición de integración, en general, y tipos o modelos, en particular. Se aprecia una tendencia a identificar definiciones y tipos con modelos de integración confeccionados a partir de políticas de inmigración”.

Por otro lado, el término integración es un concepto que siempre ha ido acompañado de recelos y dudas, bien por lo que conlleva de “integrarse en” un sistema social que se critica y pone en cuestionamiento, bien porque la llamada integración se consideraba que, en el fondo era, un modelo de asimilación disfrazada, basada en la adopción de la cultura y modos de vida del país de inmigración por parte de los grupos minoritarios, con la forzada renuncia a las propias costumbres. Esta crítica, sin embargo, en Europa ya está superada, puesto que el término y la propuesta de integración ha sido mayoritariamente vista como antagónica a la asimilación (Malgesini & Giménez, 1997).

1.1. SEGÚN EL USO QUE SE REALICE DEL TÉRMINO

La revisión del concepto “integración” permite identificar dos usos del término que son repetidamente empleados en la literatura (De Giner et al., 1998):

A) Como término descriptivo explicativo

Uno de los desafíos permanentes de la teoría social ha sido explicar cómo y por qué se mantienen unidos los *elementos que conforman la sociedad*, siendo en este sentido con el que se ha utilizado en ciencias sociales el término integración. En general, las explicaciones más influyentes de la integración social se han construido a partir de la tesis de los *valores compartidos* por el conjunto de la comunidad o de la idea de la *interdependencia generada por la división del trabajo*.

Desde esta perspectiva, la palabra integración se ha usado como contraria a desintegración y el concepto al que remite es “el **grado de cohesión** o desorganización tanto de las relaciones sociales como de los valores y prácticas culturales en un contexto de aculturación o cambio social” (Pujada, 1993).

Con el propósito de identificar los *factores que mantienen cohesionados o unidos los distintos grupos que configuran una comunidad*, la tendencia inicial en sociología ha sido diferenciar tipos de integración en vez de hacer unidimensional el concepto al considerar que, como señala Landecker (1951), es conveniente en las primeras etapas de la explicación, determinar la relación recíproca de las diversas facetas de un fenómeno y descubrir así hasta qué punto está unificado. De este modo, tradicionalmente se ha considerado que la integración social analizada desde sistemas sociales más amplios, tales como ciudades, sociedades enteras y comunidades internacionales, se compone de la integración (Cooley, 1979):

- Normativa: Congruencia entre los patrones culturales y la conducta de las personas.
- Funcional: Grado en que hay interdependencia mutua entre las unidades de un sistema de división del trabajo.
- Comunicativa: Medida en que la red de comunicaciones impregna el sistema social.

Durkheim (1893) fue el gran pionero en el estudio de la integración social. En su teoría, distinguió dos tipos contrapuestos de integración a los que denominó “solidaridad mecánica” y “solidaridad orgánica”, que en realidad hace referencia a la integración normativa y funcional, respectivamente.

Para Durkheim la “solidaridad mecánica” es la integración de las partes mediante *valores y creencias comunes*. Estos valores y creencias constituyen en su opinión, una conciencia colectiva que permite a las personas y los grupos cooperar provechosamente. Al postular esta conciencia, Durkheim dio por supuestas, sin pruebas evidentes, tanto la congruencia de los patrones culturales como su efectiva interiorización en las personas.

En contraste con la solidaridad mecánica, Durkheim distinguió la “solidaridad orgánica”, que es la integración a través de la interdependencia: las partes del todo reciprocán sus servicios al modo como lo hacen las partes de un organismo.

Aunque Durkheim estaba interesado en la integración del sistema social, empleó dos elementos del sistema cultural —la magnitud del derecho represivo y la magnitud del derecho restitutivo— como índice de la importancia relativa de los dos tipos de integración.

Su teoría fue que un sistema cultural donde todas las personas actúan en él de un modo análogo, será aquel donde lo que predomina es un derecho represivo; frente a éste, un sistema donde lo que predomina son las diferencias recíprocas, será un sistema regido por derecho restitutivo.

Durkheim llegó a la conclusión de que la solidaridad orgánica se torna proporcionalmente más importante a medida que avanza la civilización, ya que el derecho restitutivo va creciendo al tiempo que decrece el derecho represivo.

Otro autor significativo en los trabajos sobre integración fue Parsons (1937; 1951; 1960). Un rasgo cardinal en sus trabajos ha sido el análisis de la **integración normativa**. Según su teoría, esta integración se logra cuando los elementos capitales del sistema cultural —los valores comunes de la sociedad— son institucionalizados en elementos estructurales del sistema social. La institucionalización de estos elementos se produce a tres niveles: normas generales, controles normativos y roles. Las normas generales en su aplicación son las que se aplican a categorías de personas, tales como hombres y mujeres. Menos generales son los controles normativos de colectividades, tales como empresas comerciales y escuelas. Finalmente, hay roles estructurados dentro de las colectividades, p. ej., madre, padre, maestro, discípulo. Existen sanciones en cada uno de los tres niveles, así como especificaciones en cuanto a la conducta correcta.

En la actualidad, esta integración propuesta por Parsons está desprestigiada, ya que hay pruebas de que la integración de los grandes sistemas no procede exclusivamente de la integración normativa de sus subsistemas (Shils & Janowitz, 1948). Además son pocos los intentos teóricos que ha habido de relacionarla con otros aspectos del sistema social, así como sobre los posibles efectos de los diversos niveles de la integración normativa sobre otros fenómenos. Por ello, las opiniones son tantas como sus autores. Muchos creen que un alto grado de integración es una “buena cosa”: que favorece la estabilidad social, da sentido a la vida y asegura la supervivencia del sistema. Otros son más escépticos, haciendo notar que la desviación respecto a las normas es a veces creadora y que un orden moral demasiado rígido puede conducir a una falta de adaptabilidad bajo circunstancias cambiantes.

Desde este tipo de conceptualizaciones, y visto no desde la perspectiva de la sociedad, sino de la del individuo que entra a formar parte de un grupo mayoritario, la integración sería considerada en el sentido en que lo hace Parsons como “el grado en que el individuo, al compartir con otros determinadas normas, valores y creencias experimenta un sentimiento de pertenencia al grupo” (véase Giner, Lamo de Espinosa & Torres, 1998: 386). Así, podríamos decir que el inmigrante está integrado cuando considera que pertenece al grupo, entendido aquí como el conjunto de la sociedad receptora. El problema que plantea este tipo de definiciones es que no tiene en cuenta el punto de vista de quien integra, la sociedad receptora, ya que ésta puede negarse a reconocer esa pertenencia.

La **integración funcional** hace referencia a la complementariedad de las actividades o funciones de los distintos elementos que configuran la sociedad como instrumentos para mantenerlos unidos. Sin embargo, ya desde los tiempos de Durkheim, la aclaración del concepto de integración funcional se ha visto enredada en las disputas que sobre el funcionalismo han surgido en antropología y sociología.

Si se supone, como han hecho algunos antropólogos, que las partes especializadas de la sociedad que sobreviven en el curso de la evolución realizan una contribución positiva al sistema social, entonces la integración funcional no es problemática. Existe por la naturaleza misma de los procesos de selección social. Como cada parte colabora al bienestar del todo, todas las partes se hacen entre sí aportaciones recíprocas. Sin embargo, la mayoría de los sociólogos no adoptan esta posición. Merton (1949) por ejemplo, sostiene que cada parte probablemente aporta al todo un saldo

neto de consecuencias funcionales; pero las consecuencias disfuncionales encubiertas por el saldo neto positivo, pueden truncar la relación entre determinadas partes en algo que diste mucho de ser beneficioso.

La integración funcional supone reciprocidad en las relaciones, lo cual exige algo así como un intercambio equitativo. Esta reciprocidad, expuesta en la tesis de Gouldner (1960), se articula como el mecanismo que permite asegurar el equilibrio (bien sea estático o dinámico) que para la mayoría de los escritores, caracteriza la situación de integración social.

De conformidad con la argumentación de Gouldner (1960), es lícito inferir que la integración funcional requiere la adhesión a esta norma de reciprocidad y de aquí que esté relacionada con la integración normativa, si es que no depende de ella, conclusión a la que igualmente se aproximó Parsons (1960).

Aunque hay una abundante bibliografía en torno al análisis funcional, poco es lo que se ha trabajado sobre el concepto de integración funcional y menos aún sobre sus relaciones con otras variables. Además las teorías acerca de los efectos de la integración funcional son escasas, y prácticamente inexistentes sobre los efectos de la integración funcional fuera de lo que se refiere a sus consecuencias económicas.

Entre los autores que se han interesado por la **integración comunicativa** están los sociólogos Wirth (1948) y Shils (1962) y el científico político Deutsch (1953).

Wirth muestra la importancia de los medios de comunicación de masas para lograr el consenso en las democracias modernas. Shils lleva esta idea más adelante, afirmando que gracias a los medios de comunicación de masas, el centro y la periferia de las sociedades modernas están más estrechamente ligados entre sí y al sistema valorativo e institucional central de la sociedad que lo estuvieron nunca en el pasado. El factor comunicativo se considera, pues, íntimamente asociado con el factor normativo.

Según Deutsch (1953) la formación de una “comunidad” por los habitantes de una nación depende del grado en que estén asimilados (es decir, que tengan una lengua común y una cultura común, con vistas a la fidelidad de la comunicación) y estén movilizados (esto es, que sean alcanzados por los medios de comunicación de masas y sean así capaces de participar en la construcción nacional).

Desde este análisis, el modelo de comunicación podría servir para conciliar los conceptos de integración normativa y funcional. Sin embargo, la dificultad estriba en que hay muchos indicios de que la comunicación por sí sola no basta para conseguir la integración social. Parece, pues, que la integración comunicativa quizá sea una condición necesaria, pero no suficiente, para la integración social.

Actualmente, los diversos especialistas no están muy de acuerdo en que el concepto de integración social sea subdividido en tres tipos —normativo, funcional y comunicativo—. De los tres, el concepto de integración normativa es el mejor definido, gracias en gran parte a la labor de Parson, pero ni siquiera él está suficiente claro. El concepto de integración funcional es rudimentario, ya que nadie está seguro de cuál es el estrato de la realidad que representa; se cree solamente que la división del trabajo es un fenómeno integrativo. En cuanto a la integración comunicativa, el significado del

concepto es perfectamente claro —la interconexión de todas las partes del sistema mediante los canales utilizables sobre los cuales afluyen mensajes comprensibles—, pero sigue en pie la cuestión de si esto, más que una especie de integración, no es un instrumento para conseguirla.

B) Como término normativo

En su acepción normativa, el término integración se ha aplicado al proceso (deseado o propuesto) de incorporación o inclusión social de las minorías étnicas y las comunidades de inmigrantes. Así, buena parte de las definiciones que se dan actualmente de “integración”, referida a los inmigrantes, se inscriben en el ámbito del *deber ser* más que del *ser*, es decir, no son fruto de una postura analítica frente a la realidad a la que se refieren. En estos casos, no se trata de ver cómo es y cómo se produce el fenómeno de hecho, sino que plantean una conceptualización ideal de la integración: identifican la integración con un tipo o **modelo** concreto, que se corresponde con aquello que consideran la situación óptima de los inmigrantes en el país de acogida.

En este tipo de definiciones, más que distintas formas de concebir la integración, lo que se encuentra son distintos matices en torno a las ideas de convivencia, tolerancia, respeto, reconocimiento de derechos entre personas o grupos de personas con culturas distintas, siendo éstas diferencias las que caracterizan los distintos modelos. En ocasiones, lo que contienen de manera más o menos explícita es una denuncia de las situaciones de desigualdad de la población inmigrante con respecto a la autóctona, y remiten a una serie de aspectos que corresponden a cuestiones básicas que caracterizan la posición social de individuos y grupos.

Es interesante observar que mientras en Europa Occidental esta acepción de la integración como un “deber ser” se ha convertido en eje de las políticas sociales de los gobiernos y en la acción de las entidades sociales y organizaciones no gubernamentales, en otros contextos como en Latinoamérica el término está desprestigiado y ha sido fuertemente criticado por asimilacionista tanto por algunos intelectuales de izquierda como por líderes de organizaciones indígenas y populares (Malgesini & Giménez, 1997).

El motivo de este hecho es el origen del término. En la literatura científica, el término integración aplicado a los inmigrantes parece haberse ido acuñando en contraposición al de asimilación. Inicialmente asimilación era un término general, con múltiples acepciones, referido al proceso de adaptación de los inmigrantes extranjeros y al manejo de las diferencias culturales (casi como lo podría ser actualmente el de integración). Así, Gordon (1964) distinguía diferentes modelos de “asimilación” en Estados Unidos, que coinciden con lo que hoy se consideran distintos modelos de integración:

- *anglo-conformity*, por el que los inmigrantes vivían según las prácticas del grupo anglosajón dominante,
- *melting-pot*, en el que todos los grupos juntaban sus características y producían una nueva amalgama,
- pluralismo cultural, donde la minoría conserva elementos de su cultura original, pero también adquiere muchos del país donde se encuentra;

-
- pluralismo estructural, la minoría se distingue porque sus miembros siguen asociándose y manteniendo fuertes relaciones, pero no es ya apenas distinguible por sus prácticas culturales.

Con el paso del tiempo, y tras quedar demostrado que las consecuencias de las políticas asimilacionistas se traducían a la hora de la verdad en subordinación y poco respeto por las identidades culturales distintas, para los investigadores sociales, el término asimilación ha resultado cargado de connotaciones negativas. Como señala Abad Márquez (1993: 53), la exigencia de la asimilación sirve de excusa para la exclusión del inmigrante: en tanto que no se asimila perfectamente (en la realidad prácticamente imposible), la culpa de su marginación recae sobre él, precisamente por no integrarse.

Esta insatisfacción, forzó la necesidad de formular una propuesta alternativa y opuesta al de la asimilación. Fue así como el término integración se fue configurando, y estableciendo como uno de sus fundamentos el respeto hacia las distintas culturas de los inmigrantes. Actualmente casi nadie defiende la asimilación en los ámbitos científicos y, en general, prácticamente ha dejado de utilizarse. Sin embargo en la calle el concepto de asimilación está muy vivo, aunque se le llame integración.

1.2. SEGÚN EL ENFOQUE UTILIZADO PARA SU ESTUDIO

La integración constituye el resultado de un proceso extraordinariamente complejo que se produce en las distintas dimensiones o esferas de la vida en sociedad de un individuo y que abarca factores psicológicos, sociológicos, políticos, culturales, etc. Su estudio puede, por tanto, realizarse desde distintas perspectivas según se privilegien unos factores sobre otros, y desde cada una de las cuales, la conceptualización del término variará, así como las maneras de analizarla, valorarla y promoverla.

Siguiendo la propuesta de Aparicio & Tornos (2000), son especialmente cuatro los enfoques relevantes en el estudio de la integración: jurídico-político, psicosocial, estructural-funcionalista y el interaccionista. Cada uno de ellos, encuadrados dentro de un marco teórico o empírico, tiene una manera particular de entender lo que es más central para que un inmigrante llegue a integrarse. No representan enfoques excluyentes, simplemente adoptan la perspectiva que les interesa. Al mismo tiempo, las áreas de conocimiento a que atienden son distintas en función de los objetivos del enfoque, así como los indicadores utilizados para constatar la consecución del objetivo.

El enfoque **jurídico-político** es el que predomina en los gobiernos de los países europeos. En ellos se supone que está bien integrado el individuo a quien se le reconocen sus derechos y hace uso de ellos activamente en la convivencia, dentro de un marco jurídico adecuado. Este sería el objetivo de las políticas de integración y por ello, para valorar el nivel de la integración, lo que aquí se explora es el ejercicio de estas relaciones jurídicamente regladas por parte de los inmigrados y la calidad del marco jurídico. Los conflictos que las políticas de integración deben solucionar son los derivados de las deficiencias de las leyes y de su puesta en práctica. Y las soluciones se alcanzarían remediando la inadaptación de las leyes (responsabilidad de los legisladores) y las deficiencias de su cumplimiento (responsabilidad de los inmigrantes y de los demás ciudadanos). En su uso empírico este enfoque debe extenderse a verificar

correctamente la frecuencia y modos del quebrantamiento de las leyes y a identificar lo que en éstas resulta inadecuado.

Desde este enfoque, una definición de integración sería la propuesta en el “Plan para la Integración de los Inmigrantes” aprobado para España en Consejo de Ministros el 2 de diciembre de 1994: “un largo proceso dirigido a conseguir la gradual incorporación y participación de los inmigrantes en la vida económica y social del país de acogida, en un clima de respeto y aceptación recíprocas”.

Sintetizando los puntos de vista de la filosofía social, la ciencia política y la sociología del derecho, se constata que las sociedades democráticas complejas no pueden funcionar bien (lo cual quiere decir, con un nivel aceptable de integración) sin el disfrute y ejercicio activo, por parte de los ciudadanos, de los derechos y obligaciones que les son comunes en el marco de un ordenamiento jurídico justo y adecuado. Si esto, desde el punto de vista político, es condición del buen funcionamiento de la sociedad, entonces las causas de la mala integración de los inmigrantes, en tanto que mal funcionamiento de la sociedad, habrían de buscarse analizando la calidad del marco jurídico que define los derechos y obligaciones de los inmigrantes, la aceptación por éstos y por sus interlocutores nativos de ese marco jurídico, el grado en que unos y otros hacen uso activo de los derechos y libertades que la ley establece, etc. Y esta búsqueda permitiría identificar las raíces de lo que puede estar pasando y poner remedio en las causas de lo que está pasando, sin fijarse sólo en hechos o fenómenos de superficie.

El enfoque **psicosocial** entiende la integración de los inmigrantes a partir del buen encaje psicológico de éstos en la sociedad de acogida. Según esto, estarían bien integrados aquellos inmigrantes que disfrutaban habitualmente de buen ajuste psíquico, tanto en sus relaciones sociales, como en la manera de experimentarse a sí mismo en los ambientes más comunes del país al que emigró.

El objeto de estudio de este enfoque son los mecanismos que desencadenan las frustraciones del inmigrante, prestando atención al tipo de factores psicológicos que influyen en un mal funcionamiento de la interacción social y que pueden generarlas (carencias afectivas, fracaso de expectativas, experiencias de rechazo ambiental o personal, etc.). Clave para resolver esos problemas son todos los recursos que pueden mejorar las relaciones humanas y ayudar a elaborar adecuadamente las frustraciones (tanto internas como externas). En su uso empírico el enfoque debe emplear para la evaluación instrumentos (o test) que midan las frustraciones y permitan diagnosticar sus distintas causas y los respectivos remedios.

El enfoque **estructural-funcionalista**, conforme a la concepción sociológica de Parsons en que se inspira, concibe como he señalado anteriormente, el sistema social como un todo articulado en tres subsistemas, el cultural, el económico y el de la personalidad. El funcionamiento de éstos tendería a regularse por sí solo funcionalmente, al favorecerse la auto-realización de las personas por la continua realimentación económica del medio social y por la estabilidad de éste culturalmente mantenida. Por otra parte, y desde un punto de vista individual, los tres sub-sistemas convergen en estructurar las relaciones interindividuales con arreglo a roles sociales (de profesión, de sexo, de edad...) por todos conocidos, y gracias a cuya existencia los individuos saben aproximadamente qué esperar unos de otros y cómo conducirse para obtenerlo.

Una sociedad estará entonces bien integrada cuando en ella “engranen” bien, unos con otros, los roles culturalmente reconocidos, aceptados y practicados. Gracias a ello será posible el buen funcionamiento del subsistema personalidad (auto-realización) y del subsistema económico (con la consiguiente oferta de los bienes necesarios para esa auto-realización). Por eso este enfoque, para valorar la integración de los inmigrantes se fija sobre todo en los roles desempeñados por éstos, en la manera como dichos roles engranan con los de los nativos y permiten la auto-realización de unos y otros y la prosperidad de la economía. Por tanto, el enfoque presta especial atención a los condicionamientos culturales de la adquisición de los roles y a la satisfacción obtenida mediante su desarrollo. Y en su uso empírico utiliza instrumentos que le permiten el análisis de los roles, y de los efectos económicos y psicológicos de su desempeño.

Así, se diría que un inmigrante está bien integrado si ha logrado ocupar un lugar social bien engranado en el funcionamiento de la sociedad de acogida, dominando los principales papeles que conforme a las costumbres aceptadas deberá desempeñar en esa situación a que llegó (Aparicio et al., 1999).

El enfoque **interaccionista** se parece al anterior por apoyarse en una teoría sociológica ampliamente reconocida y por la importancia que da a la estructuración de la conducta con arreglo a roles e intereses personales. Se diferencia en tres cosas:

- en la comprensión del sujeto social: el interaccionismo se opone frontalmente a la idea de un sujeto humano que se comporta como una especie de marioneta movida por los determinismos socio-culturales y económicos (lo que se ha llamado el *homo sociologicus*); frente a ello concibe al sujeto como a un ser creativo, que innova sobre la sociedad.
- en la comprensión de los roles: acepta la evidencia de su existencia y su importancia social, pero los concibe como un repertorio de esquemas de conducta que el sujeto maneja flexiblemente con arreglo al propio interés, entrando y saliendo de ellos o modificándolos sobre la marcha para así negociar su identidad (la valoración de sí mismo que en la interacción quiere conseguir).
- en la comprensión de los procesos sociales: rechaza la idea parsoniana de que ellos tienden siempre a reajustarse funcionalmente —es decir, de modo que resulten adecuados para rehacer constantemente el equilibrio de las sociedades; frente a ellos el interaccionismo comprende a los procesos sociales como reconstrucción constante de las condiciones de la convivencia a través de conflictos e innovaciones (en este sentido se ha dicho que la sociología de Parsons es una sociología para las sociedades estables y conservadoras, oponiendo a ella las sociologías que no consideran asocial la existencia de conflictos).

Desde esta perspectiva la integración de los inmigrantes consistiría ante todo en su buen manejo de las situaciones y en su capacitación para hacerse valer, pero no en la armonización de sus conductas conforme a los esquemas del país de acogida. Y para el análisis de el buen manejo de las situaciones, que se ha practicado y desarrollado en Estados Unidos mucho más que en Europa, las técnicas etnometodológicas son ahora las más utilizadas.

Los indicadores etiológicamente más explicativos de la integración serían los que revelan la capacidad de un sujeto o colectivo para el buen manejo de las situaciones en que conforme a sus proyectos necesita entrar. Es decir: la cantidad de información que posee sobre éstas, la destreza para negociar sus propósitos, el éxito que en ellas consigue, etc. Por supuesto, teniendo en cuenta las situaciones en que normalmente van a encontrarse los inmigrantes, como son las de búsqueda y realización de trabajos, localización y disfrute de vivienda, circulación por el entorno del barrio en el que residen, escolarización de sus hijos y acceso a la atención sanitaria.

Como se observa, el término integración goza de tantos significados como posiblemente autores lo han investigado. Sin embargo, esta multiplicidad de significados, lejos de resultar esclarecedora del fenómeno, conlleva gran confusión y, en el fondo, supone el empleo de conceptos muy distintos.

2. PROPUESTA DE CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO INTEGRACIÓN

Dada la multiplicidad de significados que se le asignan al concepto de integración, y la consiguiente ausencia de un referente conceptual exclusivo cuando de ello se habla, la primera necesidad que surge ante un trabajo cuyo objeto de estudio lo constituye la “integración”, es especificar y aclarar a qué nos estamos refiriendo.

La conceptualización planteada en este trabajo trata de ser además de sencilla, compiladora de las distintas dimensiones que abarca. Así el término integración aquí empleado será entendido como la “forma o condiciones en que los inmigrantes se incorporan y entran a formar parte de la sociedad de acogida”.

Algunos aspectos que se considera de importancia señalar con respecto a dicha definición son:

1. La integración es vista como un resultado, a lo cual alude la referencia a “formas o condiciones de incorporación”. El modo en que los inmigrantes residen en el país de acogida será el modo en que se han integrado.

2. La dimensión que interesa del fenómeno es la dimensión cualitativa. No resulta tan interesante la dimensión cuantitativa o de grados, como la forma que adopta la integración, o para ser más exactos, la posición o el papel que pasa a desempeñar el inmigrante en el conjunto de la sociedad.

El motivo de esta decisión es el considerar que la integración puede adoptar formas muy diversas, pero que cualquiera de ellas será una forma de integración. De este modo, y considerando la apreciación de Zehraoui (1994) quien señala frente a la lógica de la “exclusión-inclusión”, que se reduce a identificar integración con inserción o con asimilación, otra donde se tenga en cuenta que la “segregación” es también una forma de integración. Por este motivo, considero que la propia situación de exclusión social será una forma de estar incorporado en la sociedad, caracterizada por la falta de participación en la vida social, económica, del acceso a bienes sociales..., pero en definitiva, una forma de estar incorporado.

De este modo, cualquier inmigrante que llega a nuestro país se considerará que está integrado ya que, aunque de muy distintas maneras, estarán presentes en las actividades económicas, en las calles, los comercios, en los medios de comunicación, en las escuelas...es decir, habrán entrado a formar parte del todo. Por este motivo, lo realmente interesante será ver el “modo”, la “forma”, el “como” de su integración.

Si, por el contrario, nos centráramos en la dimensión cualitativa del fenómeno, nos encontraríamos con un gran problema difícil de solventar y que sería el referente a emplear para establecer un juicio sobre el grado de integración. Si nosotros afirmamos que tal colectivo de inmigrantes está poco integrado, supondría admitir que la sociedad madrileña en este caso, es una sociedad más o menos homogénea en cuanto a las condiciones socioeconómicas y de participación de sus miembros, y en función de una gran diferencia con respecto a este grupo, estableceríamos ese juicio sobre su integración. Lo que ocurre es que en realidad nuestras sociedades distan mucho de ser homogéneas, por lo que ante juicios como ese, sería muy válido el cuestionarse: poco integrados, pero ¿con respecto a quién?

3. Se considera que la forma en que se materializa la integración de los inmigrantes en la sociedad, se ve afectada tanto por las estrategias o cambios introducidos durante el proceso de incorporación por el propio sujeto como por el país de acogida, siendo ambos juzgados responsables del resultado final obtenido.

Como señala Pumares (1998), “la sociedad receptora tiene una responsabilidad que no se puede eludir, ya que su actuación tendrá una repercusión decisiva sobre cómo se van a incorporar los inmigrantes a dicha sociedad”. De este modo, el fenómeno de la integración de la población inmigrante no es algo que afecta exclusivamente al sujeto que llega a nuestro país, sino que también conlleva cambios que afectarán a la sociedad de acogida, en función del modo en que deseen integrar a estos colectivos.

Indudablemente, los cambios en la sociedad receptora no serán iguales o en el mismo sentido que en los inmigrantes, pero de lo que no cabe duda, es que el resultado, esto es la integración, será efecto de ambos.

Asumir esta corresponsabilidad supone, como indica Pumares (1998), replantearse la idea de que deben ser ellos (los inmigrantes) los que se adapten a la sociedad mayoritaria, puesto que no sería lógico que fuera al revés. Indudablemente los inmigrantes se encuentran en un entorno diferente al de su país de origen, lo que les fuerza a introducir cambios, a aprender las normas fundamentales de comportamiento vigentes, a aprender el idioma... Pero también la sociedad de acogida se encuentra con grupos de personas con culturas diferentes que antes no estaban, lo cual plantea la necesidad de una respuesta para manejar esa diversidad. Así, su actitud hacia los inmigrantes va a ser decisiva y condiciona que la incorporación de éstos a la sociedad se produzca de una manera o de otra.

4. La integración será considerado como un concepto *multidimensional*, dado que la incorporación y el formar parte de una sociedad implica gran cantidad de dimensiones.

Estas dimensiones son fundamentalmente de carácter legal y socioeconómico, pero siguiendo algunas de las facetas propuestas por Giménez (1993), podrían distin-

guirse hasta seis ámbitos que pueden o deben ser considerados al describir el modo en que están integrados los inmigrantes en un país:

- **“Jurídica o legal”**: hace referencia a la situación jurídica de permanencia del sujeto, dado que el encontrarse en situación de “irregularidad” imposibilitará la incorporación a la sociedad de acogida en igualdad de condiciones y oportunidades frente a la población autóctona.
- **“Laboral”**: condiciones en que se produce la incorporación del inmigrante en el ámbito laboral, siendo de importancia, los salarios, el puesto de trabajo, el grado de cualificación de los mismos, las horas de trabajo...
- **“Residencial”**: que comprende desde el no alojamiento, alojamientos en infraviviendas y guetos, hasta el derecho a los programas de vivienda social;
- **“Educativa”**: o inserción de los niños, jóvenes y adultos de origen extranjero en un sistema educativo.
- **“Sanitaria”**: o acceso al sistema médico.
- **“Relacional o convivencial”**: mediante el establecimiento de relaciones estables y normalizadas con autóctonos.
- **“Cultural”**: forma en que el sujeto maneja en la vida cotidiana sus diferencias culturales con respecto a las de la sociedad de acogida. Los resultados podrían ser muy variados. Incluiría tanto la posibilidad de que el sujeto se someta voluntariamente a un proceso de aculturación por pensar que así serán mejor aceptados por la sociedad de acogida, como posturas radicales de mantenimiento de sus propias costumbres y tradiciones en un intento de reafirmar su identidad, hasta posturas más intermedias en las que el sujeto trate de compaginar sus tradiciones culturales con la incorporación de otras de la sociedad de acogida que considere que resulten más útiles en la nueva sociedad.

5. A diferencia de lo que ocurre en otras muchas definiciones, en este caso se consideran cosas distintas “integración” y “modelos de integración”¹. Por modelo de integración se entenderá la forma en que los gobiernos consideran que se debe producir la incorporación de la población inmigrante a sus países y de cuya filosofía se derivan las distintas medidas o acciones articuladas.

La diferencia principal entre ambos conceptos radica en que una hace referencia al *ser* (integración) y la otra al *deber ser* (modelo de integración). La importancia de esta matización y diferenciación se debe al hecho de que sólo conociendo cual es la realidad podremos decidir si está es a la que aspiramos o si por el contrario dista de nuestro modelo ideal y por lo tanto, deberíamos iniciar acciones que nos permitieran acercarnos a él en cualquiera de las dimensiones deficitarias.

¹ Considerando la propuesta de Sierra Bravo (1984), el concepto “Modelo” será utilizado en el sentido de “ejemplar o prototipo”. Es una construcción racional que fundamentalmente se forma apriorísticamente a partir de otros conceptos y no directamente de la observación de la realidad.

De este modo, la conceptualización de integración adoptada permite en primer lugar, conocer la realidad, y en segundo lugar, poder denunciar aquellas situaciones de discriminación o desigualdad identificadas con respecto a la población autóctona.

6. El estudio de la integración desde diferentes disciplinas o perspectivas (sociológica, psicológica, política...) no implicaría distintas conceptualizaciones del término como ha sucedido a menudo en la investigación sobre el tema. La diferencia del objeto de estudio entre unas y otras haría referencia a los distintos factores o conjuntos de variables que podrían ser estudiados para explicar el porqué de una forma concreta de integración, es decir, harían referencia a las causas de la integración o a las estrategias de adaptación desarrolladas tanto por el individuo como por la sociedad.

7. La definición propuesta permite considerar el punto de vista de los dos actores implicados: el sujeto inmigrante y la sociedad de acogida. Partiendo de la condición de integración de un sujeto, podríamos compararla con:

- el modelo de integración del país, que define las condiciones en que debe producirse la incorporación de la población inmigrante para considerar que están integrados, y de este modo articular medidas sociales que permitan lograr la integración en las condiciones deseadas;
- el sentimiento de pertenencia o de formar parte de la nueva sociedad, del propio sujeto. De este modo, podríamos ver si la forma en que se ha producido su integración es la que le proporciona el sentimiento de haber entrado a formar parte de esa sociedad, o si por el contrario, tal forma de estar en ella, le hace sentirse un completo extraño y ajeno a la misma.

8. Por último, el considerar la integración como la “forma” en que pasan a formar parte de la sociedad de acogida los inmigrantes, permite analizar si esa posición coincide con la de algún grupo social autóctono o si por el contrario se genera una nueva posición específica para los inmigrantes.

A su vez, la comparación de la integración de un sujeto o de un colectivo en distintos periodos de tiempo, permitiría identificar si se está produciendo un estancamiento de éstos en un determinado nicho socioeconómico o si por el contrario se produce una movilidad socioeconómica ascendente, como sería de esperar.

3. LAS PROPUESTAS DE LOS DISTINTOS MODELOS DE INTEGRACIÓN

A lo largo de la historia han sido muy diversas las formas en que los poderes públicos y las élites dominantes, por un lado, y los propios grupos dominados por otra, han enfrentado la cuestión de cómo organizar una sociedad étnicamente diversificada. La diversidad de creencias y de símbolos, y más aún, la existencia de culturas dominantes y culturas dominadas o “de segunda”, suscita sin remedio sentimientos de injusticia y desinterés por las tareas colectivas, y esto, a su vez, dificulta el poder sentirse ciudadano y el supuesto vínculo de unión que debería conllevar.

La organización de sociedades constituidas por distintos grupos culturales, ha sido una cuestión que siempre ha preocupado y que nunca ha dejado a nadie indiferente. El motivo son los temidos efectos sociales y culturales que podrían tener la presencia de grupos de personas que se sienten, rechazadas por sus diferencias con respecto a los grupos mayoritarios y que se sienten, en desventaja frente a la población autóctona en las posibilidades que se les ofrece de llegar a adquirir una vida digna.

La coexistencia en una misma formación social de categorías, grupos, segmentos o capas de población con diferentes bagajes étnicos, raciales, lingüísticos, religiosos, etc., conlleva el planteamiento de cuestiones referidas tanto a la organización como a la vida social en las ciudades, tales como: ¿de qué manera interpretar la diversidad?, ¿hacia donde dirigir la futura sociedad, hacia la homogeneidad o no? ¿qué status otorgar a los grupos etnoculturalmente diferenciados?. De este modo se formulan distintas valoraciones y conceptos, así como propuestas de vías o modos de gestión social de esa realidad, que constituyen los distintos modelos de integración existentes actualmente.

Dado que no existe un consenso con respecto al concepto integración y sus características definitorias, las políticas sociales articuladas por los gobiernos en el campo de la inmigración, son muy variadas en función del modo de concebirla. Así, los distintos “Modelos de Integración” existentes responden -influidos por su tradición como país receptor de población inmigrante— a la manera en que los gobiernos tratan de conseguir la inclusión de las personas inmigrantes y sobre como manejar su presencia una vez en sus países. Actualmente se habla de cinco grandes modelos de integración, aunque las fronteras que separan a los distintos modelos, resultan en ocasiones poco consensuadas y sujetas al juicio de los autores. Estos modelos son: Asimilación, Fusión (melting-pot), Pluralismo, Multiculturalismo e Interculturalismo.

3.1. ASIMILACIÓN

El asimilacionismo constituye uno de los modelos o propuestas sociopolíticas que se dan en contextos pluriculturales. En el Diccionario de uso del español de María Moliner, la palabra asimilación “se aplica a la política de un país que persigue la asimilación a él de alguna minoría étnica o lingüística, de una colonia, etc.”

El término “asimilación” hace referencia a la conversión de los inmigrantes y sus hijos en individuos culturalmente semejantes a los nacionales del país en el que se incorporen. Este término describe el proceso a través del cual un conjunto pierde su identidad propia para fundirse en un “todo”, en una sociedad mayoritaria.

El término “aculturación” es sinónimo de asimilación, pero su acepción más corriente sirve para designar los procesos por los cuales los miembros de una categoría o de un grupo étnico adquieren las costumbres, las formas de pensar y otras características del conjunto de la sociedad. Este término designa esencialmente procesos culturales y se utiliza con menos frecuencia para evocar aspectos tales como las relaciones estructurales entre diferentes grupos o categorías étnicas (Asociación Navarra para la Formación y el Empleo, 1993).

Para Estados Unidos, el origen del modelo asimilacionista se ha situado a comienzos del siglo XX, y en relación con la afluencia de inmigrantes mediterráneos y eslavos, unos católicos y otros ortodoxos, de los cuales se suponía que iban a ser menos asimilables que los de origen anglo y protestante procedentes del norte de Europa (Banton, 1992). Asimismo pasó a ser sinónimo de americanización, del mismo modo que en la Gran Bretaña de los sesenta fue sinónimo de anglinización.

No obstante, no debe perderse de vista, que las prácticas del asimilacionismo son muy antiguas. Una muestra de ello son las políticas de homogeneización lingüística, cultural, cuando no religiosa, de los países europeos en el periodo de formación de los estado-nación.

Abercrombie et al. (1986) han señalado que este concepto se utilizó por primera vez en la investigación de las relaciones raciales en Estados Unidos para describir el proceso por el cual los grupos inmigrantes se integraban en la cultura blanca dominante.

El asimilacionismo constituye, por tanto, una propuesta de uniformización cultural: se propone y se supone que los grupos y minorías van a ir adoptando la lengua, los valores, las normas, las señas de identidad, de la cultura dominante, y en paralelo, van a ir abandonando su cultura propia. Así Banton (1992, 26) considera que “la asimilación puede ser vista como un tipo de cambio étnico en que la gente llega ser similar y contrasta con la diferenciación en el cual los grupos acentúan su distintividad”

La ideología y la propuesta asimilacionista consiste básicamente en dos elementos centrales:

- 1) el interés o convencimiento en la bondad, necesidad y posibilidad de la homogeneidad sociocultural, y
- 2) el supuesto de que una vez asimilado la minoría o los foráneos, vivirán sin discriminación en igualdad de condiciones que el mayoritario o el autóctono.

Utilizando la síntesis aportada por Blanco (1991: 4-5; 1992: 62-70), se pueden descomponer estos elementos en seis rasgos:

1. Homogeneidad o corriente principal (main stream) como punto de partida: como señala Blanco, en el asimilacionismo se parte de que “la sociedad receptora o dominante es culturalmente homogénea en la situación previa al contacto”. Esta consideración inicial es de gran importancia, puesto que si el partidario de la asimilación reconociera la diversidad interna de su país, se le plantearía un importante problema: ¿a cuál de las tradiciones o segmentos socioculturales deberían asimilarse?

Cuando la sociedad en cuestión es evidente y abrumadoramente diversa en lo racial, étnico, lingüístico y religioso, se pondrá énfasis en la main stream o en el carácter nacional, dando siempre por hecho que es bueno, necesario y posible, no sólo mantener sino consolidar ese tronco común definitorio de la nación.

2. La sociedad homogénea como meta: en la perspectiva asimilacionista, si las minorías van adquiriendo la lengua oficial, dominante o incluso propuesta como deseablemente única, así como los usos y costumbres mayoritarios, civilizatorios, superiores o

de futuro (según las formulaciones), el resultado de la interacción que se está produciendo será, en un periodo mayor o menor de tiempo, una sociedad homogénea, unida, claramente definida sobre una sola cultura nacional que a todos beneficia.

Así, el asimilacionismo es una propuesta de cambio cultural que va desde la homogeneidad a la homogeneidad, es decir, una filosofía social donde la diversidad es transitoria, un mal o problema coyuntural en la historia de un país.

Sin embargo, la historia y la etnografía muestran reiterada y contundentemente que, a pesar de casos de asimilación y procesos de difusión, convergencia y homogeneización, lo dominante es la reconfiguración constante de la diversidad humana, si no su ampliación e intensificación. Desde planteamientos asimilacionistas, no quiere tenerse en cuenta que, por la misma realidad cambiante y adaptativa de la cultura, la sociedad resultante de la interacción de segmentos socioculturales diferenciados no puede ser de hecho la misma, es ya algo distinto, algo “causado” por la influencia de las distintas entidades en contacto.

En la actualidad la mayoría de países son culturalmente diversos. Según estimaciones recientes, los 184 Estados independientes del mundo contienen más de 600 grupos de lenguas vivas y 5000 grupos étnicos. Son bien escasos los países cuyos ciudadanos comparten el mismo lenguaje o pertenecen al mismo grupo étnico-nacional (Laczko, 1994; Gurr, 1993; Nielsson, 1985). Suelen darse como ejemplos de países que son más o menos culturalmente homogéneos Islandia y las dos Coreas. (Kymlicka, 1996).

3. Unilateralidad en el proceso de cambio: el cambio social y cultural no es visto, como un proceso que afecta a todos, sino que desde ésta perspectiva, los únicos afectados por la reestructuración social son los segmentos subordinados. A ellos se les concede u ofrece, incluso apelando a la tolerancia y al progreso, oportunidades en cuanto a naturalización, derechos civiles, cursos de lengua, formación, etc., pero son “ellos” (indígenas, inmigrantes, refugiados..., en definitiva los subordinados) los que unilateralmente “tienen que” dar el paso hacia el otro, cambiar si quieren ser “iguales”.

Son ellos, y no la sociedad general, los que deben abandonar o no expresar sus culturas propias —al menos en el ámbito público según el esquema asimilacionista como el francés— para incorporar plenamente los de la sociedad dominante o receptora.

4. Integración cultural como integración global: En la promesa asimilacionista “si te acomodas, incorporas, asimilas, entonces (y sólo entonces) pasarás a formar parte de una sociedad de ciudadanos con iguales derechos, estarás plenamente integrado”.

Como señala Blanco (199: 4), “el proceso que da como resultado la asimilación de los grupos inmigrantes se percibe como un proceso globalizante, presuponiendo que la adopción de pautas culturales conlleva necesariamente la inclusión de estos grupos como ciudadanos de pleno derecho”

De esta afirmación se deriva que lo que subyace es una posición culturalista, al enfatizar o exagerar unilateralmente el peso de “lo cultural” sin incorporar “lo social”,

que exacerba las diferencias étnicas, lingüísticas, religiosas y, en general la distintividad de los grupos sociales sin prestar atención ni a las distinciones de clase, de género y de otro tipo, ni a las similitudes y situaciones comunes entre los diferentes segmentos socioculturales” (Giménez, 1996)

5. Desaparición de prejuicios y discriminaciones tras la asimilación efectiva: Este aspecto es un corolario del anterior. En el asimilacionismo se le da un valor casi total a la acomodación o igualación cultural por parte del que se asimila, en el sentido de que de ello se seguirá una ausencia de prejuicios y, por lo tanto, de discriminación.

Sin embargo, la historia de los procesos migratorios y de los resultados de los procesos migratorios, ha demostrado que esto es una falacia: un individuo puede plenamente adoptar la lengua, costumbres, vestimenta, religión, dieta... del grupo receptor o dominante, puede haber abandonado los usos de su cultura propia y cortado los vínculos con su comunidad y aún así no dejar de sufrir discriminación ya sea por su color o fisonomía, su origen, su acento, etc. Esta discriminación del asimilado no siempre ocurre, sino principalmente cuando se trata de personas racialmente diferenciadas, no ricas y no específicamente destacadas en una ocupación.

6. Naturalidad e inevitabilidad del proceso de asimilación: “La asimilación supone un resultado natural e inevitable del contacto interétnico o intercultural”. Así resume Blanco otro de los axiomas y supuestos de este modelo.

Como en tantas otras ideologías o propuestas sociopolíticas, se trata de hacer pasar por natural e inevitable lo que no es sino social e histórico. Los sucesivos resultados del contacto interétnico y de la coexistencia multicultural se deberá, entre otros factores, a las políticas de los estados y a las acciones de las mayorías y de las minorías.

La refutación más contundente de ésta afirmación proviene, sin embargo, de la realidad de los hechos. Si en el periodo de formación de los estados-nación hay casos —como el de Francia— en los que las políticas de homogeneización y creación de una identidad nacional tuvieron un efecto notable, lo cierto es que contemporáneamente los intentos asimilacionistas llevados a cabo en diferentes contextos geopolíticos y culturales (Estados Unidos —antes del *melting pot*—, Guatemala y otros países latinoamericanos desde el siglo XIX, la Francia de la inmigración, etc.) no han supuesto ni la desaparición de las minorías autóctonas ni evitado la formación de nuevas minorías étnicas de origen foráneo.

De hecho, las reacciones ante este modelo dieron como resultado opciones distintas a las previstas y se empezó a hablar de marginación y aculturación, y de minorías étnicas, en las que la cultura de origen juega un papel fundamental para mantener cohesionada a la comunidad, conservar sus costumbres, tener su propia organización social y, en ocasiones, convertirse en un grupo de presión.

Actualmente casi nadie defiende la asimilación en los ámbitos científicos y, en general, prácticamente ha dejado de utilizarse, pero en la calle el concepto de asimilación está muy vivo, aunque se le llame integración.

3.2. FUSIÓN O MELTING-POT

En la obra de Gordon (1964) el *melting-pot* apareció como uno de los tres modelos de integración en los Estados Unidos, diferente de la *anglo-conformity* (asimilación de la cultura anglosajona mayoritaria) y del pluralismo. La fusión cultural era considerada en esa obra otro de los modelos con los que se ha abordado la problemática de la integración social en sociedades intensamente diversificadas en lo relativo a culturas, razas, lenguas y religiones.

Para ubicar histórica y analíticamente este modelo, es importante señalar dos aspectos:

- 1) la tipología de Gordon apareció en los años de mayor crítica al asimilacionismo y, en correspondencia con ello, de propuesta y defensa del pluralismo
- 2) a diferencia de otras propuestas —desde el apartheid y el asimilacionismo, al pluralismo cultural— la fusión cultural no ha alcanzado un grado importante de sistematización o exposición doctrinal remitiéndose no tanto a una filosofía social sino al mito nacional estadounidense del crisol de razas y culturas o *melting pot*.

El núcleo argumental de la fusión, o del modelo de crisol, se encuentra en la idea de que la cultura nacional o la identidad cultural de un determinado país o entidad debe configurarse a partir de las contribuciones de todos los sectores o segmentos en él representados o a él incorporados.

Más allá de Estados Unidos donde surgió este modelo parece tener sentido, en todo caso, en relación a los países más nuevos o países formados contemporáneamente a partir de la colonización y la emigración (“países abiertos”, en la terminología de Catani) como pueden ser Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Argentina. En los “países cerrados” —como por ejemplo los europeos— la cultura nacional ya está mucho más hecha y los nativos son mayoría demográfica y sociopolítica, sintiéndose los auténticos representantes frente a los inmigrantes recién llegados.

El origen de la expresión *melting pot* se encuentra en la obra homónima “The Melting Pot Drama in four acts”, del escritor Israel Zangwill, estrenada en 1908. Sin embargo, esta concepción de Estados Unidos como tierra de acogida donde todo el mundo tiene su cabida y esa valoración positiva de la mezcla de (determinadas) razas y culturas es muy anterior a la obra de Zangwill.

Aunque en la tipología de Gordon señalada anteriormente la fusión cultural aparece como fórmula con entidad propia, para algunos no es más que una variante del asimilacionismo. En la comparación realizada por Giménez (1996), entre asimilacionismo y fusión, se destacan dos similitudes. Tanto en uno como en otro modelo:

- Las poblaciones participantes pierden o ven radicalmente transformadas sus culturas de origen, produciéndose en ambas una operación de resta o sustracción cultural”
- “El resultado final es una (pretendida) sociedad homogénea; asimilación y fusión son, por lo tanto, procesos de cambio sociocultural que van de lo heterogéneo a

lo homogéneo, con independencia de que éste resultado homogéneo sea en un caso algo ya preexistente y en el otro algo ex novo”

Ambas similitudes —la pérdida de cultura y la homogeneización sociocultural— están a la base, por un lado, de la identificación frecuente del modelo de fusión con el del asimilacionismo y, por otro lado, del rechazo del modelo de fusión desde las posiciones del pluralismo cultural.

Como reconoce este mismo autor en su obra (Gimenez, 1996) existen también notables diferencias entre asimilacionismo y melting pot. El proceso de fusión “afecta a todos los segmentos socioculturales implicados, sean éstos mayoritarios o minoritarios”. De esta forma “la responsabilidad de la integración no recae unilateralmente en los foráneos y recién llegados, sino también en la sociedad y estados receptores. La integración es así producto del esfuerzo de todos”

En segundo lugar, en el modelo de fusión “se reconoce la aportación de las poblaciones participantes pues el producto es resultado de todas las contribuciones”. Este aspecto debería ser incluido en cualquier propuesta sobre integración de los inmigrantes pues el reconocimiento de la aportación demográfica, laboral, fiscal, cultural, etc, de la inmigración no sólo motiva favorablemente a los inmigrantes a participar en la vida social y redundante en el establecimiento de una buena acogida, sino que es algo capital para la sensibilización hacia la tolerancia y el respeto por parte de la población autóctona.

Hoy ya prácticamente nadie propone el melting pot como filosofía social, como ideología o como política de gestión u organización de la diversidad cultural interna. El mito que quiso ser modelo fracasó, en primero lugar, porque en Estados Unidos no se ha dado la mezcla prevista de las poblaciones de origen europeo y porque las otras comunidades étnicas inmigrantes (asiáticos, latinos y árabes) asentados en Estados Unidos, no se han “fundido” en absoluto o no lo han hecho de la misma manera o con la misma intensidad que los colectivos europeos (Blanco, 1990). Herber (1955) señaló que lo que se había producido más bien era un triple melting pot: la “América” católica, la judía y la protestante.

Distintas críticas se han añadido a ese fracaso de hecho. Al melting pot se le achaca, como al asimilacionismo, el conllevar un abandono o pérdida de la cultura propia. Desde esa ideología, para que surja una identidad nacional fuerte parece necesario sacrificar las singularidades y las especificidades.

Finalmente, se ha puesto en evidencia la ambigüedad subyacente y el carácter equívoco del término melting pot. Por una parte, no es tanto una propuesta cultural como racial. Como ha dicho Kymlicka (1996) “este término alude fundamentalmente a la fusión biológica de diversos grupos étnicos (blancos) a través de matrimonios mixtos, más que a la fusión de sus prácticas culturales”.

3.3. PLURALISMO CULTURAL

El concepto pluralismo es una noción que sirve para todo y que se usa con significados muy distintos. Es una palabra de moda y por eso se ha convertido en una

palabra trivializada de la que se abusa. Los distintos usos que de él se realizan llegan a ser diametralmente opuestos, hasta el punto de que lo que algunos autores consideran el origen del concepto, otros lo consideran como algo totalmente vacío de cualquier contenido holísticamente pluralista.

La formulación con que hoy día se maneja el modelo o ideología del pluralismo cultural surgió principalmente en Europa y Estados Unidos. En su génesis influyeron numerosos aspectos entre los cuales podrían destacarse:

- 1) los fracasos de los modelos asimilacionistas y de melting-pot
- 2) la conciencia de lo que podría llamarse, persistencia étnica

El pluralismo cultural es aquella ideología o modelo de organización social que afirma la posibilidad de convivir armoniosamente en sociedades, grupos o comunidades étnica, cultural, religiosa o lingüísticamente diferentes. Pero, no por ello debe considerarse que pluralismo es ser plurales. Desde el punto de vista de la configuración social, el pluralismo constituye un tipo específico de estructura social, por lo que no debe confundirse con cualquier diferenciación social. El pluralismo, en palabras de Sartori (2001), postula una sociedad de “asociaciones múltiples”, caracterizadas, en primer lugar, por poseer un carácter voluntario, y en segundo lugar, no exclusivas, abiertas a afiliaciones múltiples. Por tanto, una sociedad multigrupos es pluralista si los grupos en cuestión no tienen líneas de división que se cortan. La ausencia de estas líneas divisorias es un criterio que permite excluir del pluralismo a todas las sociedades cuya articulación se basa en tribus, razas, castas, religión y cualquier tipo de grupo tradicionalista.

En otros modelos de tratamiento de la diversidad sociocultural, como el asimilacionismo o la fusión, la pérdida de cultura aparece como un prerrequisito. A diferencia de ellos, el pluralismo cultural valora positivamente la diversidad sociocultural y toma como punto de partida que ningún grupo tiene porqué perder su cultura o identidad propia ni por adquisición de la cultura dominante y abandono de la original (modelo asimilacionista) ni por surgimiento de una nueva cultura integradora de los aportes de las preexistentes (modelo de fusión). Como ha planteado Kottak (1994), la asimilación es evitable y puede haber armonía étnica sin ella. De hecho, las distinciones étnicas persisten a pesar de generaciones de contacto interétnico.

La tolerancia constituye su rasgo definitorio para la convivencia. Sin embargo, ante el dilema planteado de hasta dónde se debe tolerar, los pluralistas como Sartori (2001: 42-43) consideran que el tolerar no es algo ilimitado. Admiten que carece de límites fijos y preestablecidos, pero consideran que sí pueden establecerse tres criterios que marcan su elasticidad: “El primero es que siempre debemos proporcionar razones de aquello que consideremos intolerables. El segundo implica el principio de “no hacer mal”, de no dañar. Es decir que no estamos obligados a tolerar comportamientos que nos infligen daño o perjuicio. Y el tercer criterio es la reciprocidad: al ser tolerantes con los demás esperamos, a nuestra vez, ser tolerados por ellos”. Por este motivo, algunos autores opinan que hablar del reconocimiento de las minorías como hacen los multiculturalistas carece de sentido, al considerar que el pluriculturalismo conlleva de por sí un reconocimiento recíproco de todas las culturas, y además por la supuesta superioridad de culturas que subyace al planteamiento.

Desde el modelo del pluralismo cultural la variedad y no la uniformidad, el discrepar y no la unanimidad, el cambiar y no el inmovilismo, son “cosas buenas” (Satori, 2001). Se considera la diversidad cultural como algo deseable y respetable, sin embargo no está obligado a fabricarla. Se fomenta la práctica de las tradiciones etno-culturales, se buscan vías para que la gente se entienda e interactúe —vías que no se basen en la similitud, sino en el respeto a las diferencias— se hace hincapié en la interacción de los grupos étnicos y en su contribución al país; se asume, en definitiva, que cada grupo tiene algo que ofrecer y que aprender de los otros.

3.4. MULTICULTURALIDAD

El multiculturalismo se ubica dentro de la filosofía antiasimilacionista del pluralismo cultural. Para muchos autores ambos términos se refieren a lo mismo, denotan un mismo modelo, aunque aún en esto también hay desacuerdo, puesto que autores como Sartori (2001), llegan a considerarlo como “la negación misma del pluralismo”.

Dentro del paradigma pluralista, el multiculturalismo surgió como un modelo de política pública ante el gran reto de las sociedades modernas de hacer frente cada vez más a grupos minoritarios que exigen el reconocimiento de su identidad y la acomodación de sus diferencias culturales y como una filosofía o pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de la globalización. En palabras de Jary & Jary (1991: 412) “en oposición a la tendencia presente en las sociedades modernas hacia la unificación y la universalización cultural, el multiculturalismo celebra y pretende proteger la variedad cultural... al tiempo que se centra sobre las frecuentes relaciones de desigualdad de la minorías respecto a las culturas mayoritarias”.

En la génesis y expansión del multiculturalismo fueron especialmente influyentes las líneas seguidas en Norteamérica y en algunos países de Europa Occidental, particularmente el Reino Unido.

Aunque actualmente continúa sin existir una definición común sobre lo que debería ser una sociedad multicultural, se puede apreciar un punto de consenso en la definición de las sociedades multiculturales como aquellas que ofrecen una estructura dual: un dominio público en el que se debe respetar la igualdad de todos los individuos y grupos que conviven en un mismo territorio, y un dominio privado en el que la norma principal es el respeto a la diversidad y la unicidad de cada individuo o grupo (Kymlicka, 1996; Rex, 1999). De igual modo, se aceptan como principios básicos del multiculturalismo:

- Respeto y asunción de todas las culturas.
- Derecho a la diferencia.
- Organización de la sociedad de tal forma que exista igualdad de oportunidades y de trato y posibilidades reales de participación en la vida pública y social para todas las personas y grupos con independencia de su identidad cultural, étnica, religiosa o lingüística.

El multiculturalismo es tanto una situación de hecho como una propuesta de organización social. Lamo de Espinosa (1995, 18) define así ambos aspectos: “entiendo por multiculturalismo (como hecho) la convivencia en un mismo espacio social de personas

identificadas con culturas variadas, y entiendo también por multiculturalismo (como proyecto político) el respeto a las identidades culturales, no como reforzamiento de su etnocentrismo, sino al contrario, como camino más allá de la mera coexistencia, hacia la convivencia, la fertilización cruzada y el mestizaje”.

Aunque estos principios se asumen en muy distintos países que declaran ser partidarios del pluralismo cultural y del multiculturalismo, lo cierto es que en cada país se dan versiones muy específicas de estos conceptos, e incluso bajo la etiqueta del multiculturalismo se han desarrollado propuestas sociales contrapuestas, de ahí que las generalizaciones sobre los objetivos o las consecuencias del multiculturalismo pueden ser bastante equívocas. Como señala Vertocec (1996), el multiculturalismo es un concepto que, a partir de los años setenta, se ha incorporado al discurso de muchas disciplinas y que ha sido utilizado por muy distintos actores sociales: educadores, políticos, asistentes sociales, etc.

Uno de los factores que provocan la confusión y las diferentes versiones del término multicultural, proviene según señala Kymlicka, de la ambigüedad por las distintas conceptualizaciones del término cultural. Así el término “multicultural” hace referencia a distintos significados según el país en el que nos encontremos y según el significado que le atribuyan al término cultura.

Por “cultura” podría entenderse el conjunto de pautas de pensamiento y de conducta que dirigen y organizan las actividades y producciones materiales y mentales de un pueblo, en su intento de adaptar el medio en que vive a sus necesidades, y que puede diferenciarlo de cualquier otro. La cultura incluye, por tanto, repertorios de conducta, regulados por repertorios de normas y sustentados por un conjunto de valores que los legitiman y hacen comprensibles, pero también un conjunto de prácticas legitimadas e institucionalizadas, siendo la religión el mecanismo usual de legitimación (Lamo de Espinosa, 1995).

Así, por ejemplo, en Estados Unidos, el término multicultural engloba una extensa gama de grupos sociales no étnicos que, por diversas razones, han sido excluidos o marginados del núcleo mayoritario (discapacitados, gays, lesbianas...). Esta concepción amplia de multiculturalidad es recogida por distintos autores (Escoffier, 1991; Israel, 1995)

Por otro lado, si conceptualizamos “cultura” no como “las costumbres” o la “civilización” de un grupo o un pueblo, sino, siguiendo la propuesta de Kymlicka (1996: 36) como “sinónimo de nación o pueblo; es decir, como una comunidad intergeneracional, más o menos completa institucionalmente, que ocupa un territorio o una patria determinada y comparte un lenguaje y una historia específicas”, un Estado será multicultural “bien si sus miembros pertenecen a diferentes naciones (un Estado multinacional), bien si éstos han emigrado de diversas naciones (un Estado poliétnico).

Es en esta conceptualización donde se aprecia la ambigüedad del término multicultural, al no permitir diferenciar entre las distintas formas mediante las cuales las minorías se incorporan a las comunidades políticas.

Kymlicka (1986) distingue dos modelos amplios de diversidad cultural. “En el primer caso, la diversidad cultural surge de la incorporación de culturas, que previa-

mente disfrutaban de autogobierno y estaban territorialmente concentradas a un Estado Mayor (...) En el segundo caso, la diversidad cultural surge de la inmigración individual y familiar”. A estos dos modelos, los denomina respectivamente minorías nacionales y grupos étnicos.

En su análisis de los estados multinacionales y poliétnicos, Kymlicka trata de mostrar como mientras las minorías nacionales desean “seguir siendo sociedades distintas respecto de la cultura mayoritaria de la que forman parte”, los grupos étnicos formados a partir de la inmigración “lo que desean es integrarse en la sociedad de la que forman parte, que se les acepte como miembros de pleno derecho de la misma”.

Esta diferencia se traduce en el distinto programa de cada uno de esos modelos, pues mientras las minorías nacionales exigen “diversas formas de autonomía o autogobierno para asegurar su supervivencia como sociedades distintas”, los grupos étnicos inmigrados, “si bien a menudo pretenden obtener un mayor reconocimiento de su identidad étnica, su objetivo no es convertirse en una nación separada y autogobernada paralela a la sociedad de la que forman parte, sino modificar las instituciones y las leyes de dicha sociedad para que sea mas permeable a las diferencias culturales”.

Desde el multiculturalismo se defienden los derechos de los distintos grupos étnicos y se estimula que mantengan diversos aspectos de su herencia étnica, permitiendo que manifiesten su especificidad fundamentalmente en su vida familiar y en las asociaciones voluntarias, algo que no resulta contradictorio con su integración institucional. Tales grupos participan en las instituciones públicas de la(s) cultura(s) dominante(s) y se expresan en la(s) lengua(s) dominante(s).

El multiculturalismo representa una concepción liberal de los derechos de las minorías en palabras de Kymlicka al definir la pertenencia nacional en términos de integración en una comunidad cultural y no en los ancestros como sucede en algunos países (Alemania y Sudáfrica, por ejemplo): “En principio, la pertenencia nacional debería estar abierta a todos aquellos que, independientemente de su raza o su color, estén dispuestos a aprender la lengua y la historia de la sociedad y a participar en sus instituciones políticas y sociales”.

El “desafío del multiculturalismo” consiste en acomodar las diferencias nacionales y étnicas de una manera estable y moralmente defendible (Gutman, 1993). Para ello, además de proteger los derechos civiles y políticos de los individuos (permitiendo la libertad de asociación, de culto, de expresión, de libre circulación y de organización política), se ha optado en muchos países por lo que Young (1989) denomina “ciudadanía diferenciada” dotando a los miembros de determinadas comunidades de derechos específicos como grupo. Al menos existen tres formas de derechos específicos en función de la pertenencia grupal:

1) Los derechos de autogobierno: en la mayoría de los estados multinacionales las naciones que los componen se muestran proclives a reivindicar algún tipo de autonomía política o jurisdicción territorial, para asegurarse así el pleno y libre desarrollo de sus culturas y los mejores intereses de sus gentes. En el caso más extremo, las naciones pueden desear la secesión, si consideran que la autodeterminación es imposible dentro del Estado al que pertenecen.

2) *Derechos políétnicos*: en palabras de Kymlicka “estas medidas específicas en función del grupo de pertenencia, tienen como objetivo ayudar a los grupos étnicos a que expresen su particularidad y su orgullo cultural sin que ello obstaculice su éxito en las instituciones económicas y políticas de la sociedad dominante(...).

Para este autor, estas minorías geográficamente dispersas no pretenden formas específicas de autogobierno, como las que reclaman las minorías nacionales, sino una serie de transformaciones en las instituciones y en la legislación de los países de acogida que les permitan participar en la sociedad en la que viven en términos de igualdad con la población autóctona.

3) *Derechos especiales de representación*: con el objetivo de lograr una mayor representación de la diversidad de la población en los procesos políticos, en especial de los grupos históricamente más desfavorecidos, se considera conveniente eliminar las barreras que inhiben a miembros de minorías étnicas y raciales, mujeres, pobres, discapacitados, etcétera, a convertirse en candidatos o dirigentes del partido, y adoptar algunas forma de representación proporcional.

El reconocimiento de los derechos de las minorías étnicas estaría justificado por tres motivos (Gatugu, 2001):

- a) La necesidad de identidad: se puede definir como “alguna cosa que se asemeja a la imagen que las personas tienen de sí mismos y las características que los definen co-mo seres humanos (Taylor, 1994). Se deduce que las minorías socioculturales buscan ante todo el respeto a su singularidad, a su “diferencia” y la afirmación de la pluralidad.
- b) La necesidad de existencia: se puede definir como “la necesidad de sentir que se existe a los ojos de los demás (Lipianski, 1990). Esto implica la necesidad de gozar de una cierta presencia social, de ser valorado y escuchado (Lipianski, 1990), lo que supone poder salir de la oscuridad, del anonimato, de la inferioridad, de la minoría, y equivale, por tanto, a obtener derechos, especialmente el de estar presente sin tener que esconderse (Roman, 1995), el de participar en las decisiones que conciernen a la colectividad, el de adquirir los medios para conseguir una situación decente.
- c) La necesidad de valorización: una identidad a la que no se reconoce o de la que no se percibe adecuadamente su valor corre el riesgo en un plano ontológico de la alienación cultural, del autodesprecio y/o de sus consecuentes traumas, “una persona o un grupo de personas pueden sufrir un daño o una deformación real si las personas o la sociedad que los rodean les devuelven una imagen limitada, degradante o menospreciable de sí mismos” (Taylor, 1994)

Sin embargo, el reconocimiento de estos derechos, plantea de manera inmediata la pregunta de si toda diferencia merece el reconocimiento. Aunque la respuesta a esta cuestión es en principio negativa, debe añadirse que una diferencia cualitativa que se refiera a valores reconocidos, apreciados, compartidos con otros, tiene derecho de reconocimiento incluso aunque, evidentemente, la tolerancia y la benevolencia tengan sus límites (Taylor, 1994).

Por otro lado, desde la perspectiva liberal de los multiculturalistas, el reconocimiento de estos derechos diferenciales en función de la pertenencia a determinados grupos (“ciudadanía multicultural” en palabras de Kymlicka) resulta contradictorio con el concepto de ciudadanía (condición en la que el disfrute de un conjunto de derechos y deberes va asociado a ser miembro de una comunidad política, de un Estado y, en consecuencia, a tener una determinada nacionalidad) y obstaculizador del efecto integrador que resulta de tratar a las personas como individuos con iguales derechos ante la ley. De ahí que se insista en que “la organización de la sociedad basada en los derechos o las reivindicaciones que se derivan de la pertenencia grupal es diametralmente opuesta al concepto de sociedad basado en la ciudadanía” (Porter, 1987: 128).

Esta supuesta relación entre ciudadanía e integración se encuentra descrita en la teoría de Marshall (1965) —uno de los teóricos de la ciudadanía más influyentes de la posguerra— sobre la función integradora de los derechos de ciudadanía.

Basándose en la experiencia de la clase obrera inglesa, cuya integración en la cultura nacional se vio promovida mediante la inclusión de “derechos sociales” universales en la educación, la sanidad y los programas de seguridad social, Marshall, consideró que la igualdad de derechos de los ciudadanos ayudaría a promover la integración nacional de los grupos anteriormente excluidos, ya que estos derechos generarían “un inequívoco sentimiento de pertenencia a la comunidad basado en la lealtad a una civilización que es un patrimonio común”. (Marshall, 1965: 101-102; véase Parry, 1991: 167).

Sin embargo, actualmente se considera que la teoría de Marshall resulta insuficiente cuando se aplica a grupos cuya exclusión de la cultura nacional se produce por su identidad sociocultural (inmigrantes, mujeres, negros, gays...), y no exclusivamente por su estatus socioeconómico. Por consiguiente, proporcionarles prestaciones materiales no asegurará necesariamente su integración en una cultura común, ni tampoco desarrollará un sentimiento de lealtad compartida con una civilización común.

El temor de algunas personas a que los derechos poliétnicos impidan la integración de los inmigrantes, al crearles una situación a medio camino entre su antigua nación y la ciudadanía en la nueva, en la práctica parecen estar infundadas. Hasta la fecha la experiencia indica que la primera —y la segunda— generación de inmigrantes que se enorgullecen de su herencia se encuentran también entre los ciudadanos más patriotas de sus nuevos países (Whitaker, 1992: 255).

Por todo ello, desde el punto de vista multicultural se defiende el reconocimiento de derechos diferenciados en función del grupo si la comunidad los acepta y si experimenta el “inequívoco sentimiento de pertenencia basado en la lealtad a una civilización que es un patrimonio común” que para Marshall era la base de la ciudadanía.

Por otro lado, el reconocimiento de derechos específicos para las minorías, también plantea serios problemas en un intento de compaginarlos con los principios liberales de libertad individual y autonomía personal. Estos dos principios, imponen limitaciones con respecto:

- 1) A las restricciones de las libertades políticas o civiles de algunos de sus miembros dentro del grupo minoritario.

-
- 2) Derechos que permitan que un grupo explote u oprima a otro grupo, como en el caso del apartheid y que violen el principio liberal de igualdad entre los grupos minoritarios y mayoritarios.

Se plantea en estas ocasiones el dilema de si debe apelarse a la defensa de los derechos individuales para actuar sobre estas minorías e imponerles los principios liberales, aún sabiendo que esto supondría un choque con la ideología de respetar los derechos y tradiciones culturales de los grupos minoritarios. Es decir, el fomento de los principios liberales de libertad individual y autonomía personal parece conllevar un sentimiento de intolerancia contra los grupos iliberales.

Las posturas adoptadas por los distintos autores responden en función de cual sea el principio que consideren definitorio de la ideología liberal: la tolerancia o la autonomía individual.

Los autores que dan prioridad a la tolerancia consideran que ésta no solo exige que se deje en paz a los grupos no liberales, sino también que el Estado no les preste ningún tipo de ayuda, mediante la financiación pública de las escuelas, los derechos lingüísticos, el poder de veto o el nuevo trazado de las fronteras políticas (Kukathas, 1992a, 1992b).

En palabras de Kymlicka, “es un enfoque de “vive y deja vivir”, donde la tolerancia liberal permite algunas restricciones internas, pero no las protecciones externas”.

Sin embargo, esta alternativa choca con la perspectiva de otros autores liberales quienes consideran que “lo que distingue a la tolerancia liberal es precisamente su compromiso con la autonomía; es decir, la idea de que los individuos deberían tener libertad para valorar y potencialmente, revisar sus fines actuales (Mendus, 1989, pag. 56). Consideran que las restricciones internas resultan insuficientes al proteger los fines constitutivos de sus miembros mediante la restricción de determinados derechos individuales (por ejemplo Kukathas, 1992; McDonald, 1991b; Karmis, 1993; Mason, 1993).

Kymlicka (1996) señala como caso diferencial para la imposición del liberalismo, el de los grupos de inmigrantes recién llegados a un país, al considerar que estaría justificada la imposición de la ideología liberal. El argumento por el cual justifica esta acción es el considerar que los inmigrantes son conscientes antes de venir de que la inmigración conlleva aceptar la legitimidad de que los estados hagan respetar los principios liberales, y pese a todo eligen voluntariamente venir.

Otro de los desafíos del multiculturalismo, que permanece aún sin aclarar es la cuestión de cómo mantener la unidad social y la estabilidad en países multiculturales.

Unas de las respuestas que han sido dadas es que la unidad social depende de los “valores compartidos”. Esta idea es compartida por muchos pensadores liberales actuales. Por ejemplo, Rawls afirma que lo que une a las sociedades modernas es una concepción de justicia compartida. Según Rawls, “aunque una sociedad bien ordenada es diversa y pluralista (...) el acuerdo público en cuestiones de justicia política y social mantiene los lazos de la amistad pública y asegura los vínculos de asociación” (Rawls, 1980: 540).

La experiencia proporcionada por distintos países indica que los valores compartidos no bastan para la unidad social. Para Kymlicka (1996), el ingrediente que falta es la identidad compartida, considerando que “las personas deciden con quién quieren compartir un país preguntándose con quiénes se identifican y hacia quiénes profesan un sentimiento de solidaridad”. La cuestión que aquí se plantea es de dónde procede esa identidad compartida, si consideramos la gran asincronía histórica, cultural y de situaciones políticas existente en los países multiculturales.

Fernández Troyano (2001) considera también la identidad compartida como un factor de unidad social. Según el autor esta identidad compartida proviene no de compartir elementos adscritos naturalmente a la identidad, tales como el género, la edad, la lengua..., sino de compartir algo que va más allá de su naturaleza común: las acciones, las aspiraciones o los sentimientos. De este modo, la identidad sería como una esencia, que a diferencia de la identificación, es una semejanza que viene dada.

Charles Taylor (1991: 75) propone la teoría de la “diversidad profunda” como “única forma” a partir de la cual se puede construir un Estado poliétnico y multicultural unido en la que sus miembros no sólo deben respetar la diversidad, sino también deben respetar diversos enfoques sobre la diversidad.

El motivo que apunta Taylor que puede mantener unido a un Estado de estas características, no es solamente que sus ciudadanos valoren positivamente una sociedad basada en la “diversidad profunda” y quieran vivir en un país con diversas formas de pertenencia cultural y política, sino que es también necesario que valoren los grupos étnicos y las culturas nacionales concretas con las que comparte el país.

El problema es que en este tipo de adhesión es necesario que los ciudadanos valoren previamente la diversidad cultural, para generar un sentimiento de identificación con los grupos que en él cohabitan y para considerar sugerente la perspectiva de mantener su diversidad profunda.

Con respecto a críticas u objeciones que han sido hechas al multiculturalismo, señalar que ha sido puesto en cuestionamiento tanto por los líderes políticos del nuevo racismo europeo, que ven en el multiculturalismo la ruptura de la unidad nacional, hasta por políticos representativos de minorías nacionales, que lo conciben como un paliativo ineficaz e insuficiente ante sus demandas de autogobierno.

En la reunión celebrada en 1994 sobre “Movilización Étnica en una Europa Multicultural” (véase Rex & Drury, 1994) se planearon numerosas objeciones y reparos al ideal multicultural. Rex (1995) las sintetizó en las cuatro siguientes:

- “que el reconocimiento de diferencias culturales marca inevitablemente a determinadas personas para un trato desigual (...)” Como recoge Vertovec (1996), detrás del multiculturalismo puede encontrarse los rastros del nuevo racismo, el racismo sin razas, y de una retórica de la exclusión. Uno de los principios actuales es que el principio de exclusión basado en la diferenciación por la raza, categoría que ha sido ya rechazada por la ciencia, sea reemplazado por el de identidad cultural;

-
- “ que la creación de instituciones multiculturales socava el proceso de la lucha política y de clases, así como las instituciones del estado del bienestar a las que ese proceso se dirige”;
 - “que las sociedades europeas se basan en un equilibrio y en una especie de coexistencia pacífica entre culturas de status, y que las culturas ajenas inmigradas constituyen una amenaza para este proceso de coexistencia”; y finalmente,
 - “que el mismo concepto de “culturas de minorías inmigradas” es excesivamente esencialista, y que dentro de una sociedad democrática hay que dejar que los hijos de los inmigrantes abandonen sus propias culturas y establezcan lazos sincréticos con gente de su edad de otros grupos” (Rex, 1995: 203-204)”

3.5. INTERCULTURALIDAD

Constituye un término en gestación, poco sistematizado en su significado, aunque muy usado en Europa. Las ideas centrales de esta corriente se hallan en el seno de varias escuelas de sociología (el interaccionismo simbólico, las teorías de la acción inspiradas en la fenomenología, la etnometodología, etc.), de psicología (Piaget, Vygotsky, etc) y de antropología (Pinxten, Verlot) y además son incluso materia de debate en filosofía política, especialmente entre Rorty y Habermas.

Antes de nada, cabe señalar que el desarrollo de la propuesta interculturalista en España es claramente selectiva, puesto que no se dirige a toda la población inmigrante, en tanto que portadores de culturas diferentes a la española.

La emigración adulta procedente del centro de Europa y de países del llamado Primer Mundo no ha suscitado estrategias interculturales que procuren su adaptación a la realidad española; más bien parece apreciarse el proceso inverso (García & Barragán, 2000). Sectores importantes de la esfera económica del país han desarrollado estrategias de adaptación y de acomodación a las costumbres de aquéllos: desde horarios comerciales, pasando por nuevas formas de gerencia empresarial, a cambios importantes en la dieta mediterránea. Han desarrollado auténticas comunidades transnacionales (O'Reilly, 2000). Los hijos de estos extranjeros han sido escolarizados en las escuelas españolas sin grandes problemas de adaptación y de integración o se han procurado escuelas diseñadas por y para ellos mismos.

El discurso intercultural se produce, pues, con los extranjeros procedentes de los países llamados del Tercer Mundo. El grueso de la producción teórica y de investigación empírica sobre interculturalidad tiene que ver con el tipo de diversidad respresentada por el colectivo identificado con el calificativo de “inmigrante económico”.

La aparición del término de interculturalidad o interculturalismo ha podido estar motivada por las carencias del concepto de multiculturalismo para reflejar la dinámica social y para formular el objetivo de conseguir nuevas síntesis socioculturales. El término multiculturalidad puede reflejar, como en una foto fija, una situación social estática: el hecho de que en una determinada formación social o país coexistan distintas culturas. Sin embargo, actualmente se considera necesario describir más acertada-

mente la rica y conflictiva interacción entre dichos segmentos socioculturales, así como para poder hacer una propuesta de sociedad pluricultural en el sentido de convivencia de todas las formas de vida, de conducta y cognición.

En la elaboración del concepto de interculturalidad se produce la confluencia y aportaciones desde cuatro campos del pensamiento social: la educación, comunicación y mediación interculturales y en un plano más general, como proyecto sociopolítico e incluso como ideal societario.

El planteamiento de la interculturalidad en la escuela surgió debido a que la vida escolar y la práctica del aula son campos de intensa interacción, donde resulta evidente la insuficiencia del pluralismo entendido como suma o coexistencia de culturas. La necesidad de renovar radicalmente los currículos monoculturales, de no separar los grupos en la escuela, de no presentar como monolíticas las culturas, de llevar al terreno educativo el enriquecimiento que supone la presencia de bagajes culturales diferenciados, y en definitiva, de intervenir educativamente sobre la interacción en la escuela y de preparar para la interacción en la sociedad, son algunos de los aspectos, que llevaron a plantear este nuevo paradigma educativo de la educación intercultural.

La comunicación social constituye otro de los campos desde el cual se está construyendo el concepto de interculturalidad. Como señala Young (1996: 1): "No hay quizás, tema más importante en las ciencias sociales que el estudio de la comunicación intercultural. La comprensión entre miembros de diferentes culturas fue siempre importante, pero no lo ha sido nunca tanto como ahora. Anteriormente, fue necesario para los imperios, o el comercio. Ahora es un asunto de supervivencia de nuestra especie".

También desde el ámbito de la mediación se están haciendo sugerentes concepciones interculturales. La naturaleza de la mediación como intervención de terceros para apoyar a partes involucradas en conflictos se ve dificultada cuando se incorpora la variante cultural a muy distintos niveles: la distintividad étnica, religiosa, etc... de las partes; la propia cultura del mediador o mediadora; la influencia de los factores culturales en la relación establecida y en el contenido del conflicto...

La interculturalidad concebida como proyecto sociopolítico continua presentando una gran debilidad y ambigüedad. Son escasas las formulaciones explícitas de lo que la interculturalidad supone como propuesta sociopolítica de organización de la sociedad, en tanto que forma alternativa o complementaria (respecto del multiculturalismo) de entender el pluralismo cultural.

Desde la perspectiva intercultural, el hecho de que en una misma sociedad convivan personas con bagajes culturales diferentes es considerado como una ocasión para crecer en humanidad personal y socialmente. En la relación intercultural, se ponen en cuestionamiento los presupuestos de todas las culturas y no solo de las minoritarias; lo que genera una dinámica crítica y autocrítica, a partir de la interacción y la comunicación recíprocas, que permite el establecimiento de unas perspectivas culturales y sociales racionales abiertas a nuevas posibilidades (Elosúa et al., 1994).

Cuatro son los elementos definitorios del interculturalismo como proyecto ético y político, en palabras de Cortina (1998):

-
- 1) No se trata de asimilar a la cultura dominante a quienes en una sociedad se identifican con una cultura distinta a ella, ni siquiera con la mera coexistencia de las culturas, sino de posibilitar que conserven su adhesión a identidades culturales diversas. Para ello se invita a un diálogo entre las culturas, de forma que respeten sus diferencias y vayan dilucidando conjuntamente qué consideran irrenunciable para construir desde todas ellas una convivencia más justa.
 - 2) Tampoco es la meta recrearse en la diferencia por la diferencia, sino asegurar una convivencia auténtica, ya que las diferencias pueden ser expresión de la autenticidad personal y cultural, pero no toda diferencia es respetable.
 - 3) El respeto activo que una cultura diferente merece tiene una de sus raíces en el respeto a la identidad de las personas que la cobran en parte desde ella, pero conviene recordar que la identidad, es algo que los sujetos también eligen, al menos en parte, algo a lo que no se ven fatalmente abocados.
 - 4) Comprender otras culturas es indispensable para comprender la propia. Distintas culturas arrojan luz sobre diferentes perspectivas humanas, dado que ninguna cultura tiene soluciones para todos los problemas vitales, de forma que el diálogo llevado a cabo con la intención de comprender resulta enriquecedor para los interlocutores tanto para encontrar soluciones de las que carece, como para comprenderse a sí misma. Quien trata de comprender un bagaje cultural diferente al suyo, se comprende poco a poco mejor a sí mismo al adquirir nuevas perspectivas, nuevas miradas.

La sociedad intercultural supone un giro frente a la multicultural en el sentido de que exige interacción e interrelación entre grupos y minorías. En este sentido, el interculturalismo supone más una revitalización del multiculturalismo, aportándole el necesario dinamismo para que no se quede en una mera coexistencia de culturas y sirva como base de ciudadanía común de sujetos diferenciados.

Perotti (1989: 66) entiende la sociedad intercultural como “un proyecto político que, partiendo del pluralismo cultural ya existente en la sociedad, tiende a desarrollar una nueva síntesis cultural”. El proyecto de sociedad intercultural supone así, en la concepción de Perotti, la generación intencionada, planificada o inducida, de algo nuevo, de expresiones culturales nuevas (Giménez, 1996). Sin embargo, establece la diferencia con el modelo de fusión o *melting pot*: “En oposición a la fusión sincrética o *melting pot* que se traduce en una fusión de los diferentes modelos culturales con pérdida de identidad propia y en oposición al cosmopolitismo transportado por el mercado internacional de bienes culturales, el proyecto de la “nueva síntesis cultural” supone la elaboración de modelos originales procedentes de las culturas en presencia que se incorporan a la cultura nacional de base reforzada y renovada” (Perotti, 1989: 66).

“En esta conceptualización ofrecida por Perotti (1989) se articulan elementos centrales del interculturalismo como son: 1) la dimensión política del proyecto, 2) el respeto por, y la asunción de, la diversidad preexistente, 3) la recreación de las culturas en presencia y 4) la emergencia de una nueva síntesis” (Giménez, 1996).

Desde el interculturalismo se distingue entre *respeto* a la diferencia y *asignación* a la diferencia. Lo consideran cosas distintas y que no deben confundirse porque mientras el primero implica la premisa de que a nadie se le fuerza a cambiar sus estilos y preferencias vitales y culturales, la segunda plantea el bloqueo tanto de cualquier posibilidad de autoconfiguración personal y social, como de plantearse la opción de modificar sus parámetros culturales originarios, con lo que se niega, el cambio y la evolución personal y cultural. La propia evolución cultural de la especie humana ha mostrado que eso es inevitable: todas las culturas evolucionan y se influyen, en mayor o menor grado, entre sí.

Se considera que el derecho de cada cultura a la supervivencia, se ha traducido erróneamente a una asignación de la diferencia, al considerar que sus posibilidades de crecimiento se veían limitadas a lo que Juliano (1993) ha llamado el *desarrollo por separado*, y que establece en el terreno de las relaciones interculturales una doble alternativa claudicante: o asimilación a otra cultura (generalmente la mayoritaria) o *permanencia* en los límites de la cultura propia de origen. La consecuencia lógica de esta postura es o el miedo a la desintegración de la propia cultura (y su consiguiente defensa) o su rechazo, para ser aceptado en el seno de otra formación cultural. Una disyuntiva que ha mostrado su operatividad y su fracaso más estrepitoso en los ejemplos surafricano (apartheid) y norteamericano (segregacionismo).

El interculturalismo considera que el fijar los límites de cada cultura como si fueran inmutables (bajo la justificación de respetarlas) y a condición de no abandonar nunca su propio espacio, no estimula ni el desarrollo cultural, ni el contacto intercultural. En su opinión, lo que se garantiza no es otra cosa que la consolidación de las desigualdades culturales de partida y la interferencia de cualquier comunicación posible.

Por su parte, considera que la valoración de las aportaciones de cada cultura así como de su potencial innovador para los seres humanos, sólo tiene sentido si puede apreciarse su utilidad en su dinámica comunicativa intercultural, ya que cada una de ellas incorpora el conjunto de respuestas que han tenido éxito ante los interrogantes de las comunidades que son sus depositarias.

Ante los problemas derivados de la convivencia de culturas y pueblos diferentes, el modelo intercultural, antepone la resolución de los conflictos por la vía del diálogo a la de la confrontación y al aplastamiento (asimilación) de modelos socioculturales más frágiles y débiles tanto en su aspecto socio-económico como numérico, ya que no inferiores en un sentido ontológico.

El diálogo intercultural, a pesar de su ubicación contextual democrática y su sustento legal formal, no está garantizado. Tan solo la aceptación y existencia real de una "apreciación compartida" en la sociedad, lo harán posible. Esta "apreciación compartida" se basa en los siguientes postulados:

- a) La diversidad forma parte de nuestro mundo y es imposible substraerse a ella. A su tratamiento justo y equilibrado apuntan los valores interculturales animados por una perspectiva en la que la uniformidad y el uniformismo no tienen ya cabida: no existe una respuesta única y universal a todos los problemas.

-
- b) Existirá, por tanto, una pluralidad de respuestas, no necesariamente convergentes, que se adecuarán a la convivencia (Ortega et al., 1994) sobre la base de una apreciación compartida de los distintos significados culturales, apoyada en el respeto común de unos mínimos éticos de actuación. Este universalismo de mínimos éticos, reflejado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, refleja y condensa una rica y variada experiencia de la humanidad en su búsqueda de mejores condiciones de vida para todos los seres humanos.
 - c) Existen unos “universales sustantivos” emanados de un denominador común cultural (Ferrández, 1984) y cuya negación implicaría el rechazo de su papel como condensación” (Ibáñez, 1994) de los logros humanos adquiridos con incontables sacrificios y sufrimientos.

Esta “apreciación compartida” no implica renunciar ni a la defensa de los propios postulados ni a revisarlos críticamente, y en su caso, a superarlos. De este modo, las bases de la interculturalidad prefigura la posibilidad de nuevos constructos sociales en los que la diferencia no sea equiparada a lo negativo, ni la uniformidad se corresponda con lo positivo. El binomio diferencia/igualdad es, así, objeto de una nueva lectura.

Por un lado, la diferencia es reconocida como un valor enriquecedor de nuestras manifestaciones culturales, históricamente originadas, desarrolladas y modificadas, y como un derecho de los individuos y los grupos a situarse en cada contexto social. Por otro, la igualdad se representa como un derecho a la no discriminación de individuos y grupos en la construcción de su propia identidad y en el disfrute de los derechos y asignaciones que les correspondan, independientemente de su adscripción cultural o de grupo.

Los valores defendidos por el Interculturalismo se corresponden con los valores de la “democracia moral” (Carr, 1991), los cuales aspiran a ser plataforma para el desarrollo de nuevas pautas de convivencia social. Estos valores son:

Participación. La participación de las partes implicadas en la determinación de las condiciones de la relación social, se considera un requisito indispensable para el tratamiento de la diversidad humana y cultura de una manera democrática, que garantice a todos los implicados una convivencia razonable y equilibrada.

La participación constituye un proceso que hace que los sujetos no sólo padezcan la historia que les toca vivir sino que contribuyan a su creación y a su establecimiento como agentes activos de su desarrollo y de sus condiciones de vida social.

La sola presencia de los representantes de diversas culturas abre posibilidades comunicativas imprevisibles y prefigura las bases constitutivas de un modo de relación positivo y colaborativo. Señalar que las perversiones interculturales tienen su origen, en buena medida, en el desconocimiento y la ignorancia de los otros, de los distintos, de los que no son como nosotros.

Tolerancia. Ciertos autores procuran no emplear el término tolerancia en el ámbito de la interculturalidad. El motivo que sostiene es que al hablar de ella se hace referencia a algo que apreciamos como negativo pero que, aun así, soportamos a pesar nuestro.

García & Saenz (1998) presentan sin embargo la tolerancia como uno de los valores del interculturalismo al considerar, en primer lugar, que lo que se tolera no tiene por qué ser necesariamente negativo aunque, en ciertas condiciones, pueda ser molesto. En segundo lugar, proponen analizar el término contrario: la intolerancia, la cual designa aquellas situaciones en las que se manifiesta una incapacidad funcional o intelectual para aguantar, soportar o tener paciencia con algo. Incapacidad que revierte en el rechazo o negación de aquello que no se tolera. En el terreno intercultural, la intolerancia supone la negativa al conocimiento de otras realidades distintas de la del propio sujeto y, por tanto, al rechazo de las personas que son portadoras de esas otras realidades. La consecuencia es que “el intolerante convierte al otro en un simple medio para sus fines: no le reconoce la capacidad de tener una vida y unas ideas propias” (Camps, 1993).

Ambos autores plantean que el término respeto podría ser más pertinente en cuanto incorpora, una actitud activa de valoración y de comprensión de las características de otras personas, evitando dañarlas y admitiendo como normales sus posibles diferencias (reales o inventadas): sin cuestionar, además, su derecho a ostentarlas o a manifestarse conforme a ellas ni el derecho a plantarse sus límites y sus obligaciones éticas (Camps, 1993), frente a la connotación de pasividad que incorpora el vocablo tolerancia (en el sentido de soportar).

Sin embargo consideran que entendida la tolerancia como la capacidad de admitir las diferencias, incluso estando en desacuerdo con ellas, no tendría por qué ser excluida del vocabulario intercultural. Es más, consideran que si ese carácter valorativo estuviese realmente extendido entre nosotros, sería más factible andar en la dirección del conocimiento de otras personas y de los rasgos culturales que incorporan, así como en el establecimiento de un mayor consenso sobre las materializaciones sociales concretas de esos mínimos éticos humanos. Un conocimiento que es el elemento fundamental del respeto y la aceptación mutua, ya que la intolerancia y el racismo se originan estrictamente en el temor a lo desconocido (García & Madrigal, 1994).

En relación a los límites de la tolerancia, planteados ante prácticas culturales que entran en colisión con los mínimos representados por los derechos humanos universales, consideran que ésta se extiende a la más amplia gama de puntos de vista, siempre que excluya cualquier tipo de amenaza u otras eventualidades negativas, personal o socialmente, sobre las personas. Desde la posición intercultural, la única forma de escapar de la contradicción es el diálogo sobre la plasmación práctica de esos principios (Camps, 1993; Cortina, 1986). Con ello es posible acceder a un proceso de recíproca aculturación a través del entendimiento dialógico y no sobre bases de imposición traumática.

Todo ello precisa, a juicio de Rubio Carracedo & Morales (1995: 55), (citado en García & Sáez, 1998: 147) de la adopción de nuevas reglas de juego democrático compatibles con la existencia de una pluralidad de identidades colectivas. Para estos autores, esta nueva situación precisa de la instauración de lo que ellos denominan *ciudadanía compleja* (como alternativa a la ciudadanía simple, propia de sociedades homogéneas), en tanto que mediadora social destinada a la resolución de los conflictos y “tensiones entre pertenencia y participación” en las condiciones que caracterizan la complejidad sociocultural:

“En efecto, la ciudadanía compleja es la que atiende adecuadamente a una triple exigencia: a) *iguales derechos fundamentales* para todos los ciudadanos, lo que implica una *política universalista* de tales mínimos comunes irrenunciables; b) *derechos diferenciales* de todos los grupos, mayorías y minorías, que componen la estructura organizativa del Estado (todo Estado en mayor o menor grado multisocial y multicultural), lo que implica una *política del reconocimiento* tanto en la esfera íntima como en la pública; y c) *condiciones mínimas de igualdad para la dialéctica o diálogo libre y abierto de los grupos socioculturales*, lo que implica una *política multicultural* de “discriminación inversa” (precisamente para igualar las condiciones de partida), de currículos multiculturales, de incentivación del intercambio etnocultural, etc., así como la prevención estricta de toda desviación homogeneizadora o asimilacionista en la cultura hegemónica”.

Desde la perspectiva intercultural, el único nivel de aculturación exigible sería el político, entre otras cosas, porque el estado de derecho no se identifica con ninguna de las culturas que se desarrollan en su seno; mientras que no les es exigible el abandono de sus propias formas culturales de origen. Ésta es también la conclusión a la que llega Martínez (1993: 76-77) cuando en su análisis de la extranjería, sostiene la necesidad de que el Estado sea *laico*,

“En el sentido de no definirse respecto a los valores que deben reinar en la sociedad en su conjunto, limitándose a asegurar el funcionamiento de procedimientos democráticos que permitan a los ciudadanos decidir las prioridades que la acción estatal debe atender, teniendo en cuenta los derechos de las minorías y, especialmente, los derechos de las minorías extranjeras que no están acogidos a los beneficios derivados de la ciudadanía.(...) La inclusión en la cultura receptora siempre tendrá que ser voluntaria y no obligatoria, lo cual no significa que no se facilite el acceso de la población inmigrada a la educación, la sanidad y el estándar de vida propios del país receptor”.

Solidaridad. Entendida la solidaridad como una manifestación de respeto al prójimo y como la base para que se dé una ayuda recíproca, el modelo interculturalista se encuentra con el impedimento de una configuración vertical de la sociedad que atraviesa e impregna las relaciones humanas en contextos comunitarios y sociales.

Tal modelo de organización social hace desaparecer toda expectativa de solidaridad, porque la solidaridad es esencialmente una manifestación de relaciones horizontales que considera como principal objetivo la convivencia entre hombres y mujeres independientemente de su procedencia cultural o su grupo humano de pertenencia.

La propuesta de la solidaridad desde el modelo interculturalista se orienta, así, bajo el aspecto de *coordinación de la acción* (Habermas, 1987) que fundamenta la acción comunicativa en el mundo de las relaciones sociales y que contribuye a superar los límites establecidos en cada fase cultural. La relación horizontal, posibilita, por tanto, el diálogo racional entre culturas distintas provocando las condiciones de una comunicación no distorsionada por la asimetría de la verticalidad y la jerarquización.

Como señala Tamayo-Acosta (2002) la interculturalidad es la otra cara de la globalización. Si ésta aboga por el modelo único de pensamiento, de cultura, de po-

lítica y de economía, la interculturalidad subraya la heterogeneidad y el mestizaje de culturas, religiones, lenguajes y cosmovisiones. Si la globalización defiende el etnocentrismo y afirma la validez universal de una cultura, la occidental y su hegemonía sobre las demás, la interculturalidad promueve la conciencia de igualdad entre todas las culturas y el reconocimiento de sus valores sin jerarquizaciones previas. Si la globalización se basa en una relación asimétrica entre la cultura dominante y las culturas dominadas, la interculturalidad defiende la posibilidad de interacción simétrica entre todas las culturas.

La interculturalidad es una experiencia de apertura respetuosa al otro, mediante el diálogo y la acogida, que obliga a replantear la propia vida personal y la vida social y que en definitiva, ayuda a pensar la realidad de forma nueva.

Cuadro 1. Resumen de las características principales de los Modelos de Integración

Asimilacionismo

- Constituye una propuesta de uniformización cultural, en donde la homogeneidad sociocultural de la sociedad se percibe como posible y necesaria.
- Exige la adquisición por parte del inmigrante de las costumbres, las formas de pensar y otras características del conjunto de la sociedad con la consiguiente pérdida o abandono de la identidad propia.
- Representa una posición culturalista de la integración, al considerar que la adopción de pautas culturales conlleva necesariamente la inclusión como ciudadanos con plenos derechos y la eliminación de prejuicios y actitudes discriminatorias por parte de la sociedad de acogida.
- El proceso de integración afecta exclusivamente a los inmigrantes, siendo éstos los que deben cambiar, si quieren ser “iguales”.
- Actualmente, constituye un modelo en desuso en los ámbitos científicos. Sin embargo, a nivel popular, es la idea predominante cuando se habla de integración.

Melting-pot / Fusión

- Surgió como propuesta alternativa al modelo asimilacionista.
- Tiene sentido exclusivamente en relación a países nuevos o países formados contemporáneamente a partir de la colonización y la emigración.
- Considera que la cultura nacional o la identidad cultural de un país debe configurarse a partir de las contribuciones de todos los grupos en él representados o a él incorporados.
- Conlleva una pérdida o abandono de la cultura propia y asunción de la nueva identidad nacional.
- Valora positivamente la mezcla de razas y culturas.
- El proceso de integración se considera que afecta a los segmentos socioculturales implicados, siendo producto del esfuerzo de todos.
- Reconoce la aportación de todas las poblaciones participantes, incluyendo a los grupos minoritarios.
- Carece de un grado importante de sistematización o exposición doctrinal y hoy en día se concibe más como un mito que fracasó.

Pluralismo cultural

- Modelo de organización social que afirma la posibilidad de convivir armónicamente en sociedades, grupos o comunidades étnica, cultural, religiosa o lingüísticamente diferentes.
- Se valora positivamente la diversidad cultural, concibiéndolo como algo deseable y respetable.
- Se considera que ningún grupo tiene porqué perder su cultura o identidad propia.
- Constituye un tipo específico de estructura social, caracterizada por la existencia de asociaciones múltiples de carácter voluntario y abiertas unas a otras.
- Su rasgo definitorio para la convivencia es la tolerancia y el considerar que cada grupo tiene algo que ofrecer y que aprender de los otros.
- Actualmente es un concepto que se usa con significados muy distintos y cuyos usos pueden ser diametralmente opuestos.

Multiculturalismo

- Surgió ante el gran reto de las sociedades modernas de hacer frente a grupos minoritarios que exigen el reconocimiento de su identidad y la acomodación de sus diferencias culturales.
- Puede concebirse tanto como situación social de hecho, describiendo un país donde coexisten distintas culturas, así como una propuesta de organización social, caracterizada por el respeto a las identidades culturales.
- La sociedad multicultural se compone de una estructura dual: un dominio público en el que se debe respetar la igualdad de todos los individuos y grupos que conviven en un mismo territorio, y un dominio privado en el que la norma principal es el respeto a la diversidad y la unidad de cada individuo o grupo.
- Además de proteger los derechos civiles y políticos de los individuos, se dota a los miembros de determinadas comunidades de derechos específicos como grupo. Los derechos poliétnicos tienen como objetivo ayudar a los grupos a que expresen su particularidad y su orgullo cultural sin que ello obstaculice su éxito en las instituciones económicas y políticas de la sociedad dominante.

Interculturalismo

- Surge como alternativa a las carencias del multiculturalismo para reflejar la dinámica social, aportándose el necesario dinamismo para que no se queda en una mera coexistencia de culturas, y para formular el objetivo de conseguir nuevas síntesis socioculturales.
- Constituye una propuesta de sociedad pluricultural en el sentido de convivencia de todas las formas de vida, de conducta y de cognición.
- La diversidad cultural se percibe como una ocasión para crecer en humanidad personal y socialmente, al considerar que comprender otras culturas es indispensable para comprender la propia.
- Se invita a un diálogo entre las culturas en el que se pone en cuestionamiento los presupuestos de todas las culturas y no sólo de las minoritarias.
- La diferencia es reconocida como un valor enriquecedor y como un derecho de los individuos y los grupos a situarse en cada contexto social.
- La igualdad se representa como un derecho a la no discriminación de individuos y grupos en la construcción de su propia identidad y en el disfrute de los derechos y asignaciones que les correspondan.

BIBLIOGRAFÍA

Abad, L. (1993). Nuevas formas de inmigración: un análisis de las relaciones interétnicas. *Política y Sociedad*, 12:, 45-59.

Abercombrie, N.; Hill, S. & Turner, B. (1986). *Diccionario de Sociología*. Madrid: Cátedra.

Aparicio, R. & Tornos, A. (2000). Estrategias y dificultades características en la integración social de los distintos colectivos de inmigrantes presentes en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, Nº 10. Comunidad de Madrid.

Aparicio, R. (2001). *Convivir como tarea. Nuevas Demandas de la Sociología de las Migraciones*. Lección Inaugural del curso académico 2001-2002. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Aparicio, R.; Tornos, A. & Labrador, J. (1999). *Inmigrantes, integración, religiones; un estudio sobre el terreno*. Universidad Pontificia de Comillas.

Asociación Navarra para la Formación y el Empleo (1993). *Modelos de Integración en Programas de Integración Sociocultural para Inmigrantes en la Comunidad Foral de Navarra*. Gobierno de Navarra y Fondo Social Europeo. Programa Horizon.

Banton, M. (1992). Assimilation. En E. E. Cashmore. *Dictionary of race and ethnic relations*. Routledge, pags. 2-27. Londres y Nueva York.

Becker, G. (1964). *Human Capital*. New York: National Bureau for Economic Research, traducción castellana: 1983, *El Capital Humano*, Madrid: Alianza.

Blanco, C. (1991). *La integración de los inmigrantes en Bilbao*. Ayuntamiento de Bilbao.

Blanco, C. (1992). *España como país de inmigración. Análisis de una nueva situación*. Madrid: Dirección General de Migraciones (sin publicar).

Bloom, B.L. (1992). *Planned short-term psychotherapy: A clinical handbook*. Boston. Allyn and Bacon.

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Paidós: Biblioteca de Psicología Profunda.

Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Paidós: Biblioteca de Psicología Profunda.

Cachón, L. (1995). Marco instituciones de la discriminación y tipos de inmigrantes en el Mercado de Trabajo en España. *Revista Española de Investigación Sociológica*, Nº 69: 105-124.

Camps, V. (1993). *Los valores de la educación*. Madrid: Alauda.

Carr, W. (1991). "Haciéndose ciudadano: Educación cívica en una sociedad democrática". Conferencia pronunciada en el Simposium Internacional sobre "*Desarrollo Humano y Educación*". Universidad Complutense, Madrid, 28 al 30 de Octubre.

Colectivo IOE (1998). *Inmigración y trabajo; trabajadores inmigrantes en el sector de la construcción*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Colectivo IOE (1999). *Inmigración y trabajo en España; trabajadores inmigrantes en el sector de la hostelería*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Coleman, J.S. (1988). "Social Capital in the Creation of Human Capital"; *American Journal of Sociology*, 94, suplemento: 95-120.

Cooley, R. (1979). Integración Social. En V. Cervera. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, 6: 108-113. Madrid: Aguilar.

Cortina, A. (1986). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.

Cortina, A. (1998): *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza Editorial.

De Giner, S.; Lamo de Espinosa, E. & Torres C. (1998). *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza Editorial

De Lucas, J. (1994). Derechos humanos, legislación positiva e interculturalidad. *Documentación Social*, N° 97: 73-90.

Deutsch, K. (1953). *Nationalism and Social Communication: an inquiry into the foundations of nationality*. Cambridge, Mass: M.I.T. Press: New York: Wiley.

Durkheim, E. (1893): *The division of labour in society*. Glencoe, Ill.: Free Press

Elosua, M. (1994). *Interculturalidad y cambio educativo*. Madrid: Narcea.

Escoffier, J (1991). The limits of Multiculturalism, *Socialist Review*, 3-4: 61-73

Fernández, J. (2001). Pluralismo e integración. *A propósito de inmigración*. Málaga, Ediciones Aljibe.

Ferrandez, A. (1984). Cultura y Educación. *Educación y Sociedad Plural*. Vol. I.: 17-41. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago.

García A. & Madrigal, P. (1994). "Multiculturalidad y proceso de marginación". *Anales de Psicología* 10, N° 1: 63-67. Universidad de Murcia

García, A. & Saenz, J. (1998). *Del Racismo a la Interculturalidad. Competencia de la Educación*. Madrid: Narcea.

García, F. & Barragán, C. (2000). Sociedad Multicultural e interculturalismo versus inmigración extranjera: aportaciones teóricas para el debate. *Documentación Social*, 121: 209-233.

Gatugu, J. (2001). Charles Taylor y el reconocimiento de las minorías culturales. *Políticas Sociales en Europa 9*: 79-84.

Giménez, C (1996). "La integración de los inmigrantes y la interculturalidad. Bases teóricas para una propuesta práctica". *Arbor, CLIV*, 607: 119-147.

Giménez, C. (1993). ¿Qué entendemos por integración de los inmigrantes?. Una propuesta conceptualizada. *Entreculturas*, 7: 12-15.

Giner, S.; Lamo de Espinosa, E. & Torres, C. (1998). Integración Social. *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.

Gómez, P. (2000). En torno a la integración: aportaciones para un debate sobre su conceptualización y análisis. *España y las Migraciones Internacionales en el cambio de siglo*. II Congreso sobre la inmigración en España.

Gordon, M. (1964), *Assimilation in American life.*, New York: Oxford University Press.

Gouldner, A. (1960). The norm of reciprocity: a preliminary statement. *American Sociological Review*, 25: 161-178.

Gurr, T. (1993). *Minorities at Risk: A global view of Ethnopolitical Conflict* (Institute of Peace Press, Washington, DC)

Gutmann, A. (1993) "The Challenge of Multiculturalism to Political Ethics", *Philosophy and Public Affairs*, 22/3: 171-206.

Habermas, J. (1987). *Teoría de la Acción Comunicativa*. Madrid: Taurus.

Herber, W. (1955). *Protestant, catholic, jew.*, Doubleday, New York.

Herranz, Y. (2000). Inmigración e incorporación laboral. *Migraciones*, 8: 127-163.

Ibáñez, R. (1994). "El racismo como reto de la modernidad", en J. Bandrés, D. Garrido y R. Ibáñez.: *Xenofobia en Europa. Instrumentos jurídicos contra el racismo*. Madrid: Popular/JCLI.

Israel, E (1995). "Comunicació intercultural i construcció periodística de la diferencia", *Anàlisi*, 18:59-85.

Jary, J. & Jary, D. (1991). *Collins Dictionary of Sociology*, Harper Collins Publishers.

Juliano, D. (1993). *Educación intercultural. Escuela y minorías étnicas*. Madrid: Eudema.

Karmis, K. (1993), "Cultures autochtones et libéralisme au Canada: les vertus médiatrices du communautarisme libéral de Charles Taylor", *Canadian Journal of Political Science*: 69-96.

Kottak, Ph. C. (1994). *Antropología. Una exploración de la diversidad humana (con temas de la cultura hispana)*. Madrid: Mac Graw Hill/Interamericana de España.

Kukathas, C. (1992a). "Are there any Cultural Rights?", *Political Theory*, 20/1: 105-139.

Kukathas, C. (1992b). "Cultural Rights Again: A Rejoinder to Kymlicka", *Political Theory*, 20/4: 674-680.

Kymlicka, W. (1996). *Ciudadanía Multicultural*. Barcelona: Paidós Estado y Sociedad.

Kymlicka, W. (1998). Western política theory and ethnic relations in Eastern Europe. En Kymlicka, W. (eds.) *Can liberal pluralism be exported?*. Oxford, Oxford University Press.

Laczko, L. (1994). Canada's pluralism in Comparative Perspective. *Ethnic and Racial Studies*, 17/1: 20-41.

Lamo de Espinosa, E. (1995). *Culturas, estados, ciudadanos. Una aproximación al multiculturalismo en Europa*. Alianza Editorial.

Landecker, W. (1951). Types of integration and their measurement. *American Journal of Sociology*, 56: 332-340

Lipiansky, E., (1990). "Identité subjective et interaction" en Camilleri, C. Et al., *Strategies indentitaires*, París, PUF, pag. 176.

Malgesini, G. & Gimenez, C. (1997). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. La cueva del Oso: Comunidad de Madrid con Educación y Cultura.

Marshall, T.H. (1965). *Class, Citizenship and Social Development*. Anchor, Nueva York.

Martinez, F.J. (1993). "El extranjero como cicatriz entre el hombre y el ciudadano". *Sistema*, nº 113.

Mason, A (1993) "Liberalism and the Value of Community", *Canadian Journal of Philosophy*, 23/2: 215-240.

McDonald, M. (1991b). "Should Communities have rights? Reflections on liberal individualism", *Canadian Journal of Law and Jurisprudence*, 4/2: 217-237.

Mendus, S. (1989). *Toleration and the Limits of Liberalism*. Humanities Press, Atlantic Highlands, NJ.

Merton, R. (1949). *Social Theory and Social structure*. Ed. Rev y Aum. Glencoe, Ill: Free Press

Nielsson, G. (1985). *States and "Nation-Groups": A global Taxonomy*. Edward Tiryakian y Ronald Rogowski (edición a cargo de), *New Nationalisms of the Developed West* (Allec & Unwin, Boston), págs. 27-56.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: IMSERSO.

O'Reilly, K. (2000). *The British on the Costa del Sol*, Londres, Routledge.

Ortega, P.; Minguéz, R. & Gil, R. (1994) *Educación para la convivencia*. Valencia: Nau Llibres

Osterman, P. (1980). *Getting started: the youth labour market*. Cambridge, MIT Press.

Parry, G. (1991). "Paths to Citizenship", en Ursula Vogel y Michael Moran (edición a cargo de), *The Frontiers of Citizenship* (St Martin's press, Nueva York), págs. 167-196.

Parsons, T. (1951). *The social System*. Glencoe, Ill: Free Press;

Parsons, T. (1937). *The Structure of Social Action: a study in social theory with special reference to a group of Recent European Writers*. New York: McGraw-Hill;

Parsons, T. (1960). Durkheim's Contribution to the Theory of integration of Social Systems (pags. 118-153). En Kurt Wolff (dir. ed.) *Emile Durkheim, 1858-1917: a collection of Essays with translations and a bibliography*. Columbus: Ohio State Univ. Press.

Perotti, A (1989). *Pequeño léxico sociológico y antropológico sobre la Inmigración*. Cuaderno 65. Fundación Encuentro, Servicio de Documentación.

Porter, J. (1987). *The Measure of Canadian society* (Carleton University Press, Ottawa).

Portes, A. & Börocz, J. (1992). Inmigración contemporánea: perspectivas teóricas sobre sus determinantes y modos de incorporación, *Alfoz, Núms. 91/92*, pp. 20-32.

Portes, A. & Rumbaut, R. (1990). *Immigrant America*, California, University of California Press.

Pujada, J. (1993). *Identidad cultural de los pueblos*. Madrid: Eudema

Pumares, P. (1998). "¿Qué es la Integración?. Reflexiones sobre el concepto de integración de los Inmigrantes. En Checa, F (ed). *Africanos en la otra orilla*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.

Rawls, J. (1980). "Kantian Constructivism in Moral Theory", *Journal of Philosophy*, 77/9, pags. 515-572.

Rex, J. & Drury (1994). *Ethnic mobilization in a Multi-cultural Europe*, Avebury, Aldershot.

Rex, J. (1995). La metrópoli multicultural: la experiencia británica. Lamo de Espinosa (ed.). *Culturas, estados, ciudadanos. Una aproximación al multiculturalismo en Europa*, Alianza Editorial.

Rex, J. (1999). The concept of a multicultural society. En Gibernau, M. & Rex, J. (eds.). *The ethnicity reader. Nationalism, multiuculturalism and migration*. Cambridge, Polity Press.

Roman, J. (1995). "Un multiculturalisme a la française?", en *Esprit*, junio, pag. 145-160.

Sartori, G. (2001). *La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*. Madrid: Taurus.

Shils, E. & Janowitz, M. (1948). Cohesion and Disintegration in the Wehrmacht in World War II. *Public Opinion Quarterly*, 12: 280-315.

Shils, E. (1962). The theory of Mass society. *Diogenes*, 39: 45-66.

Sierra Bravo, R. (1984). *Ciencias Sociales. Epistemología, Lógica y Metodología. Teoría y Ejercicios*. Madrid: Paraninfo.

Taylor, Ch (1994) "*Multiculturalism. Examining the politics of recongnition*". Princeton, New Jersey, Princeton University Press.

Taylor, Ch. (1991). "Shared and Divergent Values", en Ronald Watts y D. Brown (edición a cargo de) *Options for a New Canada* (University of Toronto Press, Toronto), pags. 53-76

Taylor, Ch. (1994). "*Multiculturalisme. Diffèrence et démocratie*" traducción de D.A. CANAL, París, Aubier.

Tamayo-Acosta, J.J. (2002). "Modelos de Integración de Colectivos Inmigrantes". *TELOS. Cuadernos de Comunicación, Tecnología y Sociedad*, N° 52.

Vertovec, S (1996). "Multiculturalism, Culturalism and Public Incorporation". *Ethnic and Racial Studies*, vol. 19, 1: 49-69.

Whitaker, R. (1992). *A Sovereign Idea: Essays on Canada as a Democratic Community* (McGill-queen's University Press, Montreal).

Wirth, L. (1948). Consensus and Mass Communication. *American Sociological Review*, 13: 1-15.

Young, I. (1989). Polity and Group difference: a critique of the Ideal of Universal Citizenship. *Ethics*, nº 99: 250-274.

Young, R. (1996). *Intercultural communication. Pragmatic, genealogy, deconstruction*. Multilingual Matters, Ltd.

Zangwill, I. (1914). *The Melting Pot: drama in four acts*. Macmillan, New York.

Zehraoui, A. (1994). *L'immigration de l'homme seule á la famille*. CIEMI-L'Harmattan. París.

Capítulo II

Las redes de apoyo social en inmigrantes

4. LA IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN EL FENÓMENO MIGRATORIO

Sin duda alguna, el entorno social ha supuesto para el ser humano un poderoso mecanismo de adaptación. De acuerdo con Kingsley Davis (1965), el desarrollo de las relaciones sociales constituyó uno de los grandes pasos de la evolución, ya que permitió buscar soluciones y respuestas a problemas con los que no era posible enfrentarse eficazmente de manera individual y aislada.

Actualmente, se considera que el apoyo social constituye un recurso, denominado recurso social o recurso de segundo orden, dado que como señala la Teoría del Capital Social¹, permite al sujeto el acceso a recursos a través de las personas que conoce (Bourdieu, 1980; Coleman, 1988). Así, para la consecución de un determinado objetivo (por ejemplo, la salud), los sujetos pueden emplear sus recursos personales (por ejemplo, económicos, culturales, físicos...) y sociales. Los efectos del apoyo social resultan beneficiosos para el individuo tanto en situaciones de "normalidad" como cuando se enfrenta a situaciones estresantes. Caplan (1974) encontró que durante el desequilibrio experimentado por un sujeto ante un periodo de crisis, el individuo se vuelve especialmente susceptible a la influencia de otros y el recibir ayuda es uno de los mayores determinantes para lograr un resultado positivo.

La inmigración podría considerarse como un ejemplo de situación estresante o de crisis a la que hoy en día se encuentran obligados a enfrentarse un porcentaje muy elevado de personas. La importancia del apoyo social en el campo de las migraciones queda reflejado por el hecho de que son cada vez más los autores que introducen el concepto de red en sus análisis (al considerarlas esenciales tanto en el desarrollo de la vida cotidiana, como en los procesos de integración o segregación).

El desarrollo del interés por las redes migratorias se inició durante la década de los sesenta y los setenta tras las migraciones del ámbito rural al urbano. Es en este momento cuando comienza a tenerse en cuenta el desafío que suponía la imagen de inmigrantes rurales marginados y atomizados que ocupaban suburbios urbanos en sociedades desarrolladas (Lewis, 1959, 1966). En aquellos momentos, los investigadores describieron las comunidades de inmigrantes como agrupaciones que contenían diversas redes de parentesco y también comunales que constituían la base de la vida de la comunidad organizada y servían para vincular a los emigrados con las comunidades de origen (Tilly & Brown, 1967; Peattie, 1974; Lomnitz, 1977; Butterworth & Chance, 1981).

Dichas redes han sido estudiadas desde muchos puntos de vista y usando di-

¹ Siguiendo la obra de Pierre Bourdieu, quién lleva varias décadas hablando del Capital cultural (Bourdieu, 1979:3), Coleman (1988: 94) afirma que además del capital material y humano, existe lo que el define como "Capital Social". Éste está constituido por realidades que tienen dos características fundamentales: todas ellas forman parte de algún aspecto de la estructura social y en segundo lugar facilitan la acción dentro de esa estructura. El problema con respecto al capital social que señalan algunos autores (Martínez, 1997) es que es mucho más intangible que el capital material o humano, dado que está dentro de la estructura de relaciones en las que la acción humana tiene lugar.

versos enfoques, siendo especialmente numerosa la literatura sobre redes migratorias centradas en la migración interna (ver cuadro 2). Aunque hay semejanzas entre las condiciones y las consecuencias de la migración interna y de la internacional (Pryor, 1980; Adepoju, 1989), en la medida en que estas dos formas de migración difieren en su contexto político y cultural, deben originar también redes de distinta configuración. Massey (1988) sostiene que las redes desempeñan un papel más importante en la migración internacional que en la interna, porque los costes de la primera son superiores. En la misma línea, Comas y Pujadas (1991) señalan que estos vínculos adquieren un carácter más destacado e imprescindible, cuanto más difíciles son las circunstancias de los afectados. Éstas hipótesis quedan verificadas en trabajos que demuestran cómo las redes se manifiestan con mayor intensidad en los casos de los inmigrantes más desfavorecidos, mientras que tienen una menor incidencia para las personas de clase media con mejores perspectivas económicas y profesionales, como por ejemplo, las migraciones argentinas de los años 80 (Domingo, 1997).

Con respecto a la importancia y el efecto de las redes migratorias hay que señalar que éstos no solamente son destacables en el país de acogida y tras haberse producido la inmigración. Sus efectos comienzan a ser relevantes y vitales desde el primer momento en que el sujeto, aún en su país, comienza a plantearse la posibilidad de emigrar. Los trabajos de Massey et al (1987), Pessar (1982) y Portes & Rumbaut (1990) sobre la emigración a Estados Unidos (pioneros en el análisis de las redes migratorias en el campo de las migraciones internacionales) así lo demuestran, al poner de relieve el papel y modo en que operan dichas redes. De igual modo, Massey & García España (1987) en su trabajo sobre la emigración mexicana a USA, muestran la mediación de la red y el peso de la experiencia previa en esa práctica (propia, de familiares o allegados), señalando dicho factor como buen predictor de la conducta de emigrar.

Según Portes & Rumbaut (1990: 230), las redes constituyen “las microestructuras de la migración”², al *facilitar el desplazamiento* y convertirlo en un proceso social autónomo. Así, podemos encontrar propuestas de definición en las que las redes son conceptualizadas como “relaciones sociales que organizan y dirigen la circulación de trabajo, capital, mercancías, servicios, información e ideologías entre las comunidades de origen y destino de los emigrantes” (Colectivo IOE, 1999).

Por este motivo, las actuales teorías de los flujos migratorios van más allá de la vertiente exclusivamente económica e incorporan la dimensión social en el estudio de las migraciones internacionales, añadiendo dos elementos que resultan fundamentales en el proceso: las redes sociales y el grupo doméstico.

² Estas microestructuras, junto con las “macroestructuras de la inmigración” (relaciones políticas, económicas e incluso militares entre el país de origen del emigrante y el país de destino, según Portes) tratarían de explicar porque los flujos migratorios se producen entre unos países y no otros.

Cuadro 2. Enfoques para estudiar las redes migratorias (Gurak & Caces, 1998)

<i>Localización geográfica / Concepto</i>	<i>Enfoque</i>	<i>Referencia</i>
Destino Estrategia de supervivencia	Se ven las redes como esenciales para la adaptación de los inmigrantes en el destino, particularmente en la búsqueda de empleo y vivienda y en la satisfacción de otras necesidades en el momento de llegar. Se presta cierta atención a la canalización de los inmigrantes en ocupaciones específicas.	Lomnitz, 1976; Caces, 1986; Gurak y Kritz, 1987; Massey et al., 1987
Adaptación	A corto plazo: los costes económicos y psíquicos de la adaptación son reducidos; se cuenta con parientes y amigos.	Banerjee, 1983; Massey y García-España, 1987
Integración	A largo plazo: las redes comunitarias de base étnica proporcionan un contexto más amplio de adaptación con resultados variables según la posición estructural del grupo étnico.	Portes, 1983; Portes y Bach, 1985; Caces, 1986-87; Gurak y Kritz, 1987; Min, 1988
Aislamiento	Se ven las redes como extensiones del sistema normativo de la sociedad de origen, cuya función es forzar el comportamiento de los inmigrantes en el sentido de acciones beneficiosas para la sociedad de origen.	Philpott, 1968; Mitchell, 1969b; Mayer, 1964; Banerjee, 1983
Origen y Destino Migración en cadena	Se ven las redes como instrumentos de captación de migrantes a través del flujo de información para futuros migrantes que influyen en las decisiones migratorias, y a través de los vínculos con agencias formales.	MacDonald y MacDonald, 1964; Ritchey, 1976; Massey et al., 1987
Auspicios de migración	Se ven las redes como factores que facilitan el proceso de migración precediendo o acompañando a los migrantes a la vez que asistiéndoles en los costes de transporte y de instalación inicial.	Tilly y Brown, 1967; Choldin, 1973; Caces et al., 1985

Cuadro 2. Continuación

<i>Localización geográfica / Concepto</i>	<i>Enfoque</i>	<i>Referencia</i>
Sistema de migración	Se ven las redes como conductos de contacto regular entre los individuos en dos (o más) localizaciones por medio de intercambio frecuente de información y de recursos, así como por medio de visitas, circulación o migración de regreso.	Ross y Weisner, 1977; Mabogunje, 1970; Massey et al., 1987;
Accesibilidad	La distancia y el coste del acceso atenúan la expansión de las redes a más de una localidad.	Blood, 1965; Lomnitz, 1976; Ross y Weisner, 1977
Compromiso	Los cambios del ciclo vital transforman las obligaciones y con el tiempo afectan a la naturaleza de los vínculos de la red originaria	Massey et al., 1987; Pessar, 1982; Caces et al, 1985; Chávez, 1998
Multiplicidad de niveles	Se evalúan las redes según la consistencia de los micro y macro niveles de análisis	Hendrix, 1975
Origen Aislamiento	Se ven las redes como canales para aumentar los recursos en el lugar de origen en la forma de remesas de dinero y otras contribuciones, y como medio de movilidad social.	Massey et al., 1987; Philpott, 1968; King y Strachan, 1980
Sostén	Se ven las redes locales como medios para enfrentar la ausencia de individuos que migran.	Griffiths, 1988; Go y Postrado, 1986

NOTA: Los enfoques no son mutuamente excluyentes. Representan un esfuerzo para identificar diversas ramas que se dan realmente en la investigación empírica, así como las que quizá habría que abordar explícitamente en un trabajo futuro (Gurak & Caces, 1998).

Las redes migratorias darán respuesta a dos importantes cuestiones sin resolver por las teorías convencionales: el carácter selectivo de la migración —manifiesto en las diferencias individuales (*por qué, en similares condiciones, no todos emigran*) y en la concentración espacial (en origen y destino)— y la estabilidad de los flujos (que se desligan de las condiciones y alicientes iniciales). Constituyen, por tanto, el otro eje esencial en el estudio de las migraciones internacionales al explicar los comporta-

mientos, aparentemente aleatorios y erráticos, de quienes se desplazan y, con ello, la evolución y configuración de las corrientes migratorias (Portes & Börözc, 1992: 24).

Los vínculos sociales actúan en origen desde el momento de proyectar la emigración, cuando la información se difunde por diversos canales. Se habla del impacto que tienen los medios de comunicación, pero la información de otros emigrados a familiares y amigos, el envío de dinero y las visitas en vacaciones de los que han conseguido establecerse, confirman las posibilidades que ofrece la emigración, tanto en países vecinos como en los muy distantes. Un ejemplo peculiar es el de los rumanos, que perciben y difunden como una gran ventaja su apariencia similar a los autóctonos, ya que les confiere seguridad y libertad de movimientos (Domingo & Viruela, 2001).

Este efecto demostración es básico en la percepción de la mejora obtenida por los migrantes más antiguos, puesto que probablemente se maximiza el éxito y se ocultan las situaciones más penosas para evitar la preocupación de los allegados (Domingo, Clapés & Prats, 1995). Por el contrario, los candidatos a la salida tienden a minimizar los riesgos, aunque después reconozcan que la realidad encontrada no responde a sus expectativas.

Por otro lado, las redes conectan a individuos y grupos que se hallan en lugares distantes³ y les ayudan a potenciar sus oportunidades económicas facilitándoles el desplazamiento, de ahí que se conviertan en instrumento de gran utilidad para los segmentos de población que ven en la migración el medio de alcanzar sus propósitos. Así, por ejemplo, la familia en el país de origen constituye un imprescindible apoyo para la migración, como se ha demostrado en los casos de mujeres con hijos que necesitan dejarlos a cargo de familiares, lo que es frecuente en la inmigradas latinoamericanas (Osó, 1998). Estos vínculos rebasan el marco del parentesco, cuando se trata de aprovechar todos los recursos posibles, haciéndose extensivos a los amigos, vecinos y miembros de la misma nacionalidad, de manera que sustituyen o refuerzan los lazos familiares y ejercen funciones de apoyo semejantes, al tiempo que consolidan el sentido de pertenencia a un colectivo propio (Domingo & Viruela, 2001).

El funcionamiento de estas relaciones y su potencialidad impulsa su propio desarrollo. De ahí que Portes & Börözc (1992:25) lleguen a afirmar que “más que como un movimiento de un lugar a otro en busca de mejores salarios, la migración laboral debería ser conceptualizada como un proceso de progresiva construcción de redes”. Posteriormente, estas cadenas migratorias tendrán una evidente plasmación espacial. Ciertamente los grandes centros urbanos o las zonas económicas con una demanda específica de mano de obra, como la agricultura intensiva, constituyen áreas de atracción con entidad propia. Pero en la concentración de grupos de idéntica procedencia en barrios concretos o en determinados municipios y comarcas españolas, aparecen claramente tales vinculaciones de parentesco (Domingo & Viruela, 2001). Los ejemplos serían numerosos: dominicanas en Madrid (Gregorio, 1998; Romero, 2000), ecuato-

³ Los enlaces con que se cuenta, o se espera contar, en el país de destino son fundamentales, especialmente para las mujeres (Vitale, 2000), ya que la mínima seguridad al llegar a un ambiente extraño es vital y el fallo de ese primer apoyo puede resultar dramático.

rianos y marroquíes en Murcia (Bel & Gómez, 2000) y el litoral valenciano, junto a los senegaleses (Gozálvez, 1995), caboverdianos en León (López Trigal & Prieto, 1993), rumanos en Castellón, etc.

Sin embargo, los verdaderos desafíos de la inmigración surgen tras la llegada al nuevo país de acogida, donde el proceso de adaptación psicológica conlleva la doble tarea de resolver dolorosas pérdidas y de lograr un control sobre las nuevas condiciones.

En dicha situación, el apoyo social se convierte en *un elemento promotor y posibilitador del éxito* del proyecto de vida en el nuevo entorno. Como señala Wabgou (2000) en su artículo sobre Senegales en Madrid, las familias y los lazos amistosos se convierten en verdaderas “unidades migratorias”, donde el inmigrante, como individuo, cuenta con los demás (colectivo) para realizar sus objetivos (acceder al destino, asentarse, sobrevivir, trabajar, etc.). Ésta afirmación queda demostrada en las numerosas investigaciones que encuentran que el patrón de afrontamiento de los inmigrantes se basa en primer lugar en sus recursos personales, en segundo lugar en recursos naturales de apoyo y, en caso de no resolverse el problema, solicitan la ayuda de los recursos formales o profesionales (Delgado & Hum-Delgado, 1982; Martínez et al., 1996). De este modo, el disponer de lazos familiares, amigos y compatriotas en la sociedad de destino puede llegar a tener tanto valor explicativo del proceso migratorio como aquello que es atribuible específicamente a las características personales o a las acciones individuales.

Por otro lado, se considera también que el apoyo social actúa como *amortiguador* contra los *efectos deteriorantes* de la inmigración. Su importancia se hace especialmente relevante en aquellos casos (la mayoría) en los que la inmigración conlleva abandonar a la familia y patrones establecidos para trasladarse a ambientes poco familiares y para los cuales el individuo se siente poco preparado (Hall et al., 1994).

5. DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL

A finales del siglo XIX y principios del XX surge un interés científico por conocer qué tipo de influencia ejercen los factores sociales en la salud mental de las personas. La transformación de los patrones tradicionales en los vínculos comunitarios y de parentesco que conllevó la revolución industrial, hizo que sociólogos como Durkheim, Tönnies y Weber empezaran a estudiar el papel que desempeñan los sistemas sociales en la ocurrencia de desórdenes psíquicos.

Ya en el siglo XX, y continuando los estudios de Simmel (1902) sobre los efectos negativos de la vida urbana frente a la vida rural, en un trabajo clásico de Thomas & Znaniecki (1920) se analizaron los efectos de la emigración de campesinos polacos hacia áreas urbanas de los Estados Unidos. Concluyeron que el abandono de un medio rural cohesivo a favor del ambiente impersonal característico de la ciudad industrializada norteamericana generaba problemas de comportamiento y desorganización social en el emigrante.

Dados sus orígenes, la conceptualización del apoyo social está estrechamente relacionada a la definición de salud como bienestar (Gil, 2000). Como señalan Gracia

& Musitu (1993), uno de los puntos principales de esta conexión se debe al reconocimiento por parte de los investigadores de la importancia del apoyo comunitario y de los factores socioambientales sobre las distintas variables comportamentales de la persona (independientemente de su grado adaptativo, Blanco, 1988) y consecuentemente en estrecha relación tanto con la enfermedad, como con el bienestar y la salud del individuo.

Encontrar un acuerdo con respecto a la definición de apoyo social o, alternatively, encontrar una definición aceptada por todos los autores, constituye una difícil tarea. Las definiciones de apoyo social han proliferado desde finales de la década de los 70 hasta mediados de los 80 y a partir de ese momento parecen haberse estancado (Veiel & Baumann, 1992). En general, cada autor trabaja con una definición de apoyo social y con un instrumento para evaluarlo.

Dado que en el concepto de apoyo social existen referencias a otros conceptos que, aun diferenciándose entre sí, comparten elementos comunes y conforman el amplio rango de los procesos denominados como “apoyo social”, algunos autores prefieren hablar del apoyo social ya no como un concepto sino como un metaconcepto (Vaux et al., 1990). Es precisamente esta multidimensionalidad del concepto la que ha llevado a algunos estudiosos a preguntarse por la pertinencia de analizar bajo una sola etiqueta —apoyo social— tan vasto abanico de conceptos.

En opinión de Alan Vaux (1988) (citado en Garcia, Herrero & Musitu, 1995: 26), el apoyo social refleja un conjunto de ideas que incluye “pertenencia, implicación y compromiso; atributos de grupos, relaciones y personas; y procesos de naturaleza social, conductual, cognitiva y afectiva”. De esta forma, se hace preciso una taxonomía multidimensional que resuelva los problemas conceptuales que el apoyo social plantea. Según Lareiter & Baumann (1992), esta taxonomía debe incluir estos cinco componentes:

1. Integración social. Hace referencia a la participación e implicación de una persona en la vida social de la comunidad y sociedad en general.
2. Red de apoyo. Compuesta por aquella parte de la red social que se constituye en fuente de apoyo inmediata o cotidiana (Vaux, 1988).
3. Clima de apoyo. Refleja la calidad de las relaciones y de los sistemas sociales como la familia, el lugar de trabajo, grupos, etc.
4. Apoyo proporcionado y recibido. Alude tanto a la existencia de transacciones que suponen ayuda desde la perspectiva de quien la proporciona (proporcionado o enacted) y del que la recibe (recibido).
5. Apoyo percibido. Hace referencia a la valoración de disponibilidad de apoyo que el sujeto experimenta en caso de necesidad.

En general, los constructos que configuran el concepto de apoyo social varían en función del autor de quien se trate (Vaux, 1992; Sarason et al., 1990; Barrera, 1986) y son numerosos los investigadores que han analizado sus relaciones teóricas y empíricas (Barrera, 1986; Thoits, 1992; Pierce et al., 1990; entre otros). Por este motivo, hoy en día resulta demasiado ambiguo hablar del apoyo social sin más; en unos casos será

apoyo percibido, en otras conductas de apoyo recibidas o satisfacción con el apoyo, etc. Reunidas todas ellas en torno al concepto de apoyo social, se diferencian en la naturaleza de sus efectos sobre el bienestar y responden a prioridades e intereses muy diversos dentro de la comunidad científica.

Por otra parte, si pretendiéramos configurar el apoyo social como una única categoría conceptual sería preciso encontrar un factor común —o criterio compartido— en todos los aspectos que delimitan su campo de investigación. Herrero (1994) expone como criterio compartido de la investigación sobre apoyo social, el análisis sobre las consecuencias de estas interacciones en la salud y/o cómo, a través de la salud, podemos identificar la necesidad de apoyo (Wilcox & Vernberg, 1985; House & Kahn, 1985). Pese a la posible circularidad de estos argumentos (“las interacciones sociales que se relacionan con la salud, influyen en la salud”, Veiel & Baumann, 1992) Caplan & Killilea, (1976) proponen la utilización del apoyo como una herramienta conceptual para analizar el entorno inmediato del individuo y como un poderoso recurso de intervención disponible tanto para el profesional como para los miembros de la comunidad.

Uno de los intentos más operativizables y completos de definición de este concepto, sería el aportado por Lin en diversas investigaciones (Lin, 1986; Lin & Ensel, 1989). En su análisis de las distintas definiciones que se han ofrecido sobre el apoyo social, este autor propone acotar conceptualmente el apoyo social como *el “conjunto de provisiones expresivas o instrumentales —percibidas o recibidas— proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis”* (citado en García, Herrero & Musitu, 1995: 22).

En una reflexión sobre esta dimensionalización, Gracia, Herrero & Musitu (1995) resumen en cuatro ejes los aspectos más relevantes considerados en dicho metaconcepto: la percepción-recepción del apoyo; la función del apoyo; el ámbito en que se produce el apoyo o fuentes de apoyo y el momento del apoyo.

A. La percepción-recepción del sujeto. Lin asume que tanto la ayuda recibida como la ayuda percibida es importante para el individuo. Ya Caplan (1974) había distinguido entre la dimensión objetiva y subjetiva del apoyo social: la primera hace referencia a las transacciones reales de ayuda que se producen con respecto a un individuo y la segunda a la evaluación que el individuo hace de esa ayuda. De alguna manera, la definición propuesta por estos autores reconoce que tanto los procesos sociales objetivos como la percepción que el individuo tiene de esos procesos (aspecto subjetivo) influyen en el bienestar de las personas.

Esta distinción entre la recepción de la ayuda y la percepción de ayuda ha generado numerosos trabajos científicos (Caplan, 1974; Gottlieb, 1985; Sarason et al., 1990; Cohen, 1992, entre otros). Al prestar atención a la percepción que el individuo tiene de la conducta de ayuda se traslada el interés desde lo social (la interacción que supone ayuda) a lo disposicional o psicológico (la vivencia de esa interacción). Un análisis de las relaciones sociales en función de la percepción que de ellas se tiene, puede llevar a conclusiones sobre las opiniones de los sujetos y no sobre el tipo de contexto social en el que éstos se mueven (Gottlieb, 1985). Por otra parte, un análisis del contexto social o de la conducta de ayuda que olvide cómo se percibe esa ayuda por el receptor

de la misma puede incurrir en un grave sesgo: dar por apoyo aquello que no se percibe como tal (Brownell y Shumaker, 1984).

B. Los ámbitos de actuación. La definición de Lin distingue tres ámbitos en los que se produce o puede producirse el apoyo: comunidad, red social y relaciones íntimas.

Esta distinción ya había sido considerada por Cassel (1974), cuando indicaba que el apoyo social era proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo. En esta misma línea se encuentran los trabajos de otros autores (Kaplan, 1977; Thoits, 1982) y en especial el de Benjamin Gottlieb (1981) quien había diferenciado entre los niveles macro (integración y participación social), meso (redes sociales) y micro (relaciones íntimas) del entorno social.

En general, como señala Lin, cada ámbito proporciona un tipo de ayuda o sentimiento de ayuda. Así, el marco más global de la comunidad puede proporcionar al individuo miembro de ella un *sentimiento de pertenencia* a una estructura social amplia. En el plano de las redes sociales se pueden producir sentimientos de vinculación encontrándose el sentimiento de compromiso en el plano más íntimo, en el que se asumen una serie de normas de reciprocidad y cierta responsabilidad por el bienestar de los demás.

C. La función del apoyo. Según estos autores, el apoyo se puede categorizar en dos tipos: instrumental y expresivo. Pueden constituir un medio con el que conseguir otros objetivos (instrumental) o puede constituirse como un fin en sí mismo (expresivo).

Son numerosos los autores que han distinguido diferentes funciones en el apoyo social. En 1974, Caplan había definido el apoyo social como aquellos lazos entre los individuos o entre individuos y grupos que permitían: a) promover el dominio emocional; b) ofrecer consejo; y, c) proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño. Cassel (1976) también había subrayado las funciones del apoyo social, indicando que la principal función del apoyo social era favorecer un sentimiento en el individuo de que: a) era cuidado, amado y que se preocupaban por él; b) era valorado y estimado; y c) era miembro de una red de obligaciones mutuas. Después de estos, otros autores han remarcado la relevancia de distinguir funciones en el apoyo social (Pinneau, 1975; Kahn & Antonucci, 1981; House, 1981; Wills, 1985) y actualmente puede considerarse que esta perspectiva goza de un amplio acuerdo entre los investigadores.

D. Momento del apoyo. La distinción entre el apoyo cotidiano y el que se recibe en situaciones de crisis es importante para conocer hasta qué punto las relaciones sociales son capaces de fomentar el bienestar y proteger contra la enfermedad. En circunstancias cotidianas o habituales puede ser difícil distinguir o identificar las diferentes situaciones de apoyo, más aún si admitimos que en estos casos la mayoría de los intercambios son automáticos y no se evalúan (Bronwell & Shumaker, 1984).

6. CONFIGURACIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL

Como se ha venido señalando hasta ahora, la importancia del Apoyo Social radica en sus efectos sobre el individuo, pudiendo ser éstos considerados de manera general

como efectos sobre el bienestar, o de manera más específica, considerando los efectos sobre variables intermedias tales como autoestima, estado de ánimo, disponibilidad de recursos, etcétera, etcétera. Al mismo tiempo, si tenemos en cuenta el proceso de interacción que se produce entre el individuo y el mundo que le rodea, la falta de una apropiada red de apoyo social se traduce en una mayor vulnerabilidad a los sucesos estresantes externos, pudiendo llegar a convertirse esta falta de red social en una fuente primaria de estrés (Hepworth & Larsen, 1986).

Ante dichas situaciones estresantes en las que el sujeto se enfrenta a demandas concretas planteadas por el ambiente, la *eficacia* del apoyo social se relaciona con la capacidad percibida por el sujeto de que dichos apoyos proporcionarán las ayudas necesarias para afrontar dicha situación. Por este motivo, serán las necesidades experimentadas por el sujeto las que determinarán la satisfacción o no con el apoyo social disponible (en función de la capacidad percibida de cubrir dichas necesidades), así como el camino seguido en la creación y ampliación de la red social. Como dice Mitchell (1969: 40), “el individuo crea una red en base a sus intereses en cualquier situación que se encuentre y éstos intereses y las acciones que emprende en base a ellos definen las relaciones efectivas dentro de una red personal”.

En el caso de la población inmigrante, el análisis de los recursos de apoyo social además de considerar los requerimientos de dicho apoyo en función de las características personales, deberá tener también en cuenta las características que los definen en función de la situación que viven, como son las de extranjero, minoría, trabajador, irregular/regular, conocedor o no del idioma, etc. El motivo es que estas características determinarán una serie de roles, oportunidades vitales, percepciones y sentimientos, todos ellos decisivos sobre sus necesidades y consecuentemente de sus demandas de apoyo social.

Durante el proceso de asentamiento y adaptación es posible identificar una serie de experiencias comunes que caracterizan la situación de ser inmigrante en un país desconocido (Baker et al, 1994). De manera general, durante la inmigración, los sujetos suelen experimentar un sentimiento de haber sido expulsados del país de origen por factores fuera de su control y de haber sido enviados a una nueva ciudad de la cual conocen nada o muy poco. Tras su llegada, los sujetos se sienten sumergidos en un ambiente desconcertante por la escasa similitud cultural o de costumbres entre sus países y el nuevo, y profundamente afectados por factores tales como la incapacidad de comprender y poder expresarse adecuadamente por desconocimiento del idioma. La inmigración supone un corte o una ruptura con el pasado obligando a los individuos a tener que volver a empezar de nuevo.

Durante este proceso, los inmigrantes centran toda su energía emocional en el objetivo de restablecerse y lograr un ajuste en la nueva sociedad. Sus preocupaciones giran en torno a aprender el idioma, conseguir un trabajo en condiciones y reestructurar sus redes sociales, y cada una de ellas aparece como una fuente considerable de ansiedad. Aprender el idioma es un prerrequisito para lograr una adaptación exitosa y la mayor parte de sus esfuerzos lo enfocan en esto. Alcanzar un empleo en condiciones se consideraba la clave para lograr un asidero en la sociedad. El desempleo constituye una fuente de estrés, así como encontrar un trabajo acorde con su formación y experiencia anterior, ya que la mayoría de los inmigrantes se encuentran desarrollando trabajos mal pagados, poco interesantes y por debajo de su formación intelectual.

Finalmente, la inmersión en una cultura extraña trunca dramáticamente las relaciones sociales del inmigrante. Como resultado los individuos quedan más aislados socialmente de lo que habían estado hasta entonces, por lo que se vuelven especialmente sensibles al trato con las personas y se ven fuertemente afectados por las respuestas percibidas de los demás hacia ellos, tanto si son positivas como si no. Por ello, el reconstruir las redes sociales se convierte en una tarea prioritaria para éstos sujetos. Dicha tarea responde a la necesidad sentida por el inmigrante de tener un sentimiento de pertenencia, o de afiliación con otras personas en el nuevo país de acogida, así como del hecho de disponer de apoyo; necesidades que contrastan con las experiencias de aislamiento (que hace referencia no tanto a la separación física de personas, sino más al sentirse “a parte” de personas o recursos) y soledad que suelen experimentarse durante la aventura migratoria.

Como se deduce del trabajo de Baker et al (1994), los inmigrantes viven el fenómeno del asentamiento con gran desorientación y como una experiencia de gran intensidad emocional. Dicha experiencia puede ser considerada como una situación de crisis potencial o crisis actual al invalidarse los tradicionales mecanismos de resolución de problemas, y al carecer de recursos eficaces para enfrentarse a la nueva situación, tales como el conocimiento de la cultura de acogida y del lenguaje.

Todas estas experiencias, junto con otras muchas que pueden darse durante el proceso de inmigración, son las que irán determinando progresivamente las distintas necesidades de los individuos. A su vez, la existencia de necesidades no satisfechas constituirán los factores que podrán impulsar al inmigrante a la movilización en un intento de lograr una red de apoyo. El éxito en el restablecimiento de dicha red social en la nueva sociedad permitirá reducir el estrés psicológico propio de la inmigración y los efectos negativos de la “ruptura” de las raíces del inmigrante (Kuo & Tsai, 1986)

De este modo, la configuración de las redes de apoyo puede conceptualizarse como un camino en el que se produce una progresión en el uso de los recursos con el tiempo. En el estudio realizado por Lynam (1985) sobre la evolución y desarrollo de redes de apoyo en mujeres inmigrantes encontraba que en un primer momento obtenían apoyo del grupo formado por la familia o parientes cercanos. Posteriormente progresaban y el apoyo era obtenido del grupo constituido por personas pertenecientes a la misma comunidad étnica o la misma comunidad religiosa, y finalmente desarrollaban la habilidad de obtener apoyo de grupos constituidos por personas, agencias o recursos con los que no compartían nada en común.

En un primer momento, y ante la absoluta novedad y total desconocimiento de la sociedad de acogida, el grupo constituido por la familia o parientes cercanos aparece como proveedor de un *sentimiento de familiaridad* que proporciona seguridad y que a la vez facilita y promueve la comprensión tanto del lenguaje como de las costumbres del nuevo país.

A medida que las mujeres iban adaptándose ligeramente a la nueva sociedad y la novedad de la misma dejaba de resultar tan amenazante, comienzan a surgir otras necesidades, tales como el deseo de disponer de relaciones significativas de amistad, cuya satisfacción no podía ser ya cubierta estrictamente por la familia. Esta necesidad fue la que motivó la decisión de buscar apoyo o involucrarse con otros

grupos de personas con quienes compartían un bagaje similar (pertenencia a la misma comunidad étnica) o unas creencias comunes (como en una comunidad religiosa), al considerar que con éstos compartirían también un entendimiento y un interés por las actuales experiencias. Este resultado es congruente con lo señalado por Chrisman (1970) en su estudio sobre Daneses-Americanos donde señalaba que la extensión de una relación está basada en factores de intereses comunes y valores compartidos.

El apoyo proporcionado por este grupo permite, por otro lado, el desarrollo de un *sentimiento de pertenencia* al posibilitar la participación en actividades comunitarias. Además, los frecuentes lugares de reunión, se convierten en zonas geográficas de la ciudad o lugares donde la persona puede hablar su propio idioma, y lo que parece ser más importante aún, es un lugar donde se presenta fácilmente la oportunidad de conocer gente que está viviendo una experiencia similar a la suya. Es un lugar para hacer amigos, tal vez para encontrar trabajo y para aprender de otros cómo manejarse en el nuevo país.

Sin embargo, y a pesar de que este grupo permitía desarrollar en el grupo de mujeres estudiadas por Lynam (1985) un sentimiento de pertenencia, también fomentaban en algunas de ellas experiencias de sentirse diferentes con respecto al grupo de autóctonos. Este hecho, unido también al deseo de lograr un mayor conocimiento del mundo con el que sus hijos tendrían que enfrentarse, así como el deseo de mantener la privacidad, animaba a las mujeres a intentar establecer contactos fuera del grupo constituido exclusivamente por compatriotas o familiares. Así, para lograr un mayor conocimiento del país de acogida, dichas mujeres se apuntaban a cursos, desempeñaban funciones en la comunidad o pasaban tiempo con autóctonos en sus vecindarios con el fin de observarles cuando interactuaban con sus hijos o en sus trabajos.

Finalmente, las mujeres que no se sentían satisfechas con la naturaleza de su relación con el grupo de iguales (étnica o religión) y que sentían que el mantenimiento de las costumbres de dicho grupo interfería con su capacidad de entrar a formar parte del país de acogida y obtener apoyos de ellos, tomaron la decisión de cambiar sus comportamientos y entrar a formar parte del nuevo país.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran cómo son las necesidades sentidas por el individuo y las expectativas de poder verlas satisfechas a través de las relaciones establecidas con los miembros de los distintos grupos (familiares, compatriotas, otros inmigrantes o autóctonos), las que le impulsan a movilizarse en la búsqueda de nuevas fuentes de apoyo, permitiendo de este modo la construcción y desarrollo de redes de apoyo social. Así, desde el momento en que inician el proceso migratorio despliegan una acción vinculativa con miembros en la sociedad de acogida que les permitan garantizar los beneficios procedentes de los recursos sociales naturales. Conforme se van desarrollando etapas, la red social va evolucionando y modificándose hasta que se realiza la reagrupación familiar⁴, meta para muchos inmigrantes en su proceso de reconstrucción de la red. Por esto, el reagrupamiento familiar se cons-

⁴ En este sentido, es necesario señalar la diferencia en nuestro país entre hombres y mujeres, con los marroquíes como paradigma de reagrupante masculino y diversas nacionalidades latinoamericanas, como femenino (Domingo & Viñuela, 2001).

tituye no sólo en una de las necesidades expresadas más comunes que debe obtener respuesta desde los servicios de intervención social, sino que debe entenderse como un procedimiento de intervención adecuado para atender muchas necesidades, prevenir problemas de adaptación y garantizar el desarrollo de la población inmigrante.

7. PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN EL ESTUDIO DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social se refiere a aspectos muy diferentes de las relaciones sociales y la priorización de dichos aspectos depende de la perspectiva de análisis. Como plantea Rodríguez Marín (1995^a) en ocasiones se define en términos de la existencia o cantidad de relaciones sociales en general, o de interacciones específicas (matrimonio, amistad, vecindario, etc.). En otras ocasiones, el apoyo se define en términos de la estructura de las relaciones sociales de la persona. El objeto de análisis puede recaer también en el contexto funcional de las relaciones, integrando el grado en el que las interacciones conllevan elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información, etc.

Una distinción interesante de estas perspectivas se encontraría según Gracia & Musitu (1993) en función de la respuesta a dos interrogantes básicos: ¿Qué elementos constituyen este apo-yo? (perspectiva estructural), ¿qué utilidad comporta esta interacción? (perspectiva funcional).

7.1. PERSPECTIVA ESTRUCTURAL

La perspectiva estructural del apoyo social centra su interés en el análisis de las condiciones **objetivas** que constituyen la red social del individuo (Cohen & Syme, 1985; Gracia & Musitu, 1990).

Antes de continuar, es preciso señalar la diferenciación realizada por Gracia, Herro y Musitu (1995) entre los conceptos de “red social” y de “apoyo social”, ya que pueden llegar a tener efectos distintos en la salud física y el funcionamiento psicológico (Lin & Peek, 1999). Por red social se entienden las *características estructurales* observadas en las interacciones sociales mantenidas por un individuo, grupo o comunidad. El concepto de apoyo social incide especialmente en el *efecto* que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual (Díaz-Veiga, 1987).

Desde esta perspectiva, las dimensiones objetivas de las relaciones que componen la red social del individuo son la clave para explicar la provisión de apoyo accesible para el sujeto (Cohen & Syme, 1985; Gracia, Musitu & García, 1991).

Existen tres niveles relacionales en la estructura de la red, que están bien recogidos en la literatura: el macro o comunitario, el medio o de grupos y el íntimo, que supone vínculos más estrechos. Según Barrón et al (1988), estos niveles difieren en su impacto sobre el bienestar, siendo los íntimos lógicamente los más relevantes. Sin embargo para que éste sea posible, necesita un entorno comunitario que integre dichas interacciones.

Dentro de esta corriente según Gracia & Musitu (1993) son dos, fundamentalmente, los aspectos más estudiados: la integración/participación social y el análisis de la estructura de las redes sociales (House et al., 1988; Sarason et al., 1990; Antonucci & Jackson, 1990). El primero se centra en constatar la existencia de relaciones y enumerar los lazos sociales del individuo como índice cuantitativo de integración. El segundo se refiere al estudio del conjunto de relaciones de un individuo, grupo o comunidad a partir de las características de su red social, y presta mayor atención a las dimensiones cualitativas.

7.1.1. Análisis de la integración y participación social

Se centra en el análisis cuantitativo de la existencia y tipo de relaciones (Berkman & Syme, 1979; House & Kahn, 1985) al considerar que el apoyo social depende del grado de integración y participación. Por integración social se entiende la “participación e implicación de una persona en la vida social de la comunidad o de la sociedad” (Lareiter & Baumann, 1988).

Desde esta orientación algunos autores sugieren que la mera existencia de las relaciones sociales tiene consecuencias positivas para la salud, aunque hoy en día está totalmente aceptado que es la cualidad de las relaciones, en particular la percepción del apoyo que ofrecen, lo que explica sus efectos (Gracia & Musitu, 1990). Parece, en definitiva, que la existencia de relaciones es un primer nivel necesario, pero no suficiente, para que los procesos de apoyo social tengan lugar (Musitu, Herrero & Lila 1993).

Dos ideas que han sido criticadas en éste análisis son la identificación de la integración con la frecuencia de los contactos y la idea de que todas las relaciones pueden surtir el mismo efecto en el bienestar. Con respecto a la primera crítica, un creciente número de autores entiende la integración como un concepto subjetivo estrechamente vinculado al sentimiento de pertenencia e identidad con la comunidad (Wills, 1985; Gracia & Musitu, 1991) y no como una mera suma de contactos.

Con respecto a la segunda crítica, se considera que pretender que todas las relaciones sociales contribuyan de igual forma al bienestar del individuo es simplificar demasiado la cuestión. Estas suposiciones ignoran además las demandas, las restricciones y los conflictos de las relaciones sociales. Por otro lado, los costos de los vínculos sociales son también evidentes en una gran cantidad de investigaciones que identifican a la familia como una fuente de estrés (Croog, 1970) y como un factor en la etiología de psicopatología (Liem & Liem, 1978; Mittelmark, 1999). Este planteamiento ha determinado que, dentro de la misma perspectiva estructural, se haya profundizado en el análisis de las dimensiones cualitativas de las relaciones que son relevantes para el bienestar psíquico de las personas, así como de la forma en que interactúan entre sí.

7.1.2. Análisis de las Redes Sociales

Se basa en el estudio del conjunto de relaciones de un individuo, grupo o comunidad, prestando mayor atención a las dimensiones cualitativas.

La red social se define como un conjunto de nudos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos. Los lazos están definidos por el flujo de recursos de un nudo (o miembro de la red) a otro. Hall & Wellman (1985), se refieren a las propiedades de dicha red en términos de mediación: el apoyo es uno de los posibles recursos (no una constante) que puede fluir a través de los contactos sociales.

Existen numerosos parámetros para analizar la estructura de una red. Entre las variables que han sido tradicionalmente analizadas, Gracia, Musitu & García (1995) señalan:

a) *Tamaño*

El modo en que se defina la red social influirá sobre el tamaño. Un criterio útil para identificar el tipo de miembros que deben incluirse en la red consiste en restringirla a aquellas personas importantes en la vida del individuo y con las que éste interactúa a diario o casi a diario. El motivo que justifica la selección de éste criterio es el considerar que, en general, la información que proporciona el tamaño de una red social resulta insuficiente para evaluar la importancia que posee esa red en el ajuste de sus miembros o como indicador predictivo de adaptación e integración. Algunos autores, incluso, dudan que una medida global del tamaño de la red deba correlacionar con el ajuste del individuo (Lareiter & Baumann, 1992). Tan sólo cuando se contabiliza, exclusivamente, el número de las personas verdaderamente próximas y de confianza para el sujeto se observan correlaciones entre esa magnitud y el ajuste psicosocial (Blazer & Kaplan, 1983; Norbeck et al., 1981; Cohen et al., 1985; Vaux et al., 1986).

Siguiendo en ésta misma línea, y dado que se considera que cuanto más significativa es una relación más influye en el conjunto de la estructura relacional del individuo, algunos investigadores han centrado sus análisis en el acceso a las personas con las que se establece una relación de confianza (Conner et al., 1979; Lowenthal & Haven, 1968). Esta proximidad emocional ha sido utilizado por Pattison (1981) para distinguir cinco zonas en la red social correspondientes a los contextos sociales en que se mueven los individuos:

1. *personal*: las personas con quienes se convive (tienen un alto grado de significación)
2. *íntima*: de interacciones frecuentes (tiene una alta importancia psicosocial para el individuo)
3. *efectiva*: relaciones cotidianas (menor importancia psicosocial)
4. *nominal*: personas conocidas (poco significativas)
5. *extensa*: relaciones indirectas, a través de otros (con cierta significación)

De esta forma, el número de personas con las que uno interactúa a diario puede incluir fuentes de apoyo de naturaleza muy diversa y con distintos efectos sobre el bienestar, el ajuste y la pertinencia de la ayuda (pariente, vecinos, pareja, conocidos, compañeros de trabajo, profesionales, terapeutas, miembros de instituciones religiosas, etc.) lo que justifica un análisis específico centrado en cada uno de esos ámbitos.

Como caso ilustrativo del tamaño de las redes en población inmigrante, el estudio realizado por Martínez et al. (2000), en el que se analizaba el tamaño de la red de la población inmigrante residente en Andalucía, y considerando exclusivamente el número de vínculos percibidos en los que el sujeto confía y a los que acude reiteradamente para la obtención de ayuda, se señala que el tamaño medio era de 7,32 personas, no encontrando diferencias significativas ni entre géneros ni entre los distintos grupos étnicos estudiados (Marroquíes, Filipinos y Senegaleses). Resultados similares obtuvieron Sagrestano et al. (1999) en un estudio multiétnico al referir entre 5 y 7 personas (amigos y familiares) el tamaño de la red en un grupo de mujeres embarazadas de origen latino y residentes en Los Angeles.

En el caso específico de estudio de las redes sociales en población inmigrante, el conjunto de características que definen la situación de inmigración y que la hacen diferente de cualquier otra, introduce una serie de matices que han de considerarse y que pueden establecer diferencias en el análisis del tamaño de dichas redes:

- No resulta aconsejable restringir el estudio del tamaño de la red, al conjunto de personas con las que se interactúa a diario o casi a diario, a no ser que nuestro único objetivo sea considerar el grado de ajuste psíquico del individuo.

Dado que en los inicios de la etapa migratoria, cualquier tipo de apoyo resultará de utilidad ante el desafío de la integración, y en especial la disponibilidad de información, será conveniente considerar todo el conjunto de personas accesibles para el sujeto dentro de los distintos contextos sociales en los que se mueve. El contenido informativo de una relación puede ser más grande cuanto menos estrecha sea ésta o se realice de una manera no continua sino casual. La razón es sencilla: cuando las relaciones son muy “fuertes” los individuos suelen moverse en los mismos entornos o círculos y suelen tener experiencias muy parecidas, incluso conocimientos e información compartidos desde el principio. Si esto es así, es normal que la información que se transmite de unos a otros a través de las relaciones estrechas sea bastante limitada y pequeña. Por esta razón, relaciones lejanas y débiles pueden tener una importancia fundamental en la transmisión de información (Martínez, 1997).

Este hecho responde a la hipótesis ampliamente contrastada de Granovetter (1973), según la cual los lazos “débiles” conectan al individuo con un conjunto variado de posiciones sociales, aportando información laboral de mayor calidad, y conduciendo a puestos de más ingresos. Así, por ejemplo, se ha demostrado que el futuro ocupacional no sólo depende del entorno personal más cercano, sino que los contactos sociales menos personales y frecuentes juegan un papel clave. De este modo, cuanto mayor es el tamaño de la red, se reducen los costes de localización y acceso y se incrementa el número de probabilidades de acceder a un puesto de trabajo.

Por otro lado, desde la perspectiva de la inmigración, también resulta de interés conocer de manera más amplia el tamaño de la red, al poder actuar como factor facilitador para la creación de una red de apoyo social. Es decir, la conexión a otras personas y la pertenencia a grupos es una condición primaria para poder llegar a contar con dicha red. En ésta línea, Martínez et al (2000) encontraron una

covariación significativa ($\text{Alpha} = 0,042$) entre el tamaño de la red de apoyo social de los grupos de inmigrantes estudiados y el tiempo de asentamiento, lo que podría indicar que con el transcurso del tiempo, y el mayor acceso a distintos grupos de personas, aumenta la probabilidad de que el sujeto incremente el tamaño de su red de apoyo social.

- Otro aspecto muy importante a considerar en la población inmigrante es la *composición* de la red dado que el tipo de apoyo proporcionado por los distintos miembros, podrá tener efectos diferenciales sobre las condiciones logradas de integración. Este hecho puede apreciarse claramente en el acceso al mercado laboral. Una red de apoyo social constituida mayoritariamente por compatriotas, facilitará el acceso al restringido mercado laboral en el que ellos están inmersos. Sin embargo, una red constituida también por autóctonos, posibilitará el acceder a una mayor variedad de puestos de trabajo, y no exclusivamente a los relacionados con su colectivo.

b) *Densidad*

Hace referencia a “la proporción entre los lazos posibles y los lazos existentes entre los miembros de la red” (Hirsch et al., 1990).

Ya Durkheim (1902/1960) sugería que una estructura social que favoreciera la interconexión entre sus miembros contribuiría al bienestar de éstos; sin embargo, no siempre se observa que una mayor densidad en la red social proporcione mayor bienestar en el individuo (Fisher, 1977; Kadushin, 1982; Hirsch, 1980; Wilcox, 1981; Hirsch et al., 1990). En general los distintos autores asumen que la densidad será óptima y contribuirá al bienestar del individuo en función de determinadas circunstancias. Entre estas circunstancias destacan: el estatus socio-económico (Fisher, 1977;); la presencia de “clusters” dentro de la red social (Kadushin, 1982); la interconexión entre los distintos “mundos” del individuo dentro de su red social (Hirsch, 1980; Wilcox, 1981); o la orientación del individuo hacia el mantenimiento del statu quo o hacia el cambio (McLahan et al., 1981).

- Densidad y estatus socio-económico: La densidad de una red covaría con el tamaño de la misma; es decir, las redes más densas suelen ser también las más pequeñas y suelen provenir de uno o dos contextos (Hirsch et al., 1990). Los individuos de bajo estatus socio-económico tienen un acceso muy limitado a numerosos ámbitos sociales. Así, una red muy densa les puede ser ventajosa al permitirles conservar y controlar los recursos existentes y movilizarlos rápidamente. Contrariamente, los sujetos de más alto estatus socio-económico poseen una mayor cantidad de recursos propios, pudiéndose mover en una diversidad de contextos sociales y asumir distintos roles —lo que les lleva a menudo a formar redes de menor densidad.
- Densidad y sentimiento de comunidad: Para Kadushin (1982) la primera virtud de una red densa es su capacidad para proporcionar un sentimiento de comunidad a sus miembros, lo que, a la postre, es una garantía de ajuste psico-social y bienestar. Kadushin introduce el concepto de “cluster” para dife-

renciar dos tipos de redes poco densas. El “cluster” es un pequeño grupo humano situado dentro de una red, que se caracteriza por una marcada interconexión entre sus miembros y una práctica ausencia de relaciones entre miembros de distintos clusters, y dispone de la capacidad de proporcionar un sentimiento de comunidad.

- *La densidad de límites*: hace referencia al grado de interconexión entre los distintos segmentos de la red social de una persona y se define “como la proporción entre las relaciones potenciales y actuales entre los distintos ámbitos vitales” (Hirsch et al., 1990). La densidad de límites que más se ha estudiado es la que se establece entre la familia y los amigos. En general, la mayoría de los autores coinciden en señalar que un mayor solapamiento entre familia y amigos es beneficioso en situaciones normales pero se torna perjudicial ante situaciones anómalas en que se precisa de un cambio de roles o una reorientación en la trayectoria vital de las personas (Hirsch, 1980; Wilcox, 1981; McLahan et al, 1981; Zarlino et al., 1988).

En general, cuanto mayor sea la densidad, mayor será la exposición de la situación personal ante la red, lo que contribuirá a un aumento de las respuestas emocionales en los miembros. En el caso de eventos positivos producirá celebraciones y muestras de reconocimiento, pero en el caso de situaciones percibidas como adversas puede suponer un incremento de la ansiedad y de las dudas sobre uno mismo; es decir, una disminución en la satisfacción (Hirsch et al., 1990). Finalmente las redes muy densas parecen favorecer el mantenimiento de los roles tradicionales (maternidad, por ejemplo) y la consistencia en la identidad con los procesos habituales del desarrollo (por ejemplo, adquisición de autonomía durante la adolescencia). Sin embargo, en un sistema social dinámico la adaptación puede verse entorpecida por una red muy densa. En este caso, constituye una ventaja poseer una red poco densa compuesta por clusters muy densos.

Además del tamaño y la densidad, otras variables analizadas desde la perspectiva estructural del apoyo social, y señaladas en la revisión realizada por Gracia, Herrero & Musitu (1995), distinguen la frecuencia de contacto, la multiplicidad y la reciprocidad (Laireitier & Baumann, 1992), las variables temporales, de frecuencia y geográficas (Díaz-Veiga, 1987) y la homogeneidad (Lin, Dean & Ensel, 1986).

c) *Multiplicidad*

Se refiere a la existencia de relaciones que desempeñan más de una función o incluyen más de un tipo de actividad. Como señalan Laireitier & Baumann (1992), las personas más próximas son capaces de satisfacer un amplio rango de necesidades de apoyo, especialmente aquellas que tienen que ver con las amenazas a la propia estima. Los individuos más distantes proporcionan un rango menor de conductas de apoyo, habitualmente más específicas y dependiendo del tipo especial de relación de que se trate.

Algunos autores han encontrado una correlación positiva entre la existencia de relaciones múltiples y la satisfacción con la red social. Los pacientes esquizofrénicos

estudiados por Toldsdorf (1976) mostraban un descenso en el número de relaciones sociales múltiples. Otros autores han señalado también una correlación negativa entre roles sociales múltiples y síntomas depresivos (Díaz-Veiga, 1987).

Esta dimensión del apoyo social suele ser muy común en las redes sociales de apoyo de los inmigrantes, en las que a pesar de que se produce una gran variación de las necesidades a lo largo del proceso migratorio en función de las diferentes etapas, se observa una invariabilidad en la composición y procedencia del sistema de apoyo, dado que los vínculos asumen diferentes funciones a lo largo del proceso (Martínez, 2000).

En el caso de los grupos marroquíes y filipinos (en el estudio anteriormente citado) por ejemplo, los vínculos familiares son especialmente destacables por este hecho. A lo largo del proceso migratorio asumen diferentes roles en función de las necesidades y de la disponibilidad de lazos sociales. Proporcionan apoyo para atender diversas necesidades cognitivas y emocionales que son imprescindibles para el desarrollo, la socialización y el sentimiento de pertenencia social. De igual modo, suponen un importante moderador en contextos económicamente agresivos y políticamente opresores. Así se observa que los inmigrantes que centran su red en la familia tienen un perfil más estable que el resto, visitan más su país de origen y tienen más ingresos; forman parte del grupo que suele disponer de vivienda en propiedad y tienen empleo más tiempo (Miller-Loncar et al., 1998). Además, las personas que mantienen estrechas relaciones familiares utilizan menos los servicios profesionales de bienestar, ya que los familiares suponen una fuente muy sinérgica para la expresión de sentimientos y para la obtención de ayuda material (Leslie, 1992).

También los amigos entre la población inmigrante, especialmente los pertenecientes a la misma etnia o compatriotas, tienden a desempeñar multiplicidad de funciones. Éstos se convierten por un lado en importantes proveedores de ayuda material (especialmente durante las primeras fases de reasentamiento) y, por otra parte, cumplen un papel esencial como mediadores en la nueva sociedad de acogida.

d) Reciprocidad, direccionalidad o simetría

Refleja el equilibrio o desequilibrio en el intercambio producido en la relación entre dos personas; esto es, si los recursos fluyen sólo en una o en ambas direcciones. Los resultados positivos para la salud evidenciados por el apoyo social no se deben sólo al apoyo recibido sino también al apoyo proporcionado a otros en función de la simetría o equidad percibida en los intercambios (Kahn et al., 1985).

A juicio de Clark & Mills (1979), para estudiar la reciprocidad de los intercambios es preciso realizar una distinción entre las relaciones comunales —en las que cada persona se preocupa del bienestar del otro— y las relaciones de intercambio, caracterizadas por el interés de sus componentes sobre lo que se da y se recibe. En las relaciones comunales el objetivo primordial es mantener la “igualdad del afecto” y, por tanto, se evita el cálculo de los costes y beneficios que tal objetivo pudiera conllevar.

Otros autores han estudiado la reciprocidad en las relaciones sociales centrandolo el interés en las relaciones a largo plazo. Así, el concepto de intercambio puede explicar

tanto las relaciones más superficiales en las que se espera obtener un beneficio en gratificación al esfuerzo invertido —las relaciones de intercambio propuestas por Clark & Mills— cuanto aquellas que se mantienen a lo largo de buena parte del ciclo vital y que parecen obedecer a otros principios —las relaciones comunales.

e) *Variables temporales, de frecuencia y geográficas*

En general, este tipo de variables no aportan demasiado ni a la comprensión de la naturaleza de la red ni al apoyo que se deriva de las relaciones que la componen (Schultz & Rau, 1985). Algunos autores han comprobado que la cantidad de tiempo invertido en las relaciones es más relevante para explicar el acceso al apoyo que la frecuencia de los contactos (Díaz-Veiga, 1987). No queda claro cuál es la relación entre estas variables temporales y el acceso al apoyo social. En una revisión de 1979, Carveth & Gottlieb citan trabajos tanto a favor de una relación entre las variables temporales y el ajuste como en contra.

La dispersión geográfica hace referencia a la proximidad o lejanía de los miembros de la red social respecto del individuo central (Díaz-Veiga, 1987). La proximidad geográfica ha sido relacionada con bajos niveles de depresión (Wood, 1981).

f) *Homogeneidad*

Se refiere al grado de similitud o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada (características demográficas, experiencias, valores, actitudes, nivel cultural, etc.). Lazarsfeld & Merton (1964) lo llaman el principio de homofilia y Laumann (1966) habla de la hipótesis del “como-yo”. Lo que expresan estas teorías es que las personas con actitudes y estilos de vida similares tienden a congregarse en entornos —residenciales, sociales y de trabajo— donde se promueve la interacción y la asociación.

Este hecho es muy común entre los inmigrantes, donde los recién llegados buscan a aquellos con experiencias e identidad común: no sólo la comunicación y la comprensión de necesidades es más fácil con este grupo, sino que la asistencia y ayuda que ofrecen son cruciales durante las primeras fases de asentamiento —cuando los requerimientos de apoyo son mayores y las posibilidades de obtener apoyo de otros grupos menores (Leslie, 1992).

7.1.3. Críticas al análisis de redes: red social y red de apoyo

La principal crítica que se realiza a este análisis es el problema de la definición del concepto de red social. Los distintos trabajos analizados han constatado que las características de una red predicen mejor el ajuste de su miembros si esa red se define en términos de personas de mucha confianza o con las que se comparte una relación íntima (Blazer & Kaplan, 1983; Norbeck et al., 1981; Cohen et al, 1985; Vaux et al, 1986; Lareiter & Baumann, 1992). Ello ha llevado a numerosos investigadores a estudiar sólo

aquellos lazos sociales que son de apoyo, lo que supone una grave confusión conceptual entre la red social de un individuo y su red de apoyo.

La cuestión que ante esto se plantea es si, estudiando exclusivamente los vínculos personales que proporcionan apoyo, pudiera crearse una imagen distorsionada de un entorno social que habitualmente representa tanto relaciones de apoyo cuanto relaciones que pudieran generar conflicto (Wellman, 1981; Fisher, 1977). Además, como señalan diversos autores (McKinlay, 1973; McCallister & Fischer, 1978), algunos miembros de la red social proporcionarán apoyo en unas situaciones y no en otras. Por tanto, la identificación de una red de apoyo sin referencia expresa a la situación específica podría, como resultado, excluir a personas de cierta relevancia para el individuo (O'Reilly, 1988).

Para conocer la red de apoyo es preciso incluir la valoración que el individuo hace sobre los procesos sociales en que participa, excluyéndose aquellos aspectos sociales próximos que él no percibe como importantes.

7.2. PERSPECTIVA FUNCIONAL

El análisis funcional del apoyo social puede realizarse desde dos puntos de vista:

- la percepción de apoyo que los sujetos tienen sobre sus relaciones: para Sarason et al (1983;1990) el apoyo social es, en esencia, una percepción de que algunos recursos estarían disponibles llegado el caso (independientemente de que al final se acceda o no a ellos) y descansa su efecto en el grado de satisfacción que se obtiene de ese apoyo disponible.
- con las transacciones reales de apoyo que se producen entre la persona y su entorno: como señalan Sarason et al (1990) pueden distinguirse entre el apoyo que informa haber recibido el sujeto y el apoyo que otras personas próximas afirman haber proporcionado a ese sujeto. A pesar de que ambos tipos de apoyo se refieren a la misma situación, el acuerdo entre proveedor y receptor de apoyo no pasa del 50-60% (Antonucci & Israel, 1986).

Para Gottlieb (1985), el análisis de los conceptos “apoyo recibido” y “apoyo percibido” revela ciertas singularidades teóricas que conviene precisar:

1. Aquellos que experimenten fuertes sentimientos de apoyo, realizarán valoraciones atenuadas sobre los estresores ambientales y, consecuentemente, eliminarán en parte la necesidad de utilizar el apoyo que les proporciona la red social.
2. La percepción del apoyo es, en sí misma, una medida del bienestar y, como tal, influye directamente en variables personales como el autoconcepto, la sensación de control y la autoconfianza. Estas variables, a su vez, afectan a la sensación de apoyo.
3. En el proceso de afrontar el estresor, llega un momento en que el papel de la sensación de apoyo se agota y se hace necesaria la transacción real de apoyo. El

apoyo percibido ayuda a suavizar la magnitud de las percepciones de las amenazas y el apoyo recibido ayuda a enfrentarlas conductual o psicológicamente. Es decir, como señalan Gómez, Perez & Vila (2001: 5-38), podría decirse que “la percepción de apoyo juega un rol en los procesos de evaluación del estrés y sirve como una habilidad de afrontamiento. Las transacciones del apoyo, en cambio, sirven como una asistencia en el afrontamiento que facilita o impide el ajuste, como un factor complejo de la adaptación entre las demandas del estresor, el tipo de apoyo dado y las características del individuo”.

Tradicionalmente, la investigación en apoyo social ha estado vinculada al estudio del apoyo social percibido, ya que, desde la Psicología Social, se considera que los sucesos o circunstancias del mundo real afectan al individuo en la forma e intensidad en que son percibidos. Desde esta perspectiva, los rasgos relevantes en la evaluación del apoyo social son fundamentalmente de carácter **subjetivo** y consideran la percepción que tiene el individuo del apoyo recibido.

Recientemente, sin embargo, algunos autores se han cuestionado esta tendencia, dado que como señalan Kobasa & Pucceti (1983), “lo que uno percibe y dice sobre su entorno social puede ser un reflejo de la forma en que uno se ve a sí mismo” y no una síntesis de las condiciones sociales por las que atraviesa. Por otro lado, se presenta la dificultad de que, en ocasiones, se dan procesos de apoyo que son apenas observables en las interacciones sociales y que, sin embargo, podrían ser los responsables de la superación de crisis personales o situaciones difíciles. De acuerdo con Bronwell & Shumaker (1984), la mayoría de los intercambios son automáticos y no se evalúan.

La principal crítica que se ha hecho del apoyo social recibido es el escaso efecto que presenta sobre el bienestar y el ajuste psicosocial del individuo. Para autores como Sarason, Pierce & Sarason(1990), la aparente inconsistencia que presentan los estudios que analizan los efectos que posee el apoyo social recibido sobre la salud es producto de la confusión conceptual.

Las funciones del apoyo social pueden ser muy variadas y existen numerosas taxonomías que han intentado organizarlas. En la revisión realizada por Lin (1986) sobre las distintas funciones que se han atribuido al apoyo social, propone agruparlas bajo dos grandes epígrafes: funciones instrumentales y funciones expresivas. Esta clasificación parte de una diferenciación inicial entre los fines que desencadenan una acción y los medios para llevarla a cabo. La función instrumental deriva de actos instrumentales; es decir, actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlos. La función expresiva deriva de acciones expresivas: aquellas acciones que el individuo realiza y cuyo fin son ellas mismas.

El binomio instrumental-expresivo es asumido por la mayoría de los autores, si bien cada uno propone distintas funciones que pueden incluirse en uno u otro grupo.

Otra forma de identificar las funciones del apoyo social que han recibido un amplio acuerdo consiste en analizar el ámbito en que ese apoyo se produce. De este modo, el apoyo social puede aparecer en el plano afectivo, en el cognitivo y en el conductual. El plano afectivo recogería la función expresiva propuesta por Lin; el plano cognitivo podría albergar lo que numerosos autores denominan apoyo informacional (House,

Wills, Caplan), consejo (Vaux, Tolsdorf) o guía (Weiss, Barrera, Vaux); el plano conductual, por último, posibilitaría el apoyo conductual que puede incluir ayuda financiera (Vaux), ayuda material (Barrera) o servicios (Caplan).

En la clasificación propuesta por Rodríguez Marín (1995b), se distinguen dos tipos de funciones:

- Primarias: en las que un sistema de apoyo se caracteriza por aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.
- Específicas: las cuales según Jung (1990), permiten compartir problemas comunes; proporcionan intimidad; previenen del aislamiento; definen las competencias mutuas; proporcionan elementos de referencia y ofrecen resistencia en la crisis.

Siguiendo el análisis de Gracia, Herrero & Musitu (1995), las funciones de apoyo más señaladas en la literatura son:

✓ **Apoyo Emocional**

Como señala Wills (1985), un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima es tener con quién hablar de los propios problemas. Numerosos autores apoyan este planteamiento, al referirse a cuestiones como: la importancia de compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias (Keane et al., 1985); la necesidad de expresarse emocionalmente (Kessler et al., 1985); la confianza y la intimidad (Schaefer et al., 1982; Barrera, 1981); el afecto positivo e intenso (Pattison, 1981); el dominio de las emociones (Caplan, 1974); los sentimientos de ser querido y cuidado (Cobb, 1976); los sentimientos de ser valorado (Weiss, 1974; Cobb, 1976; Shumaker & Brownell, 1984; Wills, 1985); los elogios y expresiones de respeto (Shumaker & Brownell, 1984); etc.

Se considera que este tipo de apoyo desempeña un papel importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar (Barrón et al., 1988; Wills, 1985), ejerciendo un efecto directo sobre la salud mental tanto en hombres como en mujeres (Stansfeld et al. 1998). La investigación de Sook et al. (1996) en el que estudiaban los efectos del apoyo social sobre el padecimiento de depresión en una muestra de ancianos inmigrantes coreanos residentes en los Estados Unidos, encontraron que el apoyo emocional modera el efecto dañino del estrés cotidiano, y así suprimía los síntomas depresivos. También encontraron que este tipo de apoyo es más relevante que el apoyo instrumental para comprender la salud mental de los inmigrantes ancianos coreanos.

Durante la inmigración, este tipo de apoyo contribuye a amortiguar el coste emocional y afectivo que supone la separación de los más allegados y del universo natural de referencia. A través de ellas se actualizan los vínculos y obligaciones con aquellos y con la comunidad de origen (Criado, 2001). Estos hechos convierten a las redes migratorias en una importante subcorriente que obedece a una lógica que no siempre sigue las tendencias económicas globales. Gracias a ellas las variaciones salariales y las oportunidades de empleo se nivelan, de modo que en un cierto tiempo el

volumen del flujo es relativamente indiferente a las fluctuaciones del ciclo económico en los lugares de destino (Portes & Börözc, 1992).

✓ **Apoyo informacional y estratégico**

Las personas que están a nuestro alrededor pueden proporcionarnos información acerca de la naturaleza de determinado problema (Wills, 1985); darnos pistas sobre su interpretación, valoración y adaptación cognitiva (Shumaker & Brownell, 1984); indicarnos los recursos que son relevante para su afrontamiento; y las posibles vías de acción; modelado de estrategias de afrontamiento emocional y conductual; remisión a los profesionales adecuados; animar a buscar asistencia; formar en técnicas de solución de problemas, etc. (Wills, 1985).

Este tipo de apoyo ha sido considerado por numerosos autores (Caplan, 1974; Weiss, 1974; Hirsch, 1979; Schaefer et al., 1982; House, 1981; Gottlieb, 1983; Shumaker & Brownell, 1984; Kessler et al., 1985; Keane, et al., 1985; Barrón et al., 1988), sin embargo, su independencia con el apoyo emocional no está del todo probada.

Wills (1985) plantea que el apoyo informacional opera fundamentalmente como un proceso de amortiguamiento en situaciones de estrés, ya que bajo circunstancias ordinarias la mayoría de las personas disponen de la información suficiente para un funcionamiento adecuado. Sólo cuando el estrés ambiental excede los conocimientos de la persona y su capacidad de resolución de problemas, se hace necesaria la información adicional y el consejo.

✓ **Apoyo material, tangible o instrumental**

Se ha definido como prestación de ayuda material directa o servicios (Schaefer et al., 1982; Barrón et al., 1988).

Wills (1985) plantea que, en circunstancias ordinarias, este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades y preocuparse por una mayor crecimiento personal. Su efectividad se incrementa cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada (Cohen & McKay, 1984, citados en Barrón et al., 1988), pero puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de endeudamiento (Brownell & Shumaker, 1984).

Este tipo de apoyo junto con el anterior (informacional), parece ser uno de los factores determinantes del hecho de que un individuo llegue a emigrar o no, ya que no todos los individuos que se plantean emigrar van a hacerlo. Entre otras razones, el decidirse a emigrar implica movilizar unos recursos previos para superar lo que se conoce como obstáculos intermedios entre origen y destino, los que no siempre se poseen. Dentro de ese fondo necesario, los más valorados son los que atañen a la información y el apoyo material en la etapa inicial, aspectos que se cubren a través del conjunto de relaciones que conforman la red social del inmigrante (Criado, 2001).

✓ **Apoyo de estatus**

La mera existencia de una relación puede suponer para el individuo una confirmación sobre su capacidad para integrarse en un contexto social determinado. Es decir, la participación en determinadas relaciones sociales proporciona evidencia al sujeto de que es capaz de cumplir con ciertas responsabilidades en el ámbito de tales relaciones.

✓ **Compañía social**

La posibilidad de participar en las actividades sociales lúdicas (salidas nocturnas, ir al cine, realizar excursiones) que proporciona la compañía social, se ha comprobado que posee un efecto positivo sobre el bienestar (Wills, 1985). En general, un número de relaciones sociales apropiado puede fomentar a su vez la creación de nuevas relaciones como consecuencia del contacto con otras redes sociales. Esta situación fomenta un sentimiento de pertenencia que ha llevado a algunos autores a proponerlo como un tipo específico de apoyo. (Cohen & McKay, 1984).

✓ **Apoyo de evaluación**

De acuerdo con House (1981), existe un tipo de información que va encaminado fundamentalmente hacia las auto-evaluaciones del receptor de la ayuda. Estas auto-evaluaciones posibilitan la comparación social y son relativamente independientes de las emociones que las acompañan.

✓ **Capacidad de proporcionar apoyo**

El mantenimiento de relaciones en que no sólo recibimos apoyo sino también nos sentimos capaces de proporcionarlo ha sido relacionado a menudo con el bienestar y el ajuste.

7.2.1. Las dos caras de la moneda: efectos positivos y negativos de las redes de apoyo

En definitiva, el estudio del apoyo social, tanto desde su perspectiva estructural como funcional, adquiere sentido en el intento de comprender cuales son sus efectos sobre distintas variables del sujeto, que consideradas conjuntamente, llegan a explicar los efectos de dicho apoyo sobre el estado de salud y el nivel de adaptación del individuo.

En el caso de estudio del apoyo social en población inmigrante como aquí nos ocupa, la disponibilidad de este apoyo tiene una importancia especialmente relevante dada la gran cantidad y diversidad de demandas y situaciones novedosas que el sujeto debe de afrontar. El contar con apoyo social podría significar un incremento

de los recursos disponibles por el sujeto para afrontar dicha situación e implicar, en definitiva, un mecanismo amortiguador contra los efectos deteriorantes de la inmigración (Hall et al., 1994).

De manera general, pueden señalarse algunos de los efectos beneficiosos derivados del apoyo social, los cuales deberán ser tenidos en cuenta como factores facilitadores del proceso de adaptación a un entorno desconocido como en la inmigración (Gómez, Pérez & Vila, 2001; Gurak & Caces, 1998; Shumaker & Brownell, 1984):

1. Reducción del estrés: este efecto puede producirse por la influencia del apoyo social sobre tres procesos:
 - los procesos de evaluación primaria: la valoración que hace el sujeto sobre el perjuicio o beneficio de un hecho o situación. El conocimiento de que los propios problemas son compartidos por otros, según la teoría de la atribución, disminuye la gravedad percibida y el valor amenazante de los eventos negativos;
 - los procesos de evaluación secundaria: la valoración del sujeto de sus propios recursos para afrontar la situación estresante:
 - a través de brindar ayuda en los procesos de afrontamiento (Cohen & Wills, 1985).

2. Incremento de la autoestima, definiéndose ésta como la forma en que el individuo se evalúa a sí mismo (Bandura, 1987). La importancia de este efecto deriva de:
 - la relación directa (Beck, 1967; Radloff, 1977; Dean, 1986; Herrero, 1994; Herrero et al. 1995) e indirecta (Hirschfeld & Klerman, 1979; Wills, 1985) existente entre autoestima y ajuste personal. La autoestima es así considerada como uno de los recursos personales más importantes con los que cuenta el individuo para mantener un buen ajuste psicosocial (Herrero, 1997)
 - la autoestima condiciona el mantenimiento y la creación de sistemas informales de ayuda (Sarason et al., 1991; Cutrona, et al., 1990; Sarason et al., 1983; Cohen, 1985; Hobfoll et al., 1988), lo cual reviste especial importancia ya que la mayoría de las situaciones sociales estresantes requieren para su resolución de la interacción con otras personas. De este modo, cuando existen percepciones negativas sobre uno mismo las relaciones sociales se entorpecen y, en consecuencia, proliferan los conflictos, lo cual no ayuda a superar las dificultades.
 - una elevada autoestima anima al sujeto a participar en un mundo de relaciones recíprocas (Wills, 1985), posibilitándose el acceso al apoyo social disponible para hacer frente a las situaciones estresantes e incidiendo en la promoción del bienestar psicológico (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Cohen & Syme, 1985; Lin, Dean & Ensel, 1986; Sarason, Pierce & Sarason, 1990; Herrero, 1994; Gracia, Herrero & Musitu, 1995).
 - una elevada autoestima parece estar relacionada con la búsqueda activa de ayuda en caso de necesidad (Conn & Peterson, 1989). De este modo, la autoestima se convierte en un vehículo de integración en los sistemas infor-

males, posibilitando la pertenencia a contextos caracterizados por la presencia de transacciones de apoyo (Caldwell & Reinhart, 1988; Hobfoll & Lerman, 1988; Newcomb, 1990)

- influencia sobre las estrategias adoptadas en la interacción con los demás. Las personas con baja autoestima pueden adoptar estrategias interpersonales disfuncionales con la finalidad de minimizar los riesgos de recibir un feedback negativo (Horowitz, 1983): excesiva conformidad, rebelión y retraimiento. Si, además, la persona atraviesa una situación estresante, no sólo disminuye la posibilidad de buscar ayuda sino que la influencia del estrés persiste pudiendo fomentar la aparición de desórdenes psicológicos (Cohen et al., 1992; Lazarus & Folkman, 1986; Newcomb, 1990; Herrero, 1994; Gracia, Herrero & Musitu, 1995).
3. Elevación del humor, lo que influiría sobre los aspectos fisiológicos del estrés y los procesos de afrontamiento (Bennet & Connell, 1999).
 4. Sentimiento de ser querido o amado.
 5. Sentimientos de integración social y pertenencia al grupo.
 6. Percepción incrementada del número de amigos y su utilidad. Esta percepción de ayuda potencial disponible influye positivamente en la forma como las personas encaramos los problemas (Gracia, Herrero & Musitu, 1995).
 7. Incremento de la autoeficacia y la creencia en la habilidad para controlar aspectos de su ambiente (Sarason et al., 1983). En el estudio realizado por Furukawa et al. (1998) sobre apoyo social y ajuste a un ambiente social novedoso, se descubrió que cuando los sujetos perciben disponibilidad de apoyo social y adecuación del mismo, disminuyen las estrategias de afrontamiento orientadas a sus emociones y aumentan las orientadas a la tarea.
 8. Reducción de la ansiedad, la autorrecriminación, la indefensión y la ambigüedad;
 9. Facilitación de la liberación emocional.
 10. Interpretación clara de posibles eventos amenazantes.
 11. Disponibilidad de canales de información y estructuras normativas.
 12. Reforzamiento de sentimientos de seguridad: las redes sociales pueden animar al sujeto para persistir en su intento de solucionar los problemas, convencerlo de que las cosas van a mejorar y ayudarlo a soportar la frustración (Wills, 1985).
 13. Incremento del bienestar.

Sin embargo, también el apoyo social puede tener efectos negativos sobre el individuo (Finch et al., 1999; Ullman, 1999), los cuales han de tenerse en cuenta al desarrollar programas de intervención (Barrón, 1996). Así, por ejemplo, muchas veces las

personas hacen o dicen cosas, que desde la perspectiva de quien lo dice (el proveedor de ayuda), pueden parecer positivas, pero, en la práctica, resultan negativas para las personas a las que se les dicen (el receptor de ayuda).

Los procesos negativos del apoyo pueden incluir: demandas estresantes hechas por otros, obligaciones sobre sus propias elecciones, esfuerzos requeridos para mantener la red y desacuerdos cuando la ayuda es necesaria pero no es provista (Gómez, Pérez & Vila, 2001). Las demandas y obligaciones de los miembros de la red pueden diluir o viciar los efectos benéficos y, así, debilitar cualquier relación que pudiera ser saludable (Barrón & Chacón, 1992).

Los mecanismos asociados a la integración social y que regulan el control social y la presión de los iguales (Bisconti & Bergeman, 1999) pueden resultar también negativos cuando se produce un proceso de “regulación negativa” de la interacción humana (Gómez, Pérez & Vila, 2001). En estos casos, lo que se refuerzan son conductas inapropiadas por modelos inadecuados, fomentando y manteniendo actos desviados socialmente, y que pueden llegar a resultar patológicos.

En concreto, las condiciones que rodean la migración, fomentan la aparición de dichos efectos negativos del apoyo social. Los problemas de convivencia son bastante comunes, pues, por un lado, el grado de relación anterior es muchas veces mínimo o incluso no ha habido nunca un contacto directo y, además, para abaratar el coste de la vivienda suele compartirse entre bastantes personas. Las quejas más reiteradas a este respecto incluyen las siguientes razones (Criado, 2001): pautas y hábitos diversos (higiene y organización domésticas); conducta desordenada (bebida); descontrol en los gastos que se comparten; falta de intimidad y excesivo afán inquisitivo (logros y conductas de los otros miembros). Todos ellos, de modo aislado o yuxtapuestos, serán motivo de incomodidad y conflictos.

8. REDES SOCIALES DE LOS INMIGRANTES

De acuerdo con Lomnitz (1976), (citado en Gurak & Caces, 1998), las redes sociales migratorias se caracterizan por:

- Una red migratoria no tiene porqué estar fuertemente institucionalizada, sino responder más bien a un conjunto de relaciones que giran en torno a algún principio organizativo subyacente a la red (intercambio recíproco u otras metas comunes compartidas).
- Debido a que no están en su inicio normativamente definidas, pueden adoptar todo un abanico de formas, siempre que las condiciones lo permitan, y ello con más facilidad que estructuras más institucionalizadas, como las familias y las organizaciones formales.
- Las redes no son espontáneas y efímeras, sino que responden a relaciones que hasta ése momento se encontraban en estado latente. Evolucionan con el tiempo y con la maduración de las relaciones. Como señala Martínez (1997), las relaciones que una persona mantiene con otras no tienen porqué estar conti-

nuamente activadas. Esto puede ocurrir incluso con las relaciones de parentesco que parecen estar siempre presentes y sin embargo hay momentos en que se accionan y otros en los que están latentes. El hecho de que haya redes que en un momento determinado se activan y en otros estén latentes, o incluso el hecho evidente de que haya redes que se crean de nuevo cuando las situaciones cambian, las dota de un carácter dinámico enormemente importante.

- El tipo de individuos que se identifica como miembros de ellas variará en función del principio organizativo y de los recursos y necesidades que perciban quienes ya pertenecen a la red.
- Son potencialmente variables en forma y función.

A pesar de esta variabilidad potencial en la forma y la función de las redes migratorias, los estudiosos de la migración tienden a tratar las redes como conjuntos de parientes (y a veces de amigos), siempre presentes en las migraciones y a través de los cuales se canaliza la información y otros ítems. A pesar de ser ésta una descripción rigurosa en el sentido en que tales ordenamientos y funciones parecen omnipresentes, algunos autores consideran que constituye una caracterización unidimensional de lo que podemos comprender como un conjunto de ordenamientos sociales variables que de diversas maneras conforman las migraciones y sus secuelas. Así, Gurak & Caces (1998) señalan que las redes migratorias pueden diferir de las redes de apoyo de la comunidad local debido a las limitaciones impuestas por la distancia. Por lo tanto, el análisis de su estructura convendría que considerase una mayor extensión de las relaciones.

Como características generales de las redes de los inmigrantes destacar una “seria restricción en el terreno de las relaciones personales” (Criado, 2001), en la que el inmigrante además de mantener un número reducido de contactos personales deliberados⁵, suele verse restringido a relacionarse dentro de los límites de su grupo de origen.

También la tendencia a la relación endogrupal, la dificultad para establecer relaciones fuera de ese círculo, la escasez de vínculos (mayor aún cuando se refiere a miembros ajenos al conjunto de origen: población autóctona u otro colectivo) y el predominio de las relaciones superficiales, son otras de las características señaladas como distintivas de las redes sociales de los inmigrantes.

Este carácter un tanto “cerrado”⁶ de las redes de inmigrantes, según Coleman, “es importante no sólo para la existencia de normas efectivas sino para la existencia de otra forma de capital social, la confianza creada por las estructuras sociales que permiten la proliferación de obligaciones y expectativas” (Coleman, 1988: 197)

Sin embargo, es importante considerar lo señalado por Criado (2001) con respecto a que “son éstas también las notas que imperan, salvo excepciones, para el conjunto

⁵ Con el término “deliberados” se hace referencia a un vínculo que no obedece a criterios externos de ningún tipo, un modo de relación que formaría parte de lo que Guiddens denomina como “relación pura”: la que “existe tan sólo por las recompensas que puede proporcionar por ella misma” (Criado, 2001).

⁶ Cuando Coleman habla de carácter cerrado no se refiere al carácter impermeable o perfectamente delimitado de un grupo, sino más bien al carácter de grupo de un colectivo, en contraposición a una pura agregación de individuos.

global de la población”, al constituir algunos de los efectos derivados de la vida urbana que la caracterizan.

La pérdida de los lazos primarios y las necesidades provocadas por el desplazamiento hace que, en general, los contactos y las relaciones iniciales sean con los emigrados que les anteceden. En este sentido, encontramos muchas diferencias entre unos y otros grupos de inmigrantes, dado que la mayor o menor disposición de contactos a la llegada al país de acogida estará en función de lo desarrollado que esté antes del proceso migratorio la red de relaciones establecidas entre el país de origen y de recepción. Por ejemplo, Martínez (1997) señala que tan solo el 5% de las dominicanas dice no conocer a nadie en el momento de la venida, frente a un 45% de marroquíes y un 43% de gambianos. Es decir, parece que en el caso dominicano existía previamente al proceso migratorio una red de relaciones establecida entre el país de origen y el de recepción.

Las redes de relación se concentran principalmente alrededor de los propios compatriotas (sea en la condición de familiares o de amigos). La importancia de la existencia de compatriotas dentro de la red social del inmigrante, viene demostrada por los estudios que sugieren que existe una relación positiva entre el apoyo proporcionado por la comunidad etnocultural y adaptación. Murphy (1973) encontró que los rangos de hospitalización por enfermedades mentales entre grupos de inmigrantes canadienses aumentaba cuando el tamaño del grupo decrecía, y Beiser (1988) encontró que la ausencia de una comunidad etnocultural se relacionaba con un aumento de desórdenes emocionales entre inmigrantes residentes en Vancouver.

Sin embargo, sí se encuentran diferencias entre las diferentes etnias con respecto a la procedencia de los vínculos de la red. Así, por ejemplo, en el estudio de Martínez et al. (2000) en el que se analizaban las redes sociales de tres grupos étnicos residentes en Andalucía (marroquíes, filipinos y senegaleses), encontraron que por término medio casi tres personas de la red de los marroquíes y filipinos son familiares y en cambio, los senegaleses no cuentan por término medio ni con un miembro de la familia. Por otro lado, los amigos están presentes en todos los grupos y, aunque sin diferencias significativas, es en los senegaleses en los que se encuentran los promedios más elevados. También la categoría de “Otros” donde se recogen los vínculos más alejados del sujeto focal (empresarios, profesionales, vecinos) tienen mayor importancia para los senegaleses que para el resto de las etnias.

En nuestro país, el incremento de los grupos nacionales multiplica los contactos y puntos de reunión (Gregorio, 1998; Ramírez, 1998; Provansal, 1999), desde donde se difunde información, algo crucial para desenvolverse, buscar ocupación, conocer organismos e instituciones de ayuda, etc. Incluso se están creando servicios, establecimientos de alimentación y comercios especiales que fortalecen las relaciones y la cohesión social. Así, por ejemplo, están proliferando enormemente en la Comunidad de Madrid peluquerías de Dominicanas, que funcionan al mismo tiempo como locutorios telefónicos y tiendas donde adquirir productos típicos de la tierra, que se convierten en importantes puntos de reunión y de encuentro con compatriotas (El País, 15 de enero de 2002).

Con ellos suelen compartir vivienda, información, y se ayudan en la búsqueda de trabajo. El encuentro se da, por ello, en los ámbitos que se articulan alrededor de varia-

bles adscriptivas más que en función de afinidades electivas. En gran parte, estos vínculos se organizan en torno a los lazos de parentesco⁷, el origen común, o conocidos a partir de otras relaciones. Con el tiempo conocen a gente de otras nacionalidades pero siempre la relación más intensa es, sobre todo, dentro del propio colectivo. Más tarde, según avanza el asentamiento, pueden irse incorporando a otros ámbitos de relación y comienzan a mantener contacto puntual con miembros de otros grupos: vecino, en el caso de españoles, y otros inmigrantes con que se comparte problemática o creencias.

Llama la atención también la escasa o nula presencia de sujetos inmigrantes de diferente etnia entre las redes de los inmigrantes, aunque sean compañeros de trabajo y vecinos de una población de alta densidad. Esto puede indicar que no existe realmente ningún movimiento de reordenación ni de reagrupamiento étnico (Martínez, 1997).

La relación con los españoles, por otro lado, suele ser superficial y se restringe muchas veces al ámbito vecinal. La diferencia en hábitos culturales, unido a la inseguridad que les produce su condición foránea, hace que las relaciones que se establecen se reduzcan, por lo común y muchas veces en el mejor de los casos, a un trato meramente formal. Los recelos que perciben en la población ante los extranjeros, la distancia en los problemas, la imagen degradada y la identidad social atribuida, les lleva a inhibirse en sus encuentros. La relación cara a cara tiende a evitarse, por lo que la existencia particular de los diferentes conjuntos transcurre en mundos paralelos que se dan mutuamente la espalda (Criado, 2001).

Por otro lado, el creciente número de inmigrantes propicia el nacimiento de asociaciones de solidaridad entre los mismos inmigrados (Domingo & Viruela, 2001), las cuales desempeñan un importante papel en la integración sociolaboral. A éstas acuden al menos en algún momento del proceso migratorio, especialmente las personas que se desplazan solas por sus propios medios y aquellas que se encuentran en situación irregular. La importancia del papel desempeñado por las mismas queda reflejado en el hecho de que con el tiempo, y a medida que superan las dificultades de los primeros momentos, los inmigrados desarrollan su propia red asociativa (Lacomba & Del Olmo, 1996). Lo habitual es que acudan a estas organizaciones por referencias de personas que se encuentran en la misma situación, el boca a boca es el principal canal de información entre los inmigrados (Fernández, 1999), aunque últimamente muchos llegan a las ONG's desde los servicios sociales de los ayuntamientos y gobiernos autonómicos (Domingo & Viruela, 2001).

Ejemplos de estas organizaciones en nuestra Comunidad serían interminables: ATIME (Asociación de Trabajadores Inmigrantes Marroquíes en España), con objetivos de organización laboral; ARI-PERU, que persigue la "integración social de ciudadanos extracomunitarios en la sociedad de acogida"; AMDE, Asociación de Mujeres Dominicanas en España, para la integración, orientación y actividades formativas;

⁷ Señalar que para muchos inmigrantes el propio concepto de familia tiene un contenido más extenso que el nuclear de las sociedades industrializadas y urbanizadas, supliendo las carencias de diversos servicios con la solidaridad fundamentada en el parentesco (Domingo & Viruela, 2001)

AMAL, asociación de mujeres marroquíes; la recientemente conocida agrupación de ecuatorianos Rumiñahui, etc. Estas asociaciones pueden suplir el déficit en las redes de apoyo naturales (Franzé et al., 1999). Pero, en cualquier caso, complementan el respaldo familiar para enfrentarse a las situaciones de explotación laboral y marginación social, también en aumento a medida que crece el número de inmigrados.

Dentro de estas redes de apoyo de los inmigrantes, resultan especialmente relevantes las entidades religiosas, las cuales tienen una considerable incidencia en el proceso migratorio, especialmente en la acogida y los contactos laborales, sin olvidar la cohesión social que significan. Entre otros, Gregorio (1998) y Martínez Veiga (2000) aluden al tradicional papel de entidades católicas en la mediación entre empleadores y trabajadoras del servicio doméstico y las primeras llegadas de dominicanas a España promovidas por religiosas con sedes en esa República, de manera que las inmigradas contaban con un empleo asegurado desde el lugar de origen. Por ejemplo, los católicos filipinos en Madrid disponen de atención específica servida por sus propios religiosos. La parroquia no sólo es sede de culto y celebraciones sociales, sino que realiza actividades formativas, de gestión administrativa y laboral (Colectivo IOE, 1999).

Igualmente es notorio el papel de la religión en los diversos colectivos musulmanes. Por una parte, surgen las asociaciones islámicas de tipo cultural apoyadas por países árabes a través de sus embajadas (Lacomba, 1996). Por otra parte, la pertenencia musulmana, aunque sea bajo diferentes grados, configura una identificación social particular y también una forma de inserción en la sociedad de acogida, en la cual la figura del *imam*, también inmigrante, adquiere un singular relieve (Lacomba, 2000). Los centros de reunión y/o de culto sin duda funcionan también como puntos de información y solidaridad.

Con respecto a los factores que podrían explicar las pautas en esta esfera y que delimitan y condicionan las relaciones que se establecen son (Criado, 2001):

- *La peculiar condición del inmigrante*: su vida discurre, con frecuencia, al margen de lo que les rodea, de espaldas al entorno. Se sienten extraños y lo que hay a su alrededor no invita a participar más, ni favorece el encuentro. La *extranjería* —potenciada aún más por la precariedad de las condiciones de existencia— fragua en un sentimiento de desconexión que obstaculiza la participación en actividades de ocio y en redes sociales ajenas al grupo de referencia. Por otro lado, dos de las secuelas de la *condición migrante*, tales como la *provisionalidad* —percibe su estancia en el país de llegada como algo transitorio— y la *postergación de gratificaciones*, unido a la precariedad en que se encuentran muchos de ellos, se traducen en un replegamiento del individuo y, con ello, cierta desvinculación de lo que les rodea.
- *La naturaleza de índole económica del proyecto migratorio* —o al menos en la forma que adopta—, a lo cual se unen las *condiciones de trabajo*: jornadas superiores a la media, inestabilidad laboral y salarios escasos, que intentan compensar, si pueden, con empleos adicionales, lo que deja poco margen a otras actividades (Ibidem, 2001).
- *Su posición marginal en la nueva estructura*.

-
- *Las dificultades lingüísticas* (que en mayor o menor grado afectan a todos ellos).
 - *Exclusión de los espacios comunitarios*: iniciar y mantener una relación personal demanda además una serie de condiciones y requisitos que son, en mayor o menor grado, necesarios. Entre ellos, junto a una mínimas habilidades sociales, son ineludibles un espacio de encuentro —en el que se comparten experiencias— y cierta afinidad que promueva y alimente dicho vínculo. Los inmigrantes, en general, van a estar excluidos de los espacios comunitarios que, por lo común, ejercen esa función y facilitan nuevos nexos. El tipo y condiciones de la actividad laboral que realizan, la privación económica, la irregularidad administrativa —efectiva o factible— dificultan o hacen impracticable el establecimiento de vínculos (Ibiden, 2001).

En este marco común deficitario, una de las categorías más afectada y que soporta el mayor deterioro en sus vínculos sociales, es la que subsiste de la venta ambulante. La índole de su actividad —al margen de las redes de interdependencia que constituyen la sociedad— y las peculiares actitudes que fomenta la marginalidad, hacen que sean éstos los que experimenten de modo más agudo la exclusión social en todas sus manifestaciones: privados de recursos económicos, de soportes relacionales y de protección social, determinantes básicos de tal estado (Castel, 1995).

Finalmente, la relación con los españoles se ve dificultada en concreto por la *falta de espacios de actividad* en los que los miembros de ambos sectores desempeñen un rol análogo, que instituya y afirme *la simetría* por encima de la desigualdad. Ello facilitaría ese contacto inicial, tantas veces imprescindible, que ayude a neutralizar los estereotipos existentes y abrir así un cauce para la normalización de la relación entre inmigrantes y población nativa. Pero normalmente sólo coinciden en el ámbito laboral —en el que se reproduce la asimetría— y en los espacios públicos, en los que rigen los encuentros anónimos y, por tanto, despersonalizados y abstractos.

9. FUNCIONALIDAD DE LAS REDES SOCIALES DE LOS INMIGRANTES

Centrándonos en los efectos de las redes sociales de inmigrantes, cabe señalar que éstos pueden tanto orientarse a la protección y la seguridad del inmigrante, como constituir una malla en la que éste se ve atrapado (Domingo & Viruela, 2001).

Especialmente, la literatura de investigación ha destacado el papel de adaptación de estas redes (Gurak & Caces, 1998). La adaptación se refiere tanto a la acomodación a corto plazo a duras condiciones temporarias como a la integración en la sociedad de destino a largo plazo. Sin embargo, las investigaciones tienden a centrarse mucho más en sus efectos *en la adaptación a corto plazo* —vivienda, dinero, información (sobre empleo y estrategias generales de supervivencia) así como apoyo emocional— que en la integración a largo plazo. De este modo, son numerosos los estudios que demuestran que las redes migratorias desempeñan de manera rutinaria un papel importante de *asistencia a la adaptación a corto plazo* a los inmigrantes (Tilly & Brown, 1967; Caces, 1986-1987; Gurak & Kritz, 1987; Choldin, 1973; Banerjee, 1983;

Massey et al., 1987), habiendo sido identificada dicha aportación de asistencia como un principio nuclear de organización para los inmigrantes.

El estudio de Lomnitz (1976) sobre la estructura social de los migrantes en un barrio de chabolas en Ciudad de México proporciona una excelente descripción del funcionamiento de estas redes. Lomnitz (1976: 137) describe redes muy cerradas que se definen por “el flujo del intercambio recíproco de bienes, servicios e información económica disponible”. Posteriormente Massey (1987) formula el mecanismo subyacente señalando la utilidad de las redes para reducir el coste de la migración al poner información y otros ítems a disposición de un círculo cada vez más amplio de inmigrantes.

La situación actual de España, caracterizada por el aumento continuado del número de inmigrantes procedentes de muy diversos países, hace que se esté convirtiendo de modo gradual y paulatino en una sociedad cosmopolita. Entre otras consecuencias, destacar el hecho de que favorece que el recién llegado, aunque pertenezca al tipo menos usual que llega sin un enlace previo, le resulte fácil contactar con otros inmigrantes que llevan cierto tiempo en España, tanto del mismo origen como de otros distintos. Esto, además de suponer la disponibilidad de apoyo expresivo y emocional, le ayudará a orientarse en los primeros momentos en el entorno ajeno a fin de que pueda cubrir sus necesidades más inmediatas: comida, alojamiento y trabajo (Criado, 2001).

Le proporcionarán también información de muy distinto tipo relevante para su adaptación en el nuevo entorno: así, además de transmitir al inmigrante recién incorporado la *normalidad* de una situación administrativa irregular, le van a informar también tanto sobre una cierta *permisibilidad* social ante ello, como sobre los recursos a los que puede acudir en caso de necesidad (ONG's y asociaciones de apoyo a inmigrantes) y sobre las estrategias a las que recurrir para eludir el control policial (*op. cit.*, 2001).

De este modo, aún cuando los inmigrantes no tengan ningún conocido en el país de origen, en muy poco tiempo habrán adquirido los suficientes conocimientos sobre el entorno como para moverse en él con cierta desenvoltura: dónde acudir en busca de ayuda, qué hacer cuando aparece la policía, dónde aprender las primeras nociones de español, etc.

Sin embargo, la situación más general es disponer de algún tipo de contacto, puesto que como ya se ha señalado anteriormente, la disponibilidad de contactos en otro país es uno de los determinantes de elección del país al que emigrar. Constituye, también en principio, la posición más ventajosa, pues tal circunstancia supone ciertas facilidades iniciales: disponer de alojamiento, aunque sea de modo provisional, y a la par, un acceso más rápido a quienes puedan proporcionarle algún trabajo.

En el informe sobre los inmigrados en la ciudad de Valencia (Bastidas, 1999), el 94 por ciento de ellos disponía de una vivienda, la mayoría (86%) de alquiler. El 41 por ciento convivía con familiares y el 32 por ciento con amigos. Las diferencias entre hombre y mujeres se manifestaban en un mayor porcentaje de mujeres que viven con familiares (51%), frente al 30 por ciento de los hombres, los cuales comparten la vivienda con amigos (36%) o están solos (30%). En el estudio realizado por Domingo & Viruela (1999) del conjunto de fichas de mujeres inmigradas, archivadas en el CITMI (Centro de Información de Trabajadores Migrantes. CCOO, Valencia) entre 1995-1999,

la mayoría decía alojarse con familia (los autores consideran que seguramente utilizaban también esta expresión las que trabajan como internas) mientras que residía con amigos el 9% y únicamente el 8 por ciento vivía sola.

De igual modo, los estudios que relacionan las redes sociales con las trayectorias personales en el mercado de trabajo, demuestran que las redes reducen los costes de localización y acceso a un puesto en la estructura ocupacional (Requena, 1991,1994), contribuyendo así a explicar los mecanismos de inserción y movilidad de los trabajadores extranjeros en un mercado laboral segmentado. Las redes pueden ser consideradas como instrumentos cuyo uso *facilita el logro de un puesto de trabajo*. La movilidad del inmigrante recién llegado en el mercado laboral estará en función de las informaciones a su alcance y de las interacciones sociales convertidas en un trampolín que alivia los costes de búsqueda y acceso al empleo (Pérez Pérez,1997).

En el trabajo “Cadenas y Redes en el Proceso Migratorio Español” (Domingo & Viruela, 2001) se señala cómo los familiares y las amistades constituyen, junto con algunos centros religiosos, las vías más útiles para conseguir información, intermediación y referencias para el acceso al trabajo. Si se trata de mujeres, dado que la mayoría trabaja en el servicio doméstico, bastantes de ellas internas, se requiere un cierto grado de confianza que suele basarse en el respaldo de personas conocidas, incluso si se busca y recomienda la sustitución por una persona conocida, cuando se deja un trabajo por otro mejor. En cualquier empleo es importante una garantía, sobre todo si se trata de trabajos con alguna continuidad, como en el caso de los rumanos trabajadores en la construcción.

Un interesante ejemplo de la red de apoyo laboral es el de los senegaleses en Valencia pertenecientes a la cofradía musulmana *murid*. Aparte de la solidaridad en la acogida de los recién llegados, se ha organizado un sistema de autoempleo comercial en el que se integran los compatriotas, unos como proveedores de mercancías (importación y exportación), otros como vendedores ambulantes (Lacomba & Del Olmo, 1996).

Otro tema común de investigación es la función de las redes como vínculo entre la comunidad migratoria en el lugar de destino y la comunidad no migratoria en el lugar de origen (Gurak & Caces, 1998). La unión de las dos crea nuevas redes que juntan el origen y el destino. La diferencia entre todos éstos elementos es difícil de establecer porque la gente se mueve muchas veces y, una vez que los procesos migratorios se ponen en marcha, la separación entre origen y destino tiende a difuminarse. Sin embargo es importante tener en cuenta estas distinciones porque pueden ayudarnos a comprender diferencias en la organización de las redes en distintos casos concretos (Martínez, 1997).

El envío de dinero es uno de los intercambios principales que se producen entre estas redes. La frecuencia y regularidad de envío de dinero a la familia cuando ésta permanece en el país de origen, varía de unos colectivos de inmigrantes a otros y está influido por factores como la estabilidad laboral, la capacidad de ahorro... Las dominicanas de Madrid son las que con más frecuencia envían dinero o recursos a su país. El 76,3 % lo hace cada mes, y un 20,2% lo hace cada dos meses. En contraste, tan solo el 28,5% de los marroquíes envían recursos cada mes y el 25% lo hace cada 2 o 3 meses (Martínez, 1997). Igualmente ocurre con la regularidad de los envíos. El 83%

de los dominicanos lo hacen, mientras que únicamente el 37,2% de los marroquíes y el 4,3% de los gambianos envían dinero a su país (Martínez, 2000).

Las transferencias de ahorro tiene el mayor interés en la inversión y mejora de las condiciones de vida en origen (Bacaria, 1998). También parte del mismo puede derivarse a la financiación de traslados de familiares directos (Domingo & Viruela, 2001).

En estos estudios se señalan algunos de los posibles efectos derivados del apoyo proporcionado por las redes de inmigrantes constituidas exclusivamente por familiares o amigos connacionales.

Por un lado, constituye la posición más favorable de partida para los recién inmigrados al reducir o mitigar el impacto emocional que supone la inmigración. Así, estarán en un ambiente más próximo al habitual, no se produce una ruptura tan brusca de los lazos afectivos, la presión por la búsqueda del primer trabajo y hacer frente a los propios gastos es menor Favorecen a si mismo el aprendizaje de los nuevos códigos de relación, de comunicación y trato que impera en la sociedad de acogida. El aprendizaje se extiende a todas las esferas de la vida cotidiana. Si bien, a la hora de interpretar y reconocer los signos, reglas y normas que rigen en el nuevo universo es imprescindible distinguir y entender los usos del lenguaje, lo cual exige entrar en contacto con gente de distintos lugares (Criado, 2001).

Sin embargo, a menudo se considera que el apoyo ofrecido provoca el *aislamiento de los inmigrantes en la sociedad de destino*, a la vez que maximiza la fuerza de los vínculos con la sociedad de origen. Phipott (1968) sostiene que, en el caso de los inmigrantes en Londres procedentes de la isla de Montserrat, este efecto de aislamiento que cumple la asistencia de la red sirve para maximizar el flujo de recursos hacia la sociedad de origen. Otros autores sostienen argumentos parecidos con respecto a los inmigrantes de la India (Banerjee, 1983), Africa (Mayer, 1964; Mitchell, 1969b) y Filipinas (Caces et al., 1985).

Se ha observado que esta estructura más bien cerrada (aislante) de las redes sociales migratorias puede ralentizar la integración en las estructuras formales de la ciudad, dado que los resultados del inmigrante en el mercado de trabajo dependen en gran medida de su pertenencia a redes comunitarias altamente localizadas —incluso teniendo en cuenta factores importantes como las habilidades personales, el origen nacional y el género (Maya, 1999; Schwarser y Hahn, 1995). Gurak y Kritiz (1987) encontraron que, entre los inmigrantes dominicanos y colombianos establecidos en la ciudad de Nueva York, la norma era la dependencia de los parientes para la obtención de todo un abanico de recursos. Sin embargo, había importantes variaciones en la extensión de esta dependencia; y cuanto mayor era la cantidad de formas de asistencia que recibían de los parientes al llegar a Nueva York, más pobre era su capacidad para comunicarse en inglés. Caces (1985, 1986-1987) también observó la enorme dependencia de los inmigrantes filipinos en Hawaii respecto a las redes de amigos y parientes, y llegó a la conclusión de que, en cierta medida, el bajo nivel ocupacional de estos inmigrantes estaba provocado por la limitación de los recursos de la red: la dependencia demasiado estrecha de una red de inmigrantes concentrada en empleos marginales aumenta la concentración de los nuevos inmigrantes en esos puestos laborales.

De esta forma, las redes migratorias constituyen un contexto receptor de primera mano para las oleadas sucesivas que pueden *ralentizar la integración a largo plazo*. El porqué las redes más cerradas y constituidas principalmente por familiares o amigos connacionales cercanos puede dificultar la integración a largo plazo y provocar el aislamiento en el país de acogida, puede encontrarse en:

- La *cohesión* de los vínculos de una red: Se consideran vínculos fuertes aquellos en los que hay importantes vínculos emocionales y/o interacción frecuente, y se asemejan a las relaciones primarias. Los vínculos débiles abarcan menos y se asemejan a los contactos especializados dentro de organizaciones formales, o entre clientes y proveedores de servicios, pero incluyen lazos entre individuos que simplemente carecen de fuerza emocional (como los vecinos que interactúan ocasionalmente, pero sólo de una manera cortés, distante).

Granovetter (1973) señala que los vínculos fuertes, no compensados por vínculos débiles, culminan en el aislamiento de una red respecto de segmentos más amplios de la sociedad. Las redes con lazos fuertes tienen un alcance intrínsecamente limitado, porque su mantenimiento requiere la inversión de una cuota considerable de tiempo y de recursos emocionales. Sin embargo, los vínculos débiles pueden hacer de puentes al unir diversas redes sin requerir inversiones importantes de parte de sus miembros, con lo que acrecientan la reserva de recursos potencialmente disponibles para los miembros de la red. En consecuencia, las redes dependen de los lazos débiles para extender su alcance y sus recursos; y es probable que la pérdida de un vínculo débil signifique la interrupción del acceso a un conjunto de recursos.

La aparente tendencia de las redes migratorias a adoptar una estructura más bien cerrada (aislante) se deriva de dos factores (Gurak & Caces, 1998): 1) a menudo las migraciones evolucionan como estrategias comunales o familiares para maximizar los ingresos y evitar riesgos de fluctuaciones económicas en la sociedad de origen (Stark, 1984); 2) el cumplimiento de estos fines organizativos requiere un flujo constantemente renovado de recursos, información e inmigrantes (Massey, 1988). Sin embargo, el asentamiento a largo plazo en el país de acogida, es lo que motiva y ocasiona un cierto grado de apertura de la red, y en la medida en que ésta varía con las diferentes migraciones, también supone la variabilidad en la estructura de la red.

- *Diversidad* de recursos de la red: el impacto de la asistencia de la red viene condicionado por los recursos (en tipo y en heterogeneidad) controlados por los miembros de la red, y a menudo lo que se produce es incluso el monopolio de las oportunidades de empleo en un sector específico. Esto contribuye a que se generen nichos económicos distintivos de cada nacionalidad, como es el caso de los trabajos de jardinería por parte de italianos en Nueva York (Tilly, 1997), o el cuidado doméstico de ancianos que realizan mayoritariamente peruanas en Sevilla (Maya, Martínez & García, 1999).

De este modo, la ubicación en determinadas redes no siempre supone un beneficio para sus ocupantes. La segregación comunitaria puede excluir a los miem-

bros de grupos étnicos de mejores oportunidades, fuera del nicho laboral en cuestión. Por tanto, se puede afirmar que las redes de compatriotas proporcionan más opciones al individuo que si emigrase solo —sin familiares, ni conocidos en el lugar de destino—, pero al mismo tiempo limitan sus oportunidades a las propias de la comunidad expatriada, confinando muchas veces a los recién llegados a segmentos laborales predeterminados.

Esto ocurre, por ejemplo, en el caso de los trabajadores de subcontrata, a los cuales se adaptan perfectamente las redes migratorias porque ponen junta gran cantidad de gente entre la que circula muy rápidamente la información. Este hecho permite al que subcontrata disponer en poco tiempo de abundante mano de obra que cuando no es necesaria se lanza al desempleo. Esto es lo que sucede en la construcción en la Sierra Madrileña (Martínez, 1997).

En esa línea parece apuntar el hecho de que los miembros de grupos étnicos minoritarios recurran a las oficinas de empleo —menos efectivas que las redes interpersonales—, como consecuencia de que sus contactos les encaminan sobre todo a colocaciones con escasas posibilidades de promoción y carrera (Requena, 1991).

Sin embargo, algunos grupos de inmigrantes prosperan y terminan alcanzando niveles satisfactorios de integración en la sociedad de destino mediante el desarrollo consciente de enclaves étnicos (Portes & Bach, 1985; Portes, 1983; Min, 1988). La razón por la cual algunos enclaves étnicos se asocian al éxito económico y a la integración a largo plazo es algo que todavía permanece oscuro. Tal vez los enclaves pueden representar más un medio comunal para extender vínculos más allá de la comunidad de inmigrantes que un medio para aislar simplemente a la comunidad.

En definitiva, si bien las redes migratorias pueden originarse como redes de parentesco fuertemente entrelazadas, las necesidades subyacentes de diversos recursos (ayuda con sistemas legales, mejor empleo, mejor vivienda, opciones de escolaridad, etc.) debiera predisponer a los inmigrantes a abrir sus redes e involucrar a los elementos especializados allá donde se asientan y operan (Gurak & Caces, 1998). Feld (1981) denominó “focos organizativos” a esa base subyacente que organiza en redes a los individuos o a las colectividades. Muchos de los nuevos elementos (gente, agencias, etc.) desempeñarán papeles regulares e importantes en la comunidad inmigrada, pero sólo estarán ligados débilmente a la mayor parte de los miembros de la red. El papel de los lazos débiles es el de reducir el autoencapsulamiento de las redes y expandir las oportunidades poniéndolas a disposición de la red. También ello implica un potencial para la multiplicación de los recursos, porque los vínculos débiles ligan las redes a muchas otras.

A continuación se presenta un breve resumen de estudios que analizan redes sociales de inmigrantes, de donde pueden sacarse conclusiones sobre los efectos de las mismas (Cuadro 3).

Cuadro 3. Hallazgos de estudios ilustrativos en relación con las redes
(Gurak & Caces, 1998)

<i>Autor</i>	<i>Tema</i>	<i>Hallazgos pertinentes / Argumento</i>
Banerjee (1983)	Inmigrantes en Nueva Delhi procedentes de áreas rurales	La presencia de redes sociales absorbentes influye en la elección de destino de los migrantes: los contactos sociales en el lugar de destino reducen los costes psicológicos y monetarios de la emigración al facilitar la adaptación y al asistir en el empleo y la ubicación.
Caces (1986-87)	Inmigrantes filipinos en Hawaii	Las redes personales son extremadamente efectivas para conseguir empleo para los inmigrantes recién llegados: sin embargo, su efectividad se ve limitada por las ocupaciones específicas con grandes concentraciones de trabajadores inmigrantes.
Chávez (1988)	Inmigrantes mexicanos indocumentados y legales en EE.UU. (San Diego)	Los inmigrantes sin otras familias en Estados Unidos siguen siendo miembros de sus familias en México y contribuyen a la supervivencia de la familia. Sin embargo, quienes constituyen sus familias en los Estados Unidos ya no participan en la migración de regreso voluntario y se convierten en colonos. El estatus familiar influye en el asentamiento más que el estatus legal.
Choldin (1973)	Migración interna en EE.UU (A Chicago)	Los inmigrantes pueden ser precedidos por parientes en el viaje a la ciudad, pueden viajar con otros parientes o ser recibidos por parientes que ya se encuentren en la ciudad; la asistencia a los inmigrantes toma la forma de satisfacción de necesidades materiales, establecimiento de nuevas conexiones sociales y mantenimiento
Griffith (1986)	Familias en Jamaica con y sin trabajadores emigrantes, temporales en Estados Unidos	Los trabajadores inmigrantes tienden a tener redes de parentesco extensas y competitivas en su lugar de origen, que resultan ser de utilidad a los fines de seguridad social, pero que también llevan a la dispersión de los beneficios y a la incapacidad de acumular capital o de consolidar la riqueza

Cuadro 3. Continuación

<i>Autor</i>	<i>Tema</i>	<i>Hallazgos pertinentes / Argumento</i>
Gurak & Kritz (1987)	Inmigrantes dominicanos y colombianos en la ciudad de Nueva York	La extensión y los tipos de asistencia recibida al llegar (universal y de gran alcance), que se describen, y los efectos de la intensidad de la ayuda en la adquisición del inglés (fuertemente negativa) y el éxito económico (débilmente negativo) determinaron la retícula de fondo
Hendrix (1975)	Estudio de emigrantes seguidos desde un pueblo de Arkansas	El esfuerzo para integrar los niveles micro y macro respecto a la actuación de redes migratorias.
Hugo (1981)	Fuentes secundarias sobre datos del Tercer Mundo y de Java Occidental en el paso de la aldea a la ciudad	El movimiento de migrantes de las aldeas a la ciudad tiene lugar en general a través de conexiones interpersonales de amistad y de parentesco, lo que elimina gran parte de la incertidumbre y facilita la decisión de promover y también de amortiguar la adaptación de los inmigrantes tras su llegada (Véase también Rithcey, 1976; Hugo, 1987 y Goldscheider, 1987).
Lomnitz (1976)	Familias de origen rural en barrios de chabolas de la ciudad de México	Las redes de intercambio recíproco fluctúan con el tiempo y se ven reforzadas por mecanismos sociales tradicionales tales como el parentesco ficticio y la confianza. Como estrategia de supervivencia en una existencia difícil, las redes se convierten en medios de intercambio de información, asistencia mutua en materia de empleo y préstamos, servicio y apoyo moral recíprocos
McDonald y McDonald (1964)	Fuentes secundarios sobre inmigrantes italianos a EE.UU., 1880-1914.	El familiarismo y el padrinazgo, omnipresentes en la sociedad de origen, se convierten en los mecanismos que utilizan los inmigrantes en EE.UU. para transmitir información y asistencia a los futuros migrantes en su ciudad de origen, lo que conduce a una migración en cadena y a la captación en ocupaciones similares.

Cuadro 3. Continuación

<i>Autor</i>	<i>Tema</i>	<i>Hallazgos pertinentes / Argumento</i>
Massey y García-España (1987)	Migración mexicana a EE.UU. con datos sobre ambos extremos del flujo.	Las redes reducen los costes monetarios directos del desplazamiento internacional suministrando información que ahorre costes; los costes de la oportunidad se ven reducidos por las redes que abrevian el tiempo de búsqueda de empleo y los costes físicos se ven reducidos por las redes que establecen el acceso (Véase también Massey et al., 1987)
Philpott (1968)	Datos históricos y de observación de originarios de Montserrat en Gran Bretaña	En la medida en que la red de migrantes incluye cada vez más no montserratinos, decae la tendencia a satisfacer las obligaciones sociales para con la sociedad de origen (envío de dinero). La socialización para la migración es común en la sociedad de origen
Ross y Weiner (1977)	Migrantes rural-urbanos en Kenya	Es típico que las familias mantengan dos casas, ubicadas en un medio rural y en uno urbano; los vínculos rural-urbanos se hacen más fuertes entre los inmigrantes que tienen más éxitos en la ciudad y dependen de la disponibilidad de recursos en el área rural originaria; la conducta social debe concebirse como si tuviera lugar en dos lugares distintos con un solo campo social
Tilly y Brown (1967)	Migración interna norteamericana a Wilmington, Delaware	Los grupos de parientes prestan una ayuda considerable a los recién llegados a una ciudad industrial y desempeñan un papel importante en su recepción, lo que cuestiona la teoría del desarraigo, la marginalidad y la desorganización. También se observan las redes de parientes como un factor que fuerza la integración de inmigrantes en la sociedad de destino.

10. APOYO SOCIAL Y SALUD

La investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos (Dean & Lin, 1977; Gore, 1978). La naturaleza (contenido y calidad) de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo tanto personales (familia, amigos, pareja) como institucionales⁸, con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental —dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones (Cohen & Wills, 1985; Thoits, 1982; Turner, 1981; Fawzy et al., 1995; Furukawa, 1998). Así, en el contexto del programa de la OMS (1993) “Objetivos para lograr la salud para todos en el año 2000”, quedaba reflejado como esta organización comparte el punto de vista expresado por D’Augelli (1983) en los siguientes términos: “puede afirmarse, sin temor a equivocarse, que la existencia de apoyo social es una condición sine qua non para la salud mental”.

A través de estudios epidemiológicos que compararon grupos con diferentes grados de integración social, se ha comprobado que las enfermedades psicológicas y físicas son proporcionalmente mayores en aquellas comunidades cuyos vínculos y redes sociales se han visto interrumpidos por cambios en los patrones de empleo, migración, envejecimiento de la población y muerte. Además de esta perspectiva estructural, el hecho de poseer un apoyo social funcionalmente pobre, caracterizado por la escasez de interacciones sociales de apoyo con los otros, también ha correlacionado con un mayor nivel de enfermedad (Berkman, 1995; Taylor & Repetti, 1997).

En el caso de la población inmigrante, es de gran importancia resaltar los numerosos cambios producidos en la red de apoyo social como consecuencia de la migración. Lo habitual es que, comparada con la anterior, durante un lapso considerable, la nueva red tenderá a ser de menor tamaño, mostrará una distribución más irregular, tendrá menor densidad, un repertorio más estrecho de funciones, y será menos multidimensional, recíproca e intensa. Todos estos rasgos caracterizan a una red insuficiente y, por tanto, que tiende a la sobrecarga —más expectativas centradas en menos relaciones— y a la descompensación —crisis interpersonales e individuales (Sluzki, 1996)—.

La consideración de estos cambios permite el reconocimiento de la importante fuente de estrés a la que se encuentran sometidos los inmigrantes derivados de las perturbaciones en la red, del duelo por los vínculos y funciones perdidas y por los conflictos potenciales relacionados con la sobrecarga y los malentendidos en las relaciones. Todos estos hechos, dada la asociación existente entre estrés, apoyo social y estado de salud, vuelven al individuo especialmente vulnerable a padecer desajustes psicológicos (Furukawa et al, 1998) lo cual se traducen con frecuencia en múltiples problemas somáticos, psicosomáticos e interpersonales, en adultos y niños.

Así, la investigación en inmigración indica que los problemas de adaptación que no son resueltos en un período de tiempo, tienen un duradero impacto sobre la salud del

⁸ Es frecuentemente señalado en la literatura una correlación positiva entre el apoyo proporcionado por la religión y el bienestar (Berkman & Syme, 1979; Donald & Ware, 1982).

sujeto (Morrissey, 1983). Por ejemplo, en el estudio de Anderson con mujeres inmigrantes que habían residido en Canadá durante muchos años, encontraron que una adaptación poco exitosa resultó en prolongadas depresiones y un gran uso de los sistemas de salud por numerosas quejas físicas (Anderson, 1985).

Convencionalmente se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud: modelo del efecto directo y modelo “buffer”.

10.1. MODELO DEL EFECTO DIRECTO

Propone que el apoyo social ejerce un efecto beneficioso en la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés que experimente una persona. De acuerdo con este modelo, la salud mental de una persona integrada en un entorno con apoyo sería más óptima que la de una persona que no lo estuviera.

En este modelo la definición del apoyo social ha sido desarrollada en función de los contactos sociales, es decir, en función de medidas estructurales sobre el rango y amplitud de las interconexiones del individuo. Payne & Jones (1987) han revisado la evidencia empírica a favor de esta perspectiva teórica, basándose exclusivamente en los estudios que analizan la relación apoyo social y sintomatología psicológica (no física), concluyendo que la disponibilidad de apoyo social explica alrededor del 10% de la varianza de la variable dependiente. Esta hipótesis ha recibido abundante apoyo experimental (Barrón, 1996; King, Reis, Porter & Norsen, 1993; Lu & Hsieh, 1997; Orth-Gomér & Undén, 1990; Veiel, Brill, Haffner & Welz, 1988).

Dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independiente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés.

Otras investigaciones (House, 1981) reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. Como señala Castro, Campero y Hernández (1997), los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, “lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud” (Berkman, 1985; Cohen & Syme, 1985).

La principal conclusión de la revisión de Cohen y Wills, con respecto a este modelo, fue que los estudios que empleaban medidas estructurales de apoyo social obtenían resultados consistentes con este modelo. La integración social sería beneficiosa para el bienestar, aunque no serviría necesariamente de ayuda en situaciones de estrés.

Los procesos por los que la integración social puede ejercer un efecto directo en el bienestar serían similares a los propuestos por Thoits (1982), basándose en el inte-

raccionismo simbólico y la teoría de Durkheim. Así, la integración social podría mejorar el bienestar facilitando el desarrollo de sentimientos de predictibilidad y estabilidad, manteniendo estados afectivos positivos y apoyando el estatus de la persona mediante el reconocimiento social de su valía.

10.2. MODELO DEL EFECTO AMORTIGUADOR O “BUFFER”

Postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen & Syme, 1985; Gore, 1985; Wheaton, 1985). De acuerdo con este modelo, el apoyo opera como una *variable mediadora* —una condición existente (por ejemplo, la percepción de la disponibilidad de apoyo) bajo la cual el estrés ejerce un impacto sustancialmente menor. Inversamente, en ausencia de apoyo social el estrés tendría un efecto perjudicial o incrementaría la probabilidad de aparición de problemas. Según esta formulación, el apoyo social tendrá efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes. En ausencia del estrés, su impacto en la salud o el bienestar sería poco significativo.

Cohen & Wills (1985) proponen, además, que las funciones protectoras del apoyo social tienen lugar únicamente cuando existe congruencia entre las exigencias adaptativas demandadas por los sucesos estresantes y las funciones del apoyo disponible. En esta línea, Henderson et al. (1980) encontró en un estudio epidemiológico prospectivo donde investigaba la existencia de un posible vínculo entre trastornos psiquiátricos no psicóticos y la falta de apoyo social, que no es la falta de apoyo social *per se*, sino la adecuación percibida de las relaciones, las que predicen el comienzo de la sintomatología, en aquellas personas que se han visto expuestas a situaciones adversas. Sin embargo, este matiz adicional del modelo “buffer” al que se ha denominado “hipótesis de la especificidad” (Cutrona et al., 1990; Cohen & Hoberman, 1983; Wilcox & Vernberg, 1985), cuenta con escasa evidencia empírica (ver Barrera, 1988; Jackson, 1992 y Cohen, 1992, para una revisión de los problemas asociados con la hipótesis de la especificidad).

La revisión más exhaustiva de los estudios que proporcionan evidencia empírica de los efectos “buffer” (protectores) o de los efectos principales del apoyo social, fue llevada a cabo por Cohen & Wills (1985) en el *Psychological Bulletin*. Esta revisión permitió cerrar la polémica inicial sobre la validez de los modelos. Normalmente, los efectos directos se han encontrado en estudios que miden el apoyo social en función del grado de integración o participación del sujeto en redes sociales, mientras que los efectos indirectos (hipótesis buffer) se han encontrado cuando se mide la disponibilidad de apoyo para afrontar situaciones estresantes (Tijhuis et al., 1995). Actualmente se considera que existe suficiente evidencia empírica consistente con los dos modelos, y que frente a lo que piensan muchos autores, ambas hipótesis (efectos directos e indirectos) no son incompatibles y, de hecho, varios estudios han hallado ambos tipos de efectos (Finch, Okun, Pool & Ruehlman, 1999; Kessler & McLeod, 1985; Cohen & Hoberman, 1983; Turner, 1983; Aneshensel & Stone, 1982; Gore, 1978).

10.3. MODELOS DE APOYO SOCIAL

Han sido varios los modelos formulados por distintos autores para describir, explicar y diseñar estrategias de intervención con base en las confluencias teóricas entre eventos vitales, apoyo social y salud/enfermedad. Estos modelos no son exclusivos, y puede observarse entre ellos cierto solapamiento. Están basados en evidencias empíricas del funcionamiento del apoyo social propuestos por: Dohrenwend y Dohrenwed (1981), House (1981) y Cohen (1988).

10.3.1. Modelos de Dohrenwend y Dohrenwed (1981)

Plantean seis modelos básicos que describen la interacción entre la situación, los recursos personales y los eventos vitales. Estos modelos son:

- a) Modelo de victimización: la acumulación de eventos vitales estresantes extremos causa patología (por ejemplo: situaciones de combate)
- b) Modelo de tensión-estrés: las respuestas o procesos fisiológicos median entre el impacto de los eventos vitales y su probable influencia en la enfermedad.
- c) Modelo de vulnerabilidad: las variables de personalidad (por ejemplo, el locus de control) y los distintos aspectos del apoyo social moderan la relación causal entre los eventos vitales y la patología. Así por ejemplo, en los sujetos con un locus de control interno, al no necesitar tanto del apoyo de los demás para afrontar situaciones estresantes, y sentir un mayor control sobre su propia vida, presentan menor sintomatología y no se produce el efecto amortiguador del apoyo social (Dalgard et al, 1995).
- d) Modelo de carga aditiva: este modelo contrasta con el anterior, ya que en este caso las disposiciones personales y las sociales, en vez de moderar o mediar el impacto de los eventos vitales, son consideradas como contribuidores causales independientes a la patología.
- e) Modelo de carga crónica: son las disposiciones personales y sociales las que producen patología, quitándoles relevancia al rol de los eventos vitales transitorios.
- f) Modelo de propensión: la presencia de desórdenes psicológicos, producen eventos vitales estresantes, produciéndose un círculo vicioso, donde estos eventos vitales incrementan la patología.

10.3.2. Modelo de House (1981)

Este autor sintetiza en sus modelos las tres formas en que el apoyo social puede modificar o neutralizar el efecto nocivo del estrés, protegiendo y promocionando la salud. Plantea la existencia de dos efectos principales y uno de amortiguamiento. De

los dos efectos principales, uno actúa directamente sobre la salud proveyendo confort emocional y contrarrestrando los efectos negativos del estrés. El otro efecto principal actúa haciendo que el apoyo social reduzca directamente el estrés que afecta al individuo, y contribuye indirectamente a mejorar su salud. Por último, el efecto de amortiguamiento actúa mitigando el efecto del estrés sobre la salud.

10.3.3. Modelo de Cohen (1988)

Este autor parte del cúmulo de evidencias sobre la influencia del apoyo social en la mortalidad y morbilidad de las personas, buscando vincular el apoyo social en el comienzo de la enfermedad. Para tal fin plantea la existencia de tres tipos de modelos: a) modelos genéricos; b) modelos centrados en el estrés y c) modelos de procesos psicosociales.

A) Modelos genéricos: existen tres tipos de modelos genéricos:

- El apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de la influencia que ejerce sobre patrones conductuales, que incrementan o reducen el riesgo de enfermedad.
- El apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de los efectos que produce sobre respuestas biológicas que influyen en la enfermedad
- Convergen los dos modelos anteriores en cuanto el apoyo social afecta a la conducta que influye en la enfermedad mediados por respuestas biológicas. Las conductas saludables hacen referencia a estilos de alimentación adecuados, vida no sedentaria, etc., buscando disminuir la llamada “patología conductual”. Las respuestas biológicas incluyen a factores neuroendocrinos, inmunológicos y hemodinámicos.

B) Modelos centrados en el estrés: estos modelos plantean la importancia del apoyo social en sujetos que se hallan bajo estrés (modelo de la amortiguación), o si el apoyo social es potencialmente benéfico al margen del nivel de estrés (modelo de efecto principal). En ambos casos el apoyo social se relaciona con los distintos trastornos mediante los procesos biológicos y/o conductuales descritos anteriormente.

C) Modelos de procesos psicosociales: describen los procesos psicosociales que median los efectos del apoyo social sobre la salud, tratando de especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en dicha relación, y evalúan por separado los efectos protectores y directos. También se distinguen en modelos de efectos principal y modelos de amortiguamiento. Los modelos de efectos principales predicen la influencia del apoyo social sobre la salud, independientemente del nivel de estrés, señalando diversas vías a través de las que la integración social puede influir en la salud. Los modelos de amortiguamiento hacen énfasis en que el apoyo social disponible, accesible y adecuado tiene efectos positivos sólo cuando los individuos se hallan en situaciones de estrés. Las vías o modelos que utilizan unos y otros son: 1)

modelo basado en la información; 2) modelo de autoestima e identidad; 3) modelo de influencia social y 4) modelo de recursos tangibles.

En el gráfico 2 se analizan, de modo resumido, las distintas hipótesis sobre la influencia del apoyo social en la salud (Rodríguez Marín, 1995b):

- *Como variable antecedente el apoyo contribuye al bienestar,*
 - primero, generando un ambiente promotor de salud que mejora la integración social y la autoestima de la persona;
 - segundo, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes en la vida de la persona. Por ejemplo Harris et al. (1987) demostró con dos grupos independientes de mujeres adultas que el matrimonio con un compañero poco fiable y con una relación baja en intimidad, aumenta el riesgo tanto de serios acontecimientos de vida y de pobreza, lo cual aumenta a su vez el riesgo de desórdenes afectivos.
 - tercero, proporcionando a la persona información retrospectiva, confirmativa o no, de que sus actos están conduciendo a las consecuencias anticipadas socialmente deseables, favoreciendo de este modo el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas.
 - cuarto, estimulando la respuesta inmunológica del organismo (Jemmott & Locke, 1984; Herbert & Cohen, 1993; Kiecolt-Glaser et al. 1993), promoviendo así el estado de salud del individuo.
- *Como variable intermedia el apoyo social:*
 - contribuye a la salud “amortiguando” los efectos negativos de los acontecimientos estresantes que se producen en la vida del sujeto, influyendo en las interpretaciones de tales acontecimientos y las respuestas emocionales que da ante ellos, disminuyendo así su potencial patogénico. Esta hipótesis se deriva del modelo de valoración de Lazarus & Folkman, quienes consideran la valoración de un acontecimiento más importante que las características observables del propio acontecimiento (Folkman et al. 1986). Por ejemplo en un estudio sobre cuidadores de pacientes con demencia, las valoraciones realizadas por los cuidadores fueron predictores significativos de sus puntuaciones en depresión y satisfacción con la vida, incluso cuando el grado de estrés de los cuidadores fue controlado estadísticamente (Haley et al., 1987).

Sin embargo y a pesar de los adelantos teóricos y metodológicos de esta área de la salud, quedaría por establecer cómo opera exactamente el nexo causal entre el bienestar y apoyo y qué circunstancias y variables modulan esta conexión. Así y como Gracia et al. (1995) proponen sería necesario para clarificar estas asociaciones y procesos:

- Establecer con mayor concreción el marco temporal entre recepción (o recepción percibida) del apoyo social y expresiones de salud.

- Concretar los factores causales que operan entre el apoyo social y la salud.
- Especificar los mecanismos a través de los cuales el apoyo afecta al bienestar.

Para ello son necesarios estudios prospectivos a gran escala en muestras de la población general y avanzar tanto en la operativización y conceptualización de las definiciones multidimensionales de salud y de apoyo comunitario, como en su consenso por parte de la comunidad científica (Gil, 2000).

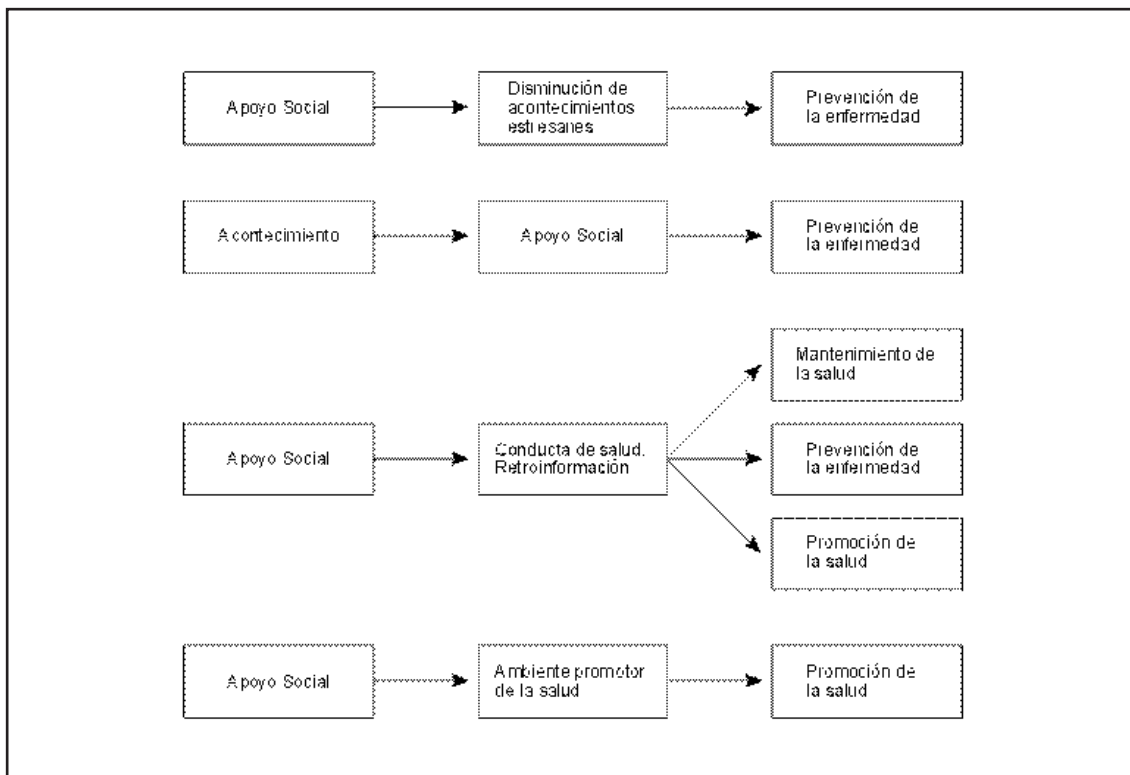


Gráfico 2. Posibles vías de influencia del Apoyo Social sobre la Salud.

Fuente: Rodríguez Marín (1995b)

BIBLIOGRAFÍA

Adepoju, A. (1989). Links between Internal and International Migration: The African situation", en C. Stahl, (comp.), *International Migration Today, vol. II: Emerging Issues*, Unesco, Paris, Pag. 237-65.

Anderson, J. (1985). Perspectives on the health of immigrant women: a feminist analysis. *Advances in Nursing Science* 8 (1): 61-76.

Aneshensel, C. & Stone, J. (1982). Stress and depression: A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39: 1392-96.

Antonucci, T. & Israel, B. (1986). Verificability of social support: a comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 432-437.

Antonucci, T. & Jackson, J. (1990). Social support and reciprocity: A cross-ethnic and cross-national perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7: 519-530.

Baker, C.; Arseneault, A; & Gallant, G. (1994). Resettlement without the support of an ethnocultural community. *Journal of Advanced Nursing*, 20: 1064-1072.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca

Banerjee, B. (1983). "Social Networks in the Migration Process: empirical evidence on chain migration in India". *Journal of Developing Areas*, 17, enero: 185-96.

Barrera, M. (1981). Preliminary development of a scale of social support. *American Journal of Community Psychology*, 9: 435-447.

Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress. En L. H. Cohen (Ed.). *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. London: Sage.

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14: 413-445.

Barrón, A, Lozano, P y Chacón, F.(1988). Autoayuda y apoyo social. En Martín, A. Chacón, F. Y Martínez, M (Eds.) *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.

Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Barrón, A. & Chacón, F. (1992). Apoyo soical percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7: 53-59.

Bastidas, M (coord) (1999). *La inmigración de los hombres y las mujeres en la ciudad de Valencia*. Valencia: Nau Llibres. CITMI-CITE,

Beck, A. (1967). *Depresion: clinical experimental and theoretical aspects*. Nueva

York: Harper & Row.

Beiser, M. (1988). The mental health of immigrants and refugees in Canada. *Santè Culture Health* 5 (2): 197-213.

Bel Adell, C. & Gómez Fairen, J. (2000). La inmigración africana en Murcia. Situación sociolaboral de los inmigrantes. En Checa, F. y otros (coords.). *Convivencia entre culturas*. Sevilla: Signatura Demos, p. 47-89.

Bennett, P. & Connell, H. (1999). Dyadic processes in response to myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*, 4: 45-55.

Berkman, L. & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A 9 year follow up of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-204.

Berkman, L. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Psychology*, 5: 413-432.

Berkman, L. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In Cohen, S. & Syme, L. (ed). *Social support and health*. New York, Academic Press, 241-62.

Berkman, L. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57: 245-254.

Billings, A. & Moos, R. (1982) Social support and functioning among community and clinical groups: A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5: 295-311.

Bisconti, T. & Bergeman, C. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health. *Gerontologist*, 39: 94-103.

Blanco, A. (1988). La psicología comunitaria ¿una nueva utopía para el final del siglo XX?. En A. Martín; F. Chacón y M. Martínez (Eds.). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.

Blazer, D. & Kaplan, B. (1983). The assessment of social support in an elderly community population. *The American Journal of Social Psychiatry*, 3: 29-36.

Blood, R. (1965). Social Change and kinship patterns, en R. Hill y R. König, (comps.) *Families in East and West Socialization Process and Kinship Ties*. Mouton, París, 189-201.

Bourdieu, P. (1979). Les tríos étapes du capital cultural. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 30.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social. Notes provisoires. (The social capital. Preliminary notes). *Actes de la Recherche Sciences Sociales*, 3, 2.

Brownell, A. & Shumaker, S. (1984). Social support: an introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues*, 40, 1-9.

Butterworth, D. & Chance, J. (1981). *Latin American Urbanization*. Cambridge University Press, Cambridge.

Caces, M (1986-87) "Immigrant Recruitment into the Labour Force: social Networks among Filipinos in Hawaii". *Amerasia*, 13 (1): 23-38.

Caces, M. (1985). *Personal Networks and the Material Adaptation of Recent Immigrants*. Tesis doctoral, University of Hawaii.

Caces, M; Arnold, F.; Fawcett, J. & Gardner, R. (1985). "Shadow Households and Competing auspices: Migration behaviour in the Philippines". *Journal of Development Economics*, 17: 5-25.

Caldwell, R. & Reinhart, M. (1988). The relationship of personality to individual differences in the use of type and source of social support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6: 140-146.

Campbell, K.; Marsden, P. & Hurlbert, J. (1986). Social resources and socioeconomic status. *Social Networks*, 8: 97.

Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees (1988). *After the Door has been opened*. Health and Welfare Canada, Ottawa.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York.

Caplan, G. & Killilea, M. (dirs.) (1976). *Support systems and mutual help. Multidisciplinary explorations*. Nueva York: Grune y Stratton.

Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health: lectures on concept development*. Behavioural Publications, New York.

Carveth, W. & Gottlieb, B. (1979). Social support and stress. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 11: 179-187.

Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso, *Archipiélago*, 21: 27-36.

Castro, R; Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4): 425-35.

Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and "stress": theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4: 471-482.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104: 107-123.

Clark, M. & Mills, J. (1979). Interpersonal attraction in exchange and communal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37: 12-24.

-
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7: 269-97.
- Cohen, S. (1985). Measuring the functional components of social support. En I.G. Sarason y B.R. Sarason (Eds.). *Social support: theory, research and applications*. Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. & Syme, S. (1985) *Social support and health*. New York: Springer.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98: 310-357.
- Cohen, S.; Mermelstein, R.; Kamarck, T. & Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. En I. G. Sarason y B. R. Sarason (Ed). *Social support: theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. & Mckay, G. (1984). Social support, stress and buffering hypothesis: a theoretical analysis. En J. Baum, E. Singer y S. E. Taylor (Eds.). *Handbook of psychology and health*. 4. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social support as a buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13: 99-125.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7: 269-297.
- Cohen, S. (1992). Stress, Social support and disorder. En H. Baumann y U. Veiel (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- Coleman, J. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94.
- Colectivo IOE. (1999). *Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España*. Valencia: Universitat de Valencia. Patronat Sud-Nord.
- Comas, D. y Pujadas, J.J. (1991). Familias migrantes: reproducción de la identidad y del sentimiento de pertenencia. *Revista de Sociología*, nº 36: 33-56.
- Conn, M. & Peterson, C. (1989). Social support: seek and we shall find. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6: 345-358.
- Conner, K; Powers, E. & Bultena, G. (1979). Social interaction and life satisfactions: An empirical assessment of late-life patterns. *Journal of Gerontology*, 34: 116-121.
- Criado, M.J. (2001). *La Línea Quebrada. Historias de vida de migrantes*. Colección Estudios. Consejo Económico y Social.

Croog, S. H. (1970) The family as a source of stress. En S. Levine y N.A. Scotch (dirs). *Social stress*. Chicago: Aldine

Cutrona, C. & Russell, D. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. *In Social support: An interactional View* (Edited by Cohen, S & Syme, S.). Academic Press, New York.

Cutrona, C.; Suhr, J. & MacFarlane, R. (1990). Interpersonal transactions and the psychological sense of support, en S. Duck, (Ed.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.

Chávez, I. (1988). Settlers and Sojourners: The case of Mexicans in the United States, *Humman Organization*, 47(2): 95-108.

Choldin, H. (1973). "Kinship Networks in the Migration Process". *International Migration Review*, 7(2):163-75.

Chrisman, N. (1970). Situation and social network in cities. *Review Canadian of Sociological Antropology*, 7: 245-257.

D'Augelli, A (1983). Social support networks in mental health. En J. K. Whittaker y J. Garbarino (Eds.). *Social support networks: Informal helping in the human services*. Nueva Yord: Aldine.

Dalgard, O.; Bjork, S. & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 166: 29-34.

Davis, K. (1965). *La sociedad humana*. Buenos Aires: Eudeba.

Dean, A. & Lin, N. (1979). The stress-buffering role of social support: Problems and prospects for systematic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 65: 403-413.

Dean, A. (1986). Measuring psychological resources. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Dirs). *Social support, life events and depresión*. Nueva York: Academic Press.

Dean, A. & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous Mental Disease*, 165: 3403-17.

Delgado, M. & Humm-Delgado, D. (1982). Natural support systems: source of strength in Hispanic communities. *Social Work*, 83-89.

Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo Social. En Fernández-Ballesteros (Ed.). *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.

Domingo Pérez, C. (1997). Latinoamericanas: un nuevo sentido de la migración. *Dinámica Litoral- Interior*. Santiago de Compostela: Actas del XV Congreso de Geógrafos Españoles. Asociación de Geógrafos Españoles, Vol. II, p. 789-798.

Domingo, C. & Viruela, R. (2001). Cadenas y redes en el proceso migratorio español. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, nº 94 (8).

Domingo, C. & Viruela, R. (1999). Mujeres inmigradas en Valencia. *Cuadernos de Geografía*, nº 65/66: 165-191.

Domingo, A.; Clapes, J. & Prats, M. (1995). *Condicions de vida de la població d'origen Àfrica i llatinoamericá a la regió Metropolitana de Barcelona*. Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans, 298 p.

Donald, C. & Ware, J. (1982). The measurement of social support. *Research in Community and Mental Health*, 4: 325-370.

Dohrenwend, B. & Dohrenwend, B. (1981). Life stress and illness: formulations of the issues. En B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.) *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist.

Durkheim, E. (1902/1960). *The division of labour in society*. New York: Free Press.

Escárraga, T. (2002). El mundo, en una peluquería. *Diario El País*. 15 de Enero de 2002.

Fawzy, F.L.; Fawzy, N. W.; Arndt, L. & Pasnau, R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52: 100-113.

Feld, S.: (1981). The Focused Organization of Social Ties. *American Journal of Sociology*, 86(5), marzo:1015-35.

Fernández Franco, L. (dir.). (1999). *Trayectoria y situación de los inmigrantes*. Madrid: CCOO-CITE, mimeografiado, 72 p.

Fernández Rios, L.; Torres, M. & Díaz, L. (1992). Apoyo social: implicaciones para la Psicología de la Salud, 81-145. En M.A. Simón (dir), *Comportamiento y salud (Vol. 1)*. Valencia: Promolibro.

Finch, J.; Okun, M.; Pool, G. & Ruehlman, L. (1999). A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of Personality*, 67: 581-622.

Fisher, C. (1977). *Networks and places: social relations in the urban setting*. New York: Free Press.

Folkman, S.; Lazarus, R.; Gruen, R. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 571-579.

Franzé, A.; Casellas, L. & Gregorio, C. (1999). Intervención social con población inmigrante: peculiaridades y dilemas. *Migraciones*, nº 5: 25-54.

Furukawa, T.; Irwin, G.; Sarason & Barbara, R. (1998). Social support and adjustment to a novel social environment. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 44, Nº. 1: 56-70.

Gil, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social. Análisis de una comunidad*. Colección Monografías, 172. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Go, S. & Postrado, L. (1986). Filipino Overseas contract workers: their families and communities, en F. Arnold y N. Shah, (comps), *Asian Labour migration: pipeline to the middle East*, Interview Press, Boulder, Colo., 125-144.

Gómez, L; Pérez, M.; & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, Vol. 9, N° 1:5-38.

Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal Of Health And Social Behaviour*, 19: 157-65.

Gore, S. (1985). Social support and styles of coping with stress. In: Cohen, S. & Syme, S. (eds). *Social support and health*: 263-80. New York, Academic Press.

Gottlieb, B. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B. H. Gottlieb (Eds.). *Social networks and social support*. London: Sage.

Gottlieb, B. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*, London: Sage.

Gottlieb, B. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2: 351-375.

Gozálvez, V. (2000). Inmigración: causas y perspectivas. *Nueva Revista de Política, Cultura y Arte*, 71: 84-98.

Gozálvez, V. (1995). *Inmigrantes Marroquíes y Senegaleses en la España Mediterránea*. Generalitat Valenciana. Consejería de Servicios Sociales.

Gracia, E.; Herrero, J. & Musitu, G. (1995). *El Apoyo Social*. Barcelona: PPU.

Gracia, E. & Musitu, G. (1990). Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En G. Musitu, E. Berjano y J. Bueno (Eds.). *Psicología Comunitaria*. Valencia: NAU Libres.

Gracia, E. & Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales

Gracia, E.; Musitu, G. & Garcia, F. (1991). El apoyo social en el contexto de la intervención comunitaria: Una propuesta de evaluación. En F. Morais y El. Fernades (Eds.) *Psicología comunitaria: Experiencias e reflexoes*. Coleção "Temas e Psicologia". Oporto: APPORT

Granovetter, M., (1973). "The Strenght of Weak Ties", *American Journal of Sociology*, 78 (6), mayo: 1360-80.

Gregorio, C. (1998). *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

Griffith, D. (1986). Social Organizational Obstacles to Capital Accumulation among Returning migrants: the British West Indies Temporary Alien Labour Program, *Human Organization*, 45(1): 35-42.

Griffith, S. (1988). *Emigration, entrepreneurs, and evil spirits*, University of Hawaii Press, Honolulu.

Gurak, D & Kritz, M. (1987) "Los patrones de migración de los Dominicanos y de los Colombianos en la ciudad de New York: el rol de las redes de parentesco", en J. Del Castillo y C. Mitchell, comps. *La inmigración dominicana en los Estados Unidos*, Universidad de APEC, Santo Domingo, pag. 153-84

Gurak, D. & Caces F. (1998). Redes migratorias y la formación de sistemas de migración. En Malgesini, G (comp). *Cruzando Fronteras. Migraciones en el sistema mundial*. Icaria: Barcelona.

Haley, W.; Levine, E.; Brown, S. & Bartolucci, A. (1987). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.

Hall, A. & Wellman, B. (1985). Social networks and social support. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.). *Social support and health*. London: Academic Press.

Hall, J., Stevens, P., & Meleis, A. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in Nursing knowledge development. *Advanced Nursing Sciences*, 16, 4: 23-41.

Harris, T.; Brown, G. & Bifulco, A. (1987). Loss of parent in childhood in adult psychiatric disorder: the role of social class and premarital pregnancy. *Psychological Medicine*, 17: 163-183.

Henderson, S; Byrne, D. & Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the Social Environment*. Sydney, Academic Press.

Hendrix, L. (1975). Kinship and Economic-Rational Migration: a comparison of micro- and macro-level analyses. *Sociological Quarterly*, 16, otoño: 534-543.

Hepworth, D. & Larsen, J. (1986). *Direct social work practice: Theory and skills* (2nd ed.). Chicago, IL.: The Dorsey Press.

Herbert, T. & Cohen, S. (1993). Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 113: 472-486.

Herrero, J. (1994). *Estresores Sociales y Recursos Sociales: el papel del apoyo social en el ajuste biopsicosocial*. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia.

Herrero, J. (1996). Autoestima y sistemas informales de apoyo: su efecto en el bienestar. *Información Psicológica*, 61: 21-27.

Herrero, J.; Musitu, G. Y Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*, 2: 191-204.

Hirsch, B. (1979). Psychological dimensions of social networks: a multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7: 263-277.

Hirsch, B. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 8: 159-172.

Hirsch, B; Engel-levy, A.; Du Bois, D. & Hardesty, P. (1990). The role of social environments in social support. En S. Sarason y P. Sarason (Eds.). *Social support: an interactional view*. New York: John Wiley and Sons.

Hobfoll, S.; Freedy, J.; Lane, C. & Geller, P. (1990). Conservation of social support resources X social support resources theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7: 465.

Hobfoll, S. E. & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes and stress resistance: Mothers' reaction to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16: 565-589.

Holahan, C.J.; Moos, R.H.; Holahan, C. Y Brennan, P. (1996). Social support, coping strategies and psychosocial adjustment to cardiac illness: Implications for assessment and prevention. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 13: 33-52.

Horowitz, L. M. (1983). *The toll of loneliness: manifestations, mechanisms, and means of prevention*. Washington, DC: National Institute of Mental Health, Office of Prevention.

House, J. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts, Addison-Wesley.

House, J. & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y S. Syme (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press.

House, J. S., Umberson, D. Y Landis, K. R. (1988) Structures and processes of social support. *American Review of Sociology*, 14: 293-318.

Hugo, G. (1981). Village-Community Ties, village norms and ethnic and social networks: a review of evidence from the third world, en g. De Jong y R. Gardner, (comps). *Migration decision making*, Pergamon Press, Nueva York, pag. 186-224.

Jackson, P. (1992). Specifying the buffering hypothesis: support, strain, and depression. *Social Psychology Quarterly*, 55: 363-378.

Jemmott, J. & Locke, S. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: how much do we know?. *Psychological Bulletin*, 95: 78-108.

Jung, J. (1990). Global versus health-specific social support and march of preferred and perceived social support levels in relationship to compliance and blood pressure of hypertensives. *Journal of Applied Social Psychology*, 20: 1103-1111.

Kadushin, C. (1982). Social density and mental health. En C. Marsen y N. Lin (Eds.)

Social structure and networks analysis. Beverly Hills, CA.: Sage.

Kahn, R.; Wethington, E. & Ingersoll, B. (1985). Social Support and Social Networks: Determinants, effects and interactions. En R. Abeles (Ed.). *Life-span development issues in social support*. New York: Erlbaum.

Kahn, R. & Antonucci, T. (1981). Convoys of social support: a life-course approach. En J. March, S. Kiesler; J. Morgan & Openheimer, V. (Eds.). *Aging: social change*. New York: Academic Press.

Kaplan, A. (1977). *Social support: the construct and its measurement*. Unpublished bachelor's thesis. Brown University, Providence, RI.

Kessler, R. & McLeod, J. (1985). Social support and mental health in community samples. En S. Cohen y S. Syme (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press.

Kessler, R.C.; Priece, R.Ho. y Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology. Stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36: 531-572.

Kiecolt-Glaser, J.; Malarkey, W.; Chee, M.; Newton, T.; Cacioppo, J.; Mao, H. & Glaser, R. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological downregulation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 395-409.

King, K.; Reis, H.; Porter, L. & Norsen, L. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses. *Health Psychology*, 12: 56-63.

King, R. & Strachan, A. (1980). The effects of return of migration on a Gozitan village, *Human Organization*, 39(2): 175-79.

Kobasa, S & Puceti, M. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45: 839-850.

Kuo, W. & Tsai, Y. (1986). Social networking, hardiness and immigrant's mental health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27: 133-149.

Lacomba, J. & Del Olmo, N. (1996). *La inmigración musulmana y su inserción. Musulmanes en Valencia*. Valencia: Patronat Sud-Nord, Papers Sud-Nord, nº 1, 63 p.

Lacomba, J. (2000). La inmigración musulmana y el Islam institucionalizado: la figura de los *imanes* inmigrados. *Migraciones*, nº 7: 155-193.

Laireiter, A & Baumann, U. (1988). Kinisch-psychologische soziodiagnostik: Protektive variablen und soziale anpassung. *Diagnostica*, 34: 190-226.

Laireiter, A. & Baumann, U. (1992). Network structures and support functions-theoretical and empirical analysis. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

Lahey, B. & Heller, K. (1988). Social support from a friend perceived support and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16: 811-824.

Laumann, E. (1966). *Prestige and association in an urban community*. Indianapolis: Bobbs Merrill.

Lazarsfeld, P. & Merton, R. (1964). Friendship as social process: A substantive and methodological analysis. En M. Berger et al. (Eds). *Freedom and control in modern society*. New York: Octagon.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorders. A review. *Journal of Community Psychology*, 11: 3-21.

Leslie, L. (1992). The role of informal support networks in the adjustment of Central American immigrant families. *Journal of Community Psychology*, 20 (3): 243-256.

Lewis, O. (1959). *Five families: Mexican case studies in the culture of poverty*. Basic Books, Nueva York.

Lewis, O. (1966). *La vida: a Puerto Rican family in the culture of poverty*. Random House, Nueva York.

Liem, R. & Liem, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered: the role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 139-156.

Lin, N. & Peek, M. (1999). Social networks and mental health. En A. Horwitz, T. Scheid et al. (dirs)., *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 241-258. Nueva York: Cambridge University Press.

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin; A. Dean, y W. Ensel (Eds.). *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.

Lin, N. (1986). Modelling the effects of social support. En N. Lin; A. Dean, y W. Ensel (Eds.). *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press

Lin, N. & Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54: 382-399.

Lin, N.; Dean, A. & Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

Lomnitz, L (1977). *Networks and Marginality*, Academic Press, Nueva York.

Lomnitz, L. (1976), "Migration and Networks in Latin America", en A. Portes y H.L. Browning, comps., *Current Perspectives in Latin American Urban Research*, University of Texas Press, Austin, pag. 133-50

López, I. & Prieto, I. (1993). Portugueses y caboverdianos en España. *Estudios Geográficos*, nº 210: 75-96.

Lowenthal, M. & Haven, C. (1986). Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33: 20-30.

Lu, L. & Hsieh, Y. (1997). Demographic variables, control, stress, support and health among the elderly. *Journal of Health and Social Behaviour*, 2: 97-106.

Lynam, J. (1985). Support Networks developed by immigrant women. *Social Science. Medicine*. Vol. 21, No. 3: 327-333.

Mabogunje, A. (1970). Systems approach to a theory of rural-urban migration, *Geographical Analysis*, 2(1): 1-28.

MacDonald, J. & MacDonald, B. (1964). Chain migration, ethnic neighbourhood formation and social networks, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 42(1): 82-97.

Martínez, M.; García, M. & Maya, I. (2000). *La integración social de los inmigrantes desde los recursos sociales naturales*. Ponencia presentada en el II Congreso sobre la inmigración en España: "España y las Migraciones Internacionales en el Cambio de Siglo.

Martínez, U. (1997). *La integración social de los inmigrantes extranjeros en España*. Fundación 1º de Mayo. Ed: Trotta.

Martínez, U. (2000). Mercado de Trabajo e inmigración. El trabajo doméstico como paradigma. En Checa, F. y otros (coords.). *Convivencia entre culturas*. Sevilla: Signatura Demos, p. 17-46.

Martínez, M.; García, M.; Maya, I. Rodríguez, S. & Checa, F. (1996). *La integración social de los inmigrantes africanos en Andalucía Necesidades y Recursos*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Masi, R., Mensah, L. & M.cLeod, K. (1993). *Health and Culture: exploring the Relationships*. Oakville, Ontario, Canada: Mosaic Press.

Massey, D. (1986). The social organization of Mexican migration to the United States. *Annals of the American Association of Political and Social Science*, 487.

Massey, D. (1987). Understanding Mexican Migration to the United States. *American Journal of Sociology*, 92: 1372-1403.

Massey, D. (1988). "Economic Development and International Migration in comparative perspective". *Population and Development Review*, 14 (3), Sept.: 383-414.

Massey, D. & García-España, F. (1987). "The Social Process of international Migration". *Science*, 237: 133-38

Massey, D.; Alarcón, R.; Durand, J. & Gonzáles, H. (1987). *Return to Aztlán: the social process of International Migration from Western Mexico*, University of California Press, Berkeley.

Maya, I. (1999). *Análisis de los recursos de apoyo social de los inmigrantes africanos y latinoamericanos en Andalucía. Tipología de redes y proceso de adaptación*. Tesis Doctoral.

Maya, I.; Martínez, M. & García, M. (1999). Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas en Sevilla. *Demófilo. Revista de Cultura Tradicional de Andalucía*, nº 29: 87-105.

Mayer, P (1964). "Labour migrancy and the Social Network", en J. F. Helleman et al., comps., *Problems of Transition: Proceedings of Social Sciences Research Conference*, pag. 21-51

McCallister, L. & Fischer, C. (1978). A procedure for surveying personal networks. *Sociological Methodology Research*, 7: 131-143.

McKinlay, J. (1973). Social networks, lay consultation, and help seeking behaviour. *Social Forces*, 51: 275-292.

McLahan, S.; Wedemeyer, N. & Adelberg, T. (1981). Network structure, social support and psychological well-being in the single-parent family. *Journal of Marriage and the Family*, 43: 601-611.

Miller-Loncar, C.; Erwin, L.; Landry, S.; Smith, K. & Swank, P. (1998). Characteristics of social support networks of low socioeconomic status african american, anglo american and mexican american mothers of full term and preterm infants. *Journal of community Psychology*, 26 (2): 131-143.

Min, P. (1988). *Ethnic Business enterprise: Korean small business in Atlanta*. Center for Migration Studies, Nueva York.

Mitchell, C. (1969). *Social Networks in urban situations*. Manchester University.

Mitchell, J. (1969b). "Structural Plurality, urbanization and labour circulation in Southern Rhodesia", en J. A. Jackson, (comp)., *Migration*, Cambridge University Press, Cambridge, pag. 158-80.

Mittelmark, M. (1999). Social ties and health promotion: suggestions for population-based research. *Health Education Research*, 14: 447-451.

Morrissey, J. (1983). Migration, resettlement and refugism: issues in medical anthropology. *Medical Anthropology quarterly*, 13(1), 311-314.

Murphy, H. (1973). Migration and the major mental disorders: a reappraisal. In *Uprooting and After* (Zwingmann, C. & Pfister Ammende, M. eds), Springer-Verlag, New York, pp. 204-231.

Musitu, G.; Herrero, J. & Lila, M. (1993). Comunicación y Apoyo. En G. Musitu (Ed.). *Psicología de la comunicación humana*. Buenos Aires: Lumen.

Newcomb, M. (1990). Social support and personal characteristics: a developmental and interactional perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9: 54-68.

Norbeck, J.; Lindsey, A & Carrieri, V. (1981a). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30: 264-269.

Organización Mundial de la Salud (1993). *Health for all targets. The health policy for Europe*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research. *Social Science Medicine*, 26, 8: 863-873.

Oth-Gomer, K. & Uden, A. (1987). The measurement of social support in populations surveys. *Social Science and Medicine*, 24: 83-99.

Orth-Gomér, K. & Undén, A. (1990). Type A behaviour, social support and coronary risk: interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 52: 59-72.

Orth-Gomér, K. & Undén, A.L (1987). The measurement of social support in population survey. *Social Science and Medicine*, 24: 83-94.

Orth-Gomér, K. (1994). International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease. En S. Shumaker y S. Czajkowski (dirs). *Social support and cardiovascular disease*. Nueva York: Plenum Press.

Osó, L. (1998). *La inmigración hacia España de mujeres jefas del hogar*. Instituto de la Mujer.

Pattison, E.; Llamas, R. & Hurd, G. (1981). Social network mediation of anxiety. *Psychiatry Annals*, 9: 56-67.

Payne, R. & Jones, J. (1987). Measurement and methodological issues in social support. En S. V. Kasl y C. C. Cooper (dirs). *Stress and health: Issues in research methodology*, 167-205. Chichester: Wiley.

Peattie, L. (1974). "The concept of marginality as applied to Squatter settlements", en W. A. Cornelius y F.M. Trueblood, comps. *Latin American Urban Research, vol. IV*, Sage, Beverly Hills, California, pag. 101-09.

Pérez Pérez, G. (1997). *Inmigración y redes sociales*. Tesis doctoral, UCM (mimeo)

Pessar, P. (1982). The role of households in international migration and the case of the US-Bound migration from the Dominican Republic, *International Migration Review*, 16(2): 342-364.

Philpott, S. (1968). "Remittance Obligations, Social Networks and Choice among

Montserratian migrants in Britain”, *Man*, 3(3): 465-76.

Pierce, G.; Sarason, B. & Sarason, I. (1990). Integrating social support perspectives: working models, personal relationships, and situational factors. En S. Duck (Ed.). *Personal relationships and social support*. London: Sage.

Pinneau, S. (1975). *Effects of social support on psychological and physiological stress*. Thesis Dissertation. University of Michigan.

Portes, A. & Rumbaut, R. (1990). *Immigrant America*. Berkeley, University of California Press.

Portes, A. & Böröcz, J. (1992). Inmigración contemporánea: perspectivas teóricas sobre sus determinantes y modos de acceso. *Alfoz*, 91/92: 20-35.

Portes, A. (1983). “Modes of Structural incorporation and Present theories of labor immigration”, en M. M. Kritz,; C. B. Keely y S. M. Romasi, (comps)., *Global Trends in Migration: theory and research on international population movements*, Center for Migration Studies, Nueva York, pag. 279-97.

Portes, A. & Bach, R. (1985). *Latin Journey: Cuban and Mexican Immigrants in the United States*, University of California Press, Berkeley.

Provansal, D. (1999). ¿De que inmigración hablamos? Desde los conceptos a las prácticas sociales. *Inmigrantes entre nosotros*. Barcelona: Icona, p. 17-31.

Pryor, R.J. (1980). Integrating International and Internal Migration Theories. En M. M. Kritz, C.B. Keely y S. M. Romasi, (comps). *Global Trends in Migration Theory and Research on International Population Movements*, Center for Migration Studies, Nueva York, pag. 110-29.

Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, vol. I: 385-401.

Ramirez, A. (1998). *Migraciones, género e Islam. Mujeres marroquíes en España*. Madrid: Agencia española de Cooperación Internacional, 380 p.

Requena, F. (1991). *Redes sociales y mercado de trabajo. Elementos para una teoría del capital relacional*. Madrid: CIS-Siglo XXI.

Ritchey, N. (1976). Explanations of migration, en A. Inkeles, J. Coleman y N. Smelser, (comps). *Annual Review of Sociology*, vol. II: 363-404.

Rodríguez Marín, J. (1995b). Psicología social de la salud. Una referencia especial a la psicología social española. En J. A. Conde Vieitez y A. Isidro de Pedro (Comp.): *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Salamanca. Eudema, 231-251.

Rodríguez Marín, J (1996). *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis Psicología.

Romero, J. (2000). La migración dominicana hacia España: Factores condicio-

nantes, evolución y desarrollo. *Vivir la diversidad en España*. Madrid. Comité Español de la unión Geográfica Internacional, pp. 193-216.

Ross, M. & Weisner, T. (1977). The rural-urban migrant network in Kenya: some general implications, *American Ethnologist*, 4(2): 359-76.

Sagrestano, L.; Feldman, P.; Killingsworth, Ch.; Woo, G. & Dunkel-Schetter, Ch. (1999). Ethnicity and social support during pregnancy. *American Journal of Community Psychology*, 27 (6): 869-898.

Sarason, B.; Pierce, G.; Shearin, E.; Sarason, I.; Waltz, J. & Pope, L. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 273-287.

Sarason, B., Pierce, G. & Sarason, I. (1990). Social support: the sense of acceptance and the role of relationships. En B. R. Sarason, I. G. Sarason, y G. R. Pierce (Eds.) *Social support: An interactional view*. New York: Wiley

Sarason, I.G., Levine, H.M., Bsham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Schaefer, C.; Coyne, J. & Lazarus, R. (1982). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 381-406.

Shumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). Towards a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40 (40): 11-36.

Schultz, R. & Rau, M. (1985). Social support through the life course. En S. Cohen y S. Syme (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press.

Schwarzer, R. & Hahn, A. (1995). Reemployment after Migration from East to West Germany: a longitudinal study on Psychosocial Factors. *Applied Psychology: an International Review*, 44, 1: 77-93.

Simmel, G. (1950). The metropolis and mental life. En k. Wolf (Ed). *The sociology of George Simmel* (trabajo original publicado en 1902). Glencoe, Ill.: The Free Press.

Sluzki, C. (1996). El proceso de migración: un experimento natural en disrupción y reconstrucción de la red social. *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.

Sook, M.; Crittenden, K. & Yu, E. (1996). Social support and depression among elderly Korean Immigrants in the United States. *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 42 (4): 313-327.

Stansfeld, S.; Fuhrer, R. & Shipley, M. (1998). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychological Medicine*, Jul 28(4): 881-92.

Stark, O. (1984). "Rural-to-Urban Migration in LDCs: A relative Deprivation Approach", *Journal of Sociology*, 84(5), marzo:1202-31.

Stern, P. (1985). A comparison of culturally approved behaviours and beliefs between Philipina immigrant women and US born dominant cultures women and western female nurses of the San Francisco Bay: religiosity of health care. *Healthcare form women international*, 6: 123-13.

Taylor, S. & Repetti, R. (1997). Health psychology: What is unhealthy environment and how does it get under skin? *Annuals Reviews in Psychology*, 48, 411-447.

Tempongko, S. (2000). Cross cultural studies of Filipino Migration Workers' Health in Hong Kong. *Asia Pacific Consortium for Public Health: Chinese University of Hong Kong*.

Thoits, P. (1992). Social support functions and network structures: a supplemental view. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

Tijhuis, M.; Flap, H.; Foets, M. & Groenewegen, P. (1995). Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event. *Social Science Medical*, 40, No. 11: 1513-1526.

Tilly, C. (1997). *Chain migration and opportunity hoarding*. Columbia University.

Tilly, C. & Brown, C. (1967), "On Uprooting, Kinship, and the Auspices of Migration", *Journal of Comparative Sociology*, 8(2), sept.: 141-64.

Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23: 145-159.

Thoits, P. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10: 341-362.

Thomas, W. & Znaniecki, F. (1920). *The Polish peasant in Europe and America*. New York: Knopf.

Tolsdorf, C. (1976). Social networks, support and coping: an exploratory study. *Family Process*, 15: 407-417.

Turner, R. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associates conditions. En H. B. Kaplan (dir). *Research in community and mental health. Vol. 3*. Greenwich CT: JAI Press.

Turner, R. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22: 357-367.

Ullman, S.E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 4: 343-358.

Vaux, A. (1992). Assessment and analysis. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.

Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7: 507-518.

Vaux, A.; Burda, P. & Stewart, B. (1986). Orientation towards utilizing support resources. *Journal of Community Psychology*, 14: 159-170.

Veiel, H. & Baumann, U. (1992). Comments on concepts and methods. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

Veiel, H.; Brill, G.; Hafner, H. & Welz, R. (1988). The social support of suicide attempters: the different roles of family and of friends. *American Journal of Community Psychology*, 16: 839-862.

Vitale, S. (2000). El status de la mujer migrante. Las marroquíes en España. *Investigaciones Geográficas*, nº 24: 97-110.

Wabgou, M. (2000). Senegaleses en Madrid. Mercado de trabajo y vida asociativa desde la perspectiva de las redes sociales. Ponencia presentada en el II Congreso sobre la Inmigración en España: "España y la Migraciones Internacionales en el Cambio de siglo".

Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. En Z. Rubin (Ed.). *Doing unto others*. NJ.: Prentice-Hall: Englewood Cliffs.

Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. En B. H. Gottlieb (Eds.). *Social networks and social support*. London: Sage.

Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26: 352-364.

Wilcox, B. (1981). Social support in adjusting to marital disruption: A network analysis. En B. H. Gottlieb (Eds.). *Social networks and social support*. London: Sage.

Wilcox, B. & Vernberg, E. (1985). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support. En I. Sarason y B. Sarason (Eds.). *Social support: theory, research and applications*. Dordrecht, The Netherlands: Martines Nijhoff.

Wills, T. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.) *Social support and health*. New York Academic Press.

Wilson, D. (1995). Women's roles and women's health: the effect of immigration on Latina women. *Women's Health Issues*, 5(1): 8-14.

Wood, Y. (1981). *Social networks and their relation to depression in University students*. Department of Psychology, Universtiy of Hawai.

Zarling, C.; Hirsch, B. & Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interactions in fullterm and very low birthweighth, pattern infants. *Child Development*, 59: 178-185.

Capítulo III

Salud mental en la población inmigrante

11. CONSIDERACIONES DE PARTIDA

Una buena salud mental conlleva un funcionamiento efectivo del individuo en su vida diaria y en la capacidad de afrontar nuevas situaciones (Berry & Kim, 1988a). De manera contraria, los trastornos psiquiátricos y psicológicos afectan considerablemente el entorno de vida de quienes los padecen, pudiendo tener repercusiones negativas en muy variados ámbitos de su existencia. Por estos motivos, una buena salud mental resulta especialmente importante cuando la persona se ve obligada a enfrentarse a situaciones que demandan del sujeto gran cantidad de recursos y habilidades para poder afrontarlas de manera exitosa o por lo menos adaptativa. La inmigración podría ser considerada como una de estas situaciones. Durante la misma, todas las capacidades del sujeto serán puestas a prueba y todos los recursos con los que cuenta serán necesarios para afrontar la dura tarea de asentamiento e integración en un país desconocido y lejano al propio.

En los estudios epidemiológicos realizados comparando grupos con diferentes grados de integración social se ha comprobado que las enfermedades psicológicas y físicas son proporcionalmente mayores en aquellas comunidades cuyos vínculos y redes sociales se han visto interrumpidos entre otros motivos por la migración (Berkman, 1995; Taylor y Repetti, 1997). La inmigración conlleva desarraigo, y el desarraigo es siempre un acontecimiento desestabilizador. Incluye trastornos en la vida familiar y una ruptura radical con la cultura, los valores y la “seguridad” tradicionales. Estos hechos generan una situación de completa incertidumbre, lo que a su vez agudiza el estrés y la angustia.

Estos y otros motivos han provocado que actualmente la inmigración sea ampliamente aceptada como una *situación de crisis* (Hertz, 1988). Durante la misma, el sujeto se enfrenta a procesos similares a los del duelo tras la ruptura e interrupción de sus vínculos afectivos con el país de origen (vínculos que se han constituido durante las primeras etapas de la vida y que han jugado un papel muy importante en la estructuración de su personalidad) y ante la necesidad de modificar su manera de ver el mundo y sus planteamientos (Parkes, 1971).

Para Eisenbruch, quien postula el concepto de duelo cultural, se trata de un proceso de duelo en toda regla con fases de negación, rabia, depresión y finalmente adaptación. Propone también distinguir entre un “duelo cultural normal” y otro “duelo cultural patológico” (Eisenbruch, 1990), considerando “normal” las alteraciones del afecto, sentimientos de pena, soledad, nostalgia, “morriña”, ira, culpabilidad y desconfianza entre otros. Sin embargo, en ocasiones se desencadena en el inmigrante procesos de “regresión”, durante los cuales el adulto inmigrante al enfrentarse con las nuevas circunstancias, se siente desesperanzado, incompetente y añorado. Indudablemente, este estado psicológico obstaculiza considerablemente el proceso de adaptación.

Estos hechos han llevado a algunos autores a considerar el “estatus” de inmigrante como un *riesgo para la salud* (Hyman & Dussault, 2000; Solas Gaspar, 1995; Tizón, 1994), que deriva principalmente tanto del cambio y el esfuerzo que supone el proceso migratorio en sí, que sitúa a la persona en una situación de estrés continuado, como de las malas condiciones en el país de acogida (por ejemplo, la falta de acceso a los servicios sanitarios por su situación laboral, Carballo et al., 1998).

Los problemas y las experiencias asociadas con la “ruptura de raíces” y los cambios culturales que conlleva la inmigración han sido estudiados desde disciplinas tan distintas como la antropología, sociología, psicología, psiquiatría, derecho, ciencias políticas, medicina y religión (Stein, 1986). A su vez, aspectos más concretos, como el estudio de la salud mental en poblaciones inmigrantes se han llevado a cabo desde distintas perspectivas teóricas, tales como sociológicas, psico-sociales o de la psiquiatría social.

El rasgo común en todas estas perspectivas es la asunción de que la transición entre culturas y de una sociedad a otra, provoca un nuevo aprendizaje social y un “ajuste” personal. Entre todas han contribuido a un mayor conocimiento de los factores que median entre la migración y los trastornos mentales (Beiser, 1990), sin embargo, también es necesario señalar la actual confusión existente, así como el solapamiento de definiciones y numerosas teorías dentro del campo (Cohon, 1981; Olmedo, 1979).

El hecho de que la revisión teórica aquí presentada se centre en los efectos que puede tener la migración sobre el deterioro de la salud mental, no significa que no se tenga en consideración el hecho de que la inmigración también puede ejercer un efecto positivo sobre la misma. Por ejemplo, la inmigración puede permitir dejar atrás los problemas y limitaciones existentes en el país de origen y además proporcionar nuevas oportunidades como resultado de la aculturación que mejoren la calidad de vida (mejora en la alimentación o en el acceso a los sistemas de salud) en el país de reasentamiento y contribuir de éste modo al bienestar psicológico de la persona.

Sin embargo, y dado que la salud mental es vista en este trabajo desde la perspectiva de un recurso del sujeto para afrontar el reto de la integración, interesa conocer qué factores pueden provocar su deterioro, y consecuentemente reducir la probabilidad de éxito en la integración.

La importancia del tema puede concretarse con el siguiente dato: los trastornos psiquiátricos constituyen junto con las enfermedades infecciosas y los accidentes laborales los principales motivos de consulta y de morbilidad prevalente en los servicios sanitarios para inmigrantes en Centros no estatales en la Comunidad de Madrid (Emlalelu, 1998). Es decir, los trastornos mentales en la población inmigrante no es algo infrecuente y aislado, sino un hecho común que plantea la necesidad de “ajustar” las actuaciones por parte de la sociedad de acogida y las intervenciones de los profesionales a las características específicas de ésta población y a su particular situación.

Finalmente, y con el fin de obtener una visión general sobre el tipo de investigaciones que se están desarrollando en este campo, a continuación se presenta el resultado del análisis realizado por Bussè & O’Mahony (2000) sobre 136 artículos seleccionados de las bases de datos MEDLINE y MENTALINK (66 artículos de antes de 1990 y 70 artículos del periodo comprendido entre 1990-1998) donde los estudios realizados en salud mental quedan clasificados por temática de estudio y área de origen (cuadro 5 y 6).

Partiendo de estos resultados, las conclusiones a destacar de los trabajos desarrollados en este campo desde los años 90 son (Bussè & O’Mahony, 2000):

Cuadro 4: Número de estudios por tema y área de origen antes de 1990

1920 - 89	Escandinavia	UK - Países Bajos	Resto de Europa	Latinoamérica	Asia - África	Australia
Morbilidad Psiquiátrica	3	5	4	3	4	2
Tept/Ansiedad/D. Somático	3	3	7	2	5	2
Psicopatología infantil	1	2	2	0	2	3
Psiquiatría transcultural	2	8	10	2	6	3
Esquizofrenia y psicosis	0	4	1	0	1	0
Desorden afectivo/suicidio	0	2	5	1	1	2
Desorden orgánico y drogas	0	0	0	0	0	1
Refugiados y guerras	1	0	5	0	5	4
Afrocaribeños	0	2	0	0	0	0
Latinoamericanos	0	0	0	2	0	1
Asiáticos	1	2	0	0	2	1
Medio Este	0	3	1	0	0	0
Europa del Este	0	1	2	0	1	1
Otros	0	0	0	1	0	0
Total	11	32	37	11	27	20

Fuente: Bussè & O'Mahony (2000)

Cuadro 5: Número de estudios por sujeto y área de origen después de 1990

1920 - 89	Escandinavia	UK - Países Bajos	Resto de Europa	Latinoamérica	Asia - África	Australia
Morbilidad Psiquiátrica	2	5	6	5	1	3
Tept/Ansiedad/D. Somático	3	4	2	3	4	6
Psicopatología infantil	3	3	4	0	4	5
Psiquiatría transcultural	0	10	3	4	7	3
Esquizofrenia y psicosis	1	4	1	0	0	3
Desorden afectivo/suicidio	3	2	2	3	1	3
Desorden orgánico y drogas	0	0	1	0	2	0
Refugiados y guerras	2	6	15	1	14	7
Afrocaribeños	0	7	0	0	0	0
Latinoamericanos	0	0	0	3	0	0
Asiáticos	0	1	0	0	0	6
Medio Este	0	2	1	0	0	0
Europa del Este	0	0	2	0	2	1
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	14	44	37	19	35	37

Fuente: Bussè & O'Mahony (2000)

-
- El interés en este campo ha declinado recientemente en Norte América. Del 46% de los artículos en el primer periodo, se redujo el número a un 17% durante 1998.
 - Aumento del interés en Europa, especialmente Reino Unido y Norte de Europa.
 - En Norte América los estudios tradicionalmente se han centrado en las diferencias entre las zonas céntricas de las ciudades y las grandes ciudades, y en las comunidades Afro-Americanas, Hispanas, Caribeñas y Nórdicas comparadas con la población de origen Anglosajón.
 - Los estudios americanos se han centrado en aspectos de morbilidad general y más especialmente en psicosis, adicciones y psiquiatría infantil.
 - En Europa, y más especialmente en Reino Unido y Países Bajos, la investigación se ha centrado en comunidades Afro-caribeñas, turcos, griegos y chipriotas de las principales ciudades, haciendo un énfasis especial en adicciones y psicosis.
 - En los países de la cuenca Mediterránea (Francia, España e Italia) ha habido una mayor tendencia a estudiar la comunidad Norteafricana.
 - En los países Escandinavos y Alemania la investigación se ha centrado especialmente en refugiados e inmigrantes de Europa del Este y del medio y lejano Oriente.
 - Los escasos estudios desarrollados en África, Asia y Europa del Sur se han centrado en diferencias en la migración rural a zonas urbanas y estudios sobre desórdenes afectivos y de adaptación.

12. PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN EL ESTUDIO DE LA INMIGRACIÓN Y LA SALUD MENTAL

Muchas de las teorías que tratan de explicar el porqué de los trastornos mentales en inmigrantes, aluden directamente al proceso de inmigración:

La Teoría de la Selección Social (Odegard, 1945) atribuye los problemas de salud mental a la *predisposición* del individuo, ignorando las dificultades experimentadas por el emigrante en la nueva sociedad.

El estudio de Odegard, "Migration and Insanity" (1932), merece ser señalado dado el gran paso que supuso con respecto al diseño metodológico en este tipo de estudios, así como por sus resultados, los cuales continúan siendo relevantes en la investigación sobre migración (Lavik, 1993). El investigador describió uno de los primeros estudios clásicos en Migración y Salud Mental, al comparar la población de inmigrantes Noruegos en Estados Unidos con la población no inmigrante.

La Teoría de la Causa Social (Eitinger, 1959) es una teoría limitada, al igual que la anterior. Atribuye la pobre salud mental del emigrante sólo al *estrés externo*.

Actualmente se considera que ni una ni otra teoría pueden mantenerse de forma aislada, dado que tanto las características individuales, como el estrés externo, van a contribuir a un incremento en los problemas de salud mental. Partiendo de esta suposición, Goldlust & Richmond (1974) desarrollan el Modelo Multivariado, el cual considera para la explicación de la supuesta relación existente entre inmigración y salud mental, distintos tipos de variables que engloban *características preinmigración*, *características del individuo* y *factores postinmigración* en la nueva sociedad. Tomando como punto de partida este Modelo, se vienen realizando diferentes estudios que investigan de manera aislada o conjuntamente los efectos de estos tres grupos de factores sobre la salud mental.

El estudio de variables relacionadas con la pre-inmigración parte de la consideración de que la inmigración, si bien constituye un fenómeno que viene mediatizado por muchas y diferentes variables externas, es en numerosas ocasiones, producto de un proceso personal en el que el hecho migratorio se convierte en un momento “más” en una historia de vida con un antes y un después. Es decir, parte de la consideración de que la inmigración hay que encuadrarla dentro de una trayectoria vital personal y descarta, por tanto, la idea reduccionista de que estamos ante una realidad cuyo significado está ligado esencialmente al presente (Molleda & López, 2001).

Allodi (1991) y Chung & Kagawa-Singer (1993) sugieren que un gran número de refugiados experimentan clínica severa de depresión, ansiedad y estrés postraumático atribuidos a las condiciones preemigración. Estudios realizados por otros autores muestran resultados acordes con ésta hipótesis (Burvill, 1998), aunque adolecen de fallos metodológicos que les restan valor empírico. En dicha etapa se esconden con frecuencia situaciones personales (ej. problemática familiar, duelos no resueltos, cesión de hijos, situaciones de soledad y desarraigo en el país de origen, etc) claramente determinantes para la decisión de emigrar y que, con mucha probabilidad, habrían motivado también en los países de origen problemas similares a los que presentan en la sociedad de acogida (Molleda & López, 2001).

El estudio de las características del individuo adquiere sentido al poder actuar como variables que median en el efecto de los sucesos externos sobre el sujeto. Por ejemplo, la edad del individuo en el momento de llegada al nuevo país se considera un importante factor, ya que aun que los adolescentes han de hacer frente a un mayor tipo de demandas, se considera que disponen de un mayor número de recursos personales para adaptarse a la nueva cultura (Tousignant, 1992).

Finalmente, los efectos de los factores post-inmigración: cambios en el estatus social, enfrentamiento con una nueva identidad cultural, etc (Hiebert, 1998) y las condiciones en la nueva sociedad han sido investigados desde mediados de los 80, considerándose significativos tanto en el caso de inmigrantes como de refugiados (Kinzie & Manson, 1985). Así por ejemplo, en el trabajo de Pernice & Brook (1996), con una muestra de 129 refugiados del Sudeste Asiático, 57 emigrantes de las islas del Pacífico y 63 británicos emigrantes a Nueva Zelanda, concluyen que las variables relacionadas con la situación post-inmigración ejercen mayor efecto sobre la salud mental que los factores demográficos, destacando como factores determinantes para el desarrollo de ansiedad y depresión, la discriminación (percibida de diferente manera según la procedencia), no tener amigos, ser desempleado y pasar poco tiempo libre con gente de su propio grupo étnico.

En resumen, la salud mental del grupo inmigrante está determinada por factores relacionados con la sociedad de origen, factores relacionados con la propia inmigración y factores que operan en la sociedad de acogida (Murphy, 1977). A su vez, el resultado de la interacción de todos estos factores estaría mediada por las estrategias del sujeto para sobrevivir en ambientes hostiles. Algunos autores sugieren que las bajas puntuaciones en enfermedad mental encontradas entre los inmigrantes, comparadas con la severidad de los sucesos estresantes a los que deben hacer frente, podría ser debido a esas estrategias del sujeto entre las cuales se han señalado: empatía, habilidades sociales, tolerancia, autoestima y confianza en si mismo. También el control cognitivo (percepción del individuo de ejercer control sobre su propia vida) dispone de evidencia empírica que confirma su papel como mediador durante la exposición a circunstancias estresantes (Kim, 2002).

Partiendo de las consideraciones señaladas y asumidas por el Modelo Multivariado, pueden destacarse cuatro explicaciones teóricas sobre los efectos de la inmigración sobre la salud mental: Estrés por aculturación, Aprendizaje social-perdida de cultura, Marginación Social y Desintegración de la Identidad. Cada una de éstas teorías se diferencian en lo que consideran los factores causantes del deterioro, y a pesar de que no tendrían porque resultar excluyentes, la inadecuada evidencia empírica y el insuficiente desarrollo teórico de las mismas, no ha permitido desarrollar una teoría que vincule las cuatro perspectivas.

12.1. ESTRÉS DE ACULTURACIÓN

Ya a comienzos de siglo, Park (1928) y Stonequist (1935) señalaban que aquellos individuos que vivían entre dos culturas y reclamaban la pertenencia a ambas, ya fuera por tener una herencia racial mixta o haber nacido en una cultura y criado en otra, debían ser consideradas personas marginales. Ambos autores compartían la premisa de que vivir entre dos culturas era psicológicamente perturbador por el hecho de tener que manejarse en la complejidad derivada por la presencia de puntos de referencias duales que generaban ambigüedad y confusión de identidad. Aún así, Park (1928), reconocía que si bien la marginalidad era psicológicamente perjudicial para el individuo, la interacción entre culturas traía a largo plazo beneficios para la sociedad.

Actualmente la bibliografía sobre el tema concuerda, en general, en que la situación de un individuo que vive entre dos culturas es, por sí misma, generadora de estrés (Lamfromboise, Coleman y Gerton, 1993). De este supuesto parte igualmente el Modelo de Estrés de Aculturación.

Dicho Modelo constituye una variante del Modelo General de Estrés Social, según el cual el sujeto dispone para hacer frente a las demandas de la sociedad tanto de *recursos personales internos*, tales como estrategias de afrontamiento psicológicas, como de *recursos externos* como por ejemplo las redes sociales, las cuales pueden proveer al sujeto varias formas de apoyo y asistencia material (Barrera & Reese, 1993; Favazza, 1980).

La aculturación es un proceso que implica resocialización y transición desde la cultura de origen a determinados aspectos de la cultura del país de acogida (Berry &

Annis, 1988; Szapocznik et al., 1987). El concepto de Estrés por Aculturación se refiere, por tanto, a un tipo particular de estrés en donde la fuente de estrés proviene de dicho proceso de aculturación, y más concretamente de las supuestas incompatibilidades culturales y conflictos sociales que surgen durante el proceso de asentamiento y ajuste social (Gil y Vega, 1996; Park, 1928, 1936; Rogler et al., 1991; Vega et al., 1985). Incluiría, por ejemplo, estrés económico (dificultad de encontrar un trabajo estable, vivienda adecuada, ingresos suficientes), estrés social (actitudes y comportamientos negativos hacia los inmigrantes o los miembros de un grupo étnico minoritario, enfrentamiento con un diferente sistema de valores), estrés psicológico (ej. soledad, depresión, enfrentamiento con traumas pasados y presentes) e incluso estrés físico (ej. ser víctima de un crimen o un ataque físico).

La mayoría de los estudios que indagan sobre el estrés por aculturación, se han centrado principalmente en el modo en que los conflictos con el idioma del país anfitrión, los conflictos culturales y la percepción de discriminación, entre otros factores, podrían afectar al bienestar psicológico del sujeto (Rumbaut, 1995; Gil & Vega, 1996; Sam & Berry, 1995).

Como en el Modelo General de Estrés, la exposición prologanda a una situación estresante se considera un significativo factor de riesgo para la enfermedad, al poder provocar cambios psicológicos o exacerbar síntomas ya existentes, pudiendo derivar todos ellos en reacciones desadaptativas y en un deterioro de la salud física y/o mental. Sentimientos de marginalidad y alienación, hostilidad, baja autoestima, confusión de identidad, ansiedad, depresión y aparición de síntomas psicósomáticos (Sam & Berry, 1995; Cuellar & Paniagua, 2000) son algunos de los muchos síntomas que se pueden generar desde las contingencias del conflicto cultural.

Con el fin de explicar la relación existente entre los procesos de aculturación y salud mental, Berry & Kim (1988) desarrollaron el Modelo de Estrés de Aculturación, en el cual plantean la inmigración como fuente de estrés e hipotetizan su relación con algunos cambios en la salud mental de los inmigrantes (Gráfico 3).

El modelo hipotetiza la existencia de una relación probabilística entre la experiencia de aculturación y estrés por aculturación. La aculturación puede dar lugar a la exposición a sucesos estresantes, lo cual podría a su vez llevar a estrés por aculturación. Esta relación probabilística está mediada por un conjunto de factores culturales y psicológicos, los cuales influyen sobre el grado y la dirección de la relación entre las tres variables de la parte superior de la figura.

Se considera que la fase de adaptación a la nueva cultura en que se encuentre el inmigrante va a condicionar mucho el grado de estrés al que estará sometido y consecuentemente el grado de deterioro mental que podrá padecer.

Sobre este modelo pionero de Berry & Kim se ha seguido trabajando y se ha desarrollado el Modelo Interactivo de Aculturación (Bourhis et al., 1997, 1998), que trata de integrar dentro de un marco teórico común los distintos componentes de las sociedades multiculturales, los cuales quedan descritos en los tres factores propuestos:

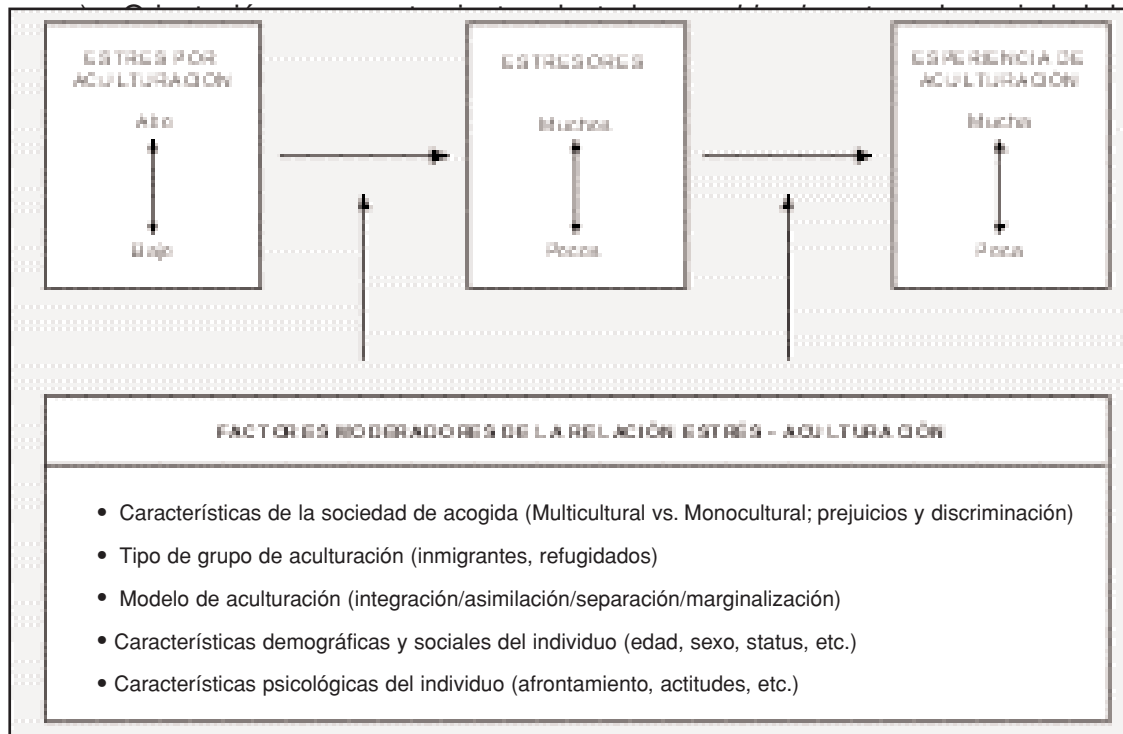


Gráfico 3: Modelo de Estrés de Aculturación

Fuente: Berry & Kim (1988)

12.2. APRENDIZAJE SOCIAL

Se considera que hay múltiples formas en que la cultura puede influir sobre los comportamientos relacionados con la salud, pudiendo tanto favorecer su mantenimiento o desarrollo, como actuar en sentido contrario, provocando un deterioro de la misma. Los puntos más señalados incluyen percepción de la enfermedad, manifestaciones de la enfermedad, rangos de prevalencia, susceptibilidad, aceptación de la enfermedad, reacción a la enfermedad, ajuste a la enfermedad, así como su evaluación y tratamiento (Cuellar & González, 2000).

Las explicaciones derivadas de ésta teoría establecen que en ocasiones lo que el inmigrante aprende sobre la cultura del país de acogida puede, tanto debilitar los factores protectores del sujeto derivados de su cultura ante la enfermedad (Rumbaut, 1995; Suarez-Orozco y Suarez-Orozco, 1995), como fomentar en otras ocasiones el aprendizaje de nuevos comportamientos que resultan perjudiciales. Señalan, por lo tanto, dos elementos en este proceso:

1. El deterioro en el estado de salud puede venir provocado por el deterioro con el paso del tiempo de valores familiares o comportamentales que ejercían un efecto protector, por la pérdida de tradiciones culturales que reafirmaban la solidaridad cultural y el sentido de localización en un grupo social, así como

por la ruptura de las redes sociales del país de origen y la consiguiente pérdida de apoyo social (Gil et al., 1994, 1997; Szapocznik & Hernandez, 1988; Szapocznik et al., 1979). Estas teorías se basan en la correlación encontrada en diversos estudios entre la escasez de interacciones sociales de apoyo y mayor nivel de enfermedad.

2. En ocasiones, las nuevas redes de apoyo social que se establecen en el país de acogida refuerzan el desarrollo de comportamientos que aumentan el riesgo de desencadenar problemas de comportamiento y, en ocasiones, algún tipo de desórdenes psiquiátricos (Caetano & Medina-Mora, 1988; Gilbert & Cervantes, 1986). Así, por ejemplo, es frecuentemente observado en los estudios un incremento en el uso ilícito de drogas y alcohol entre mejicanos, especialmente adolescentes, residentes en los Estados Unidos, lo cual puede llegar a tener consecuencias negativas sobre su nivel de salud mental (Vega et al., 1998; Vigil, 1988).

12.3. MARGINALIDAD SOCIAL

Es principalmente una explicación sociológica basada en los factores contextuales que median la experiencia de emigración y la acomodación en el país de acogida (Fabrega, 1969; Portes, 1995; Portes & Rumbaut, 1990).

Desde estas teorías se considera que el *nivel de compatibilidad* entre el “contexto de salida y el contexto de recepción”, en lo que se refiere a la posición social y conocimiento cultural del sujeto, provee una base para la comprensión de la facilidad relativa o dureza que supondrá el acto de emigrar y la subsiguiente adaptación en un nuevo ambiente (Rumbaut, 1989). Durante este proceso, las redes migratorias podrán en ocasiones mitigar tal dureza por medio de distintos tipos de apoyo social: material, informacional... (Portes & Bach, 1985) (Ver capítulo anterior).

Con frecuencia los inmigrantes experimentan lo que se ha denominado “asimilación segmentada” o asimilación en sectores fragmentados de la cultura y sociedad en el país de acogida (Portes & Zhou, 1993). Este tipo de asimilación se caracteriza por: aislamiento, comunidades con bajos ingresos en las que en ocasiones se dan distintos tipos de “patología social” y las cuales tienen una larga historia de discriminación y negligencia social. Pueden convertirse en “minorías involuntarias”, derivadas de un proceso histórico de relegar a los menos poderosos, étnicamente despreciados, y personas de color, en los estatus sociales inferiores (Ogbu, 1978; 1991).

Este tipo de asimilación repercute negativamente en la salud de los sujetos, dado que las condiciones de integración (ingresos, tipo de ocupación, satisfacción con el trabajo, familia y amigos) influyen notoriamente sobre la psicopatología de los inmigrantes, incluidas las somatizaciones (Koh, 1998).

12.4. CRISIS DE IDENTIDAD

Esta teoría considera los conflictos surgidos en el país de acogida con respecto a la propia identidad del sujeto, o más concretamente el fracaso en la reconstrucción de dicha identidad, como posible causa del desarrollo de una patología mental.

Como se señala en la revisión realizada por Labrador (2002), el término identidad es uno de los términos más complejos, polisémicos y confusos con que nos podemos encontrar en las ciencias sociales. La dificultad conceptual de dicho término puede radicar en el hecho de que su campo semántico se ubique en la confusa frontera entre el individuo y la sociedad.

Según el autor (cit. ant, 2002), los intentos más afortunados de crear un sistema teórico capaz de dar cuenta de esta íntima relación entre lo social y lo individual han sido: el Interaccionismo Simbólico, la Psicología Socio-histórica, el Constructivismo Social y desde una postura más psicológica y personalista no se puede pasar por alto los trabajos de Erikson y sus continuadores.

Cualquier acercamiento a la identidad y a sus cambios —como es el caso que aquí nos ocupa— debe hacerse eco de la tradición psicológica más importante en este ámbito: la teoría de las crisis de identidad de Erikson y sus continuadores.

Según esta teoría, los seres humanos toman conciencia de su identidad ante situaciones que interpelan esa identidad y hacen necesaria una autodefinición. Siempre que se cuestiona la identidad de un individuo o de un colectivo es a causa de un conflicto, de un cambio, o de un encuentro diferencial.

Erikson comenzó a escribir sobre la identidad como un concepto organizador del desarrollo humano, de los cambios sociohistóricos y de la salud mental a finales de la década de los cuarenta. El acierto de este autor fue proponer un modelo psicosocial en el que la identidad se va formando según se resuelven los conflictos que vive la persona con su medio a lo largo de las distintas etapas de interacción claves en el desarrollo.

En sus trabajos la crisis fundamental es la que se produce en el período evolutivo de la adolescencia, momento en el cual los seres humanos deben lograr y afianzar su identidad. Estas crisis identitarias son comunes a todas aquellas situaciones, cada vez más numerosas en nuestra sociedad, en las que el ser humano se siente interpelado en sus representaciones de sí mismo. Los fenómenos migratorios son un claro ejemplo de este tipo de situaciones. La migración supone un cambio rápido de referencias (símbolos, situaciones, roles asignados, etc.) que definen funciones sociales diferentes y que reclaman a la larga nuevas identidades.

“Un síndrome llamado confusión de identidad caracteriza las perturbaciones resultantes de hechos traumáticos como guerra, prisión y *emigración*; pero también demostró ser un rasgo dominante en las perturbaciones de desarrollo en la adolescencia” (Erikson, 1994).

Tras la inmigración y durante el reasentamiento, cuando el sujeto lleva en el país de destino el tiempo suficiente como para tomar conciencia de las diferencias sociales y culturales entre su origen y el mundo en el que vive ahora, se personalizan con mucha frecuencia tensiones y conflictos. Esta tensión está determinada, por un lado, por la

necesidad de tener una conciencia de sí mismo en la que se produzca una continuidad biográfica. El individuo precisa de esa perspectiva que le entronca con su pasado y que le permite reconocerse a sí mismo en esa biografía. Por otro lado, las exigencias del nuevo medio hacen que sea necesario cambiar, adoptar nuevas perspectivas que entran, a menudo, en contradicción con los *esquemas interpretativos* de la realidad que le había proporcionado su cultura y su sociedad de origen.

Los inmigrantes se ven obligados a resolver esa tensión integrando de alguna manera esas formas distintas de ver el mundo, siendo necesario el desarrollo de nuevos procesos cognitivos y comportamentales que optimicen su adaptación al nuevo ambiente. Sin embargo, ésta tarea no resulta nada sencilla. El fallo en el desarrollo de identidades culturales adaptativas y coherentes, conlleva asociado un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y abuso de sustancias como estrategias de afrontamiento (Oetting, 1993).

13. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL PROPIOS DEL FENÓMENO MIGRATORIO

La pertenencia a determinados grupos sociales expone a los individuos a diferentes grados de estrés ambiental; a su vez, los mecanismos y recursos de afrontamiento se ven influidos por características sociales de esos mismos grupos. Por estos motivos, diferentes grupos sociales se encontrarían en una situación doblemente negativa, al enfrentarse con un mayor número de experiencias estresantes y al ver reducidos sus recursos para enfrentarse a las mismas (Liem & Liem, 1984).

El grupo constituido por la población inmigrante, sería un claro ejemplo de este hecho. La experiencia inmigratoria expone al sujeto a un gran número de situaciones frente a las que puede sentir que las demandas del medio exceden su capacidad o sus recursos de afrontamiento, y que, además, pueden mantenerse durante largos periodos de tiempo. De igual modo, el desconocimiento del país de acogida y todo lo que ello conlleva, puede suponer, con frecuencia, un decremento de sus recursos de afrontamiento.

Por estos motivos, un aspecto importante y de necesaria consideración en el estudio de la relación entre salud mental e inmigración lo constituyen todos aquellos factores específicos del fenómeno migratorio que aumentan la vulnerabilidad del sujeto a experimentar un deterioro en su salud mental. Se considera que la condición de inmigrante se acompaña de unas peculiaridades específicas que diferencian a ésta situación de cualquier otra siendo, por este motivo, necesario detenerse sobre los factores de riesgo que afectan a la persona que se enfrenta al difícil reto de emigrar.

Los factores que a continuación se presentan constituyen una revisión de los factores de riesgo que pueden ser identificados en las investigaciones realizadas sobre distintos aspectos relacionados con la salud mental de los inmigrantes. Dichos factores no han de ser considerados como algo estático, sino como factores que actúan dentro de los procesos interactivos establecidos entre los individuos y su ambiente (Lemos, 1996), estando su potencial efecto adverso mediado por las variables implicadas en dicha interacción.

Por ejemplo, si los reajustes o adaptaciones que “exige” la inmigración ocurren sobre la base de una alta vulnerabilidad personal, familiar o social, bien anterior o posterior a la inmigración, puede crearse el contexto biopsicosocial que favorezca la descompensación o trastorno. De ahí la importancia de conocer las variables intervinientes que pueden significar una mayor vulnerabilidad del inmigrante.

13.1. CONTEXTO DE SALIDA

La literatura sobre inmigración y salud mental sugiere repetidamente que las condiciones o circunstancias de la inmigración parecen influir en el posterior funcionamiento psicológico del sujeto en el país de acogida (Murphy, 1977).

Murphy propuso que la salud mental está principalmente determinada por el estatus del inmigrante. De igual modo, Portes y Rumbaut (1990), quienes han estudiado fundamentalmente a inmigrantes de los Estados Unidos, plantearon que los inmigrantes se ven afectados por las condiciones personales y sociales, que motivaron la salida de sus países de origen, así como por las circunstancias en que se produce el recibimiento de los países que los acogen.

Centrándonos en las circunstancias en que se produce la salida de los inmigrantes en su país de origen, es posible distinguir dos casos: aquellos en los que la inmigración ha sido forzada, como es en el caso de los refugiados, o aquellos en que ha sido voluntaria, como es el caso de los inmigrantes voluntarios. Ambas circunstancias comparten elementos en común, como son las posibles secuelas psicológicas derivadas: añoranza del hogar, pérdida de lazos significativos en torno a los cuales habían estructurado su vida (Vega et al., 1991), de signos y símbolos familiares de intercambio social (Furham & Shiekh, 1993), aislamiento y desconfianza de la cultura mayoritaria (Knab, 1986), cambios importantes en la rutina diaria (Furhan & LI, 1993), alteraciones en el estado de humor (Westermeyer, 1986) etc.

Sin embargo, existen elementos clave que establecen diferencias significativas entre ambas:

- a) La fuente de estrés previa a la emigración es diferente en cada caso. En el caso de los emigrantes voluntarios suele provenir de las dudas surgidas durante la preparación del viaje, a cerca de su futuro próximo, y de las frecuentes tensiones surgidas en la vida familiar como consecuencia de dichos preparativos. La inmigración supone para algunas familias un desafío para sus valores personales, prácticas culturales, sistema de creencias y de supervivencia como una familia unida (Gil & Vega, 1996).

En el caso de los refugiados, la fuente de estrés es mucho más intensa al poder verse puesta en peligro la vida de la propia persona o de sus allegados. Suele existir una historia personal de ansiedad, rumores, amenazas o situaciones traumáticas directas, que son las que provocan el desplazamiento. Estamos por tanto ante personas que pueden ser más *vulnerables* a nuevos estresores.

-
- b) La huida se produce con frecuencia en un contexto de persecución y de peligro, que obliga a una salida precipitada y casi obligada del país de origen. Por estos motivos la preparación del viaje suele ser mínima (Gil & Vega, 1996), así como la existencia de un proyecto migratorio (Tizón, 1994).
 - c) Hay una pérdida, generalmente brusca, de todo lo que definía la vida de la persona. Mientras que el inmigrante renuncia a parte de su historia personal buscando nuevos horizontes – y por tanto, puede tener más factores atenuantes de las pérdidas – ser refugiado, es ante todo, asumir una serie de pérdidas bruscas no deseadas.
 - d) Hay un desarraigo, con lo que no puede recurrirse a tácticas sociales usadas previamente para enfrentar situaciones difíciles. La salida precipitada del país, dificulta el establecimiento de posibles contactos en el país de acogida, viéndose mucho más desvinculados y aislados a su llegada.
 - e) Se trata de una situación involuntaria que genera motivaciones cualitativamente diferentes en el país de acogida, y éstas a su vez repercuten en los logros conseguidos tanto a niveles de adaptación como de estatus social en el país de acogida (Favazza, 1980). El refugiado, a diferencia del emigrante, no va a la búsqueda de oportunidades ni busca, por tanto, la integración. Al haber sido empujado fuera de su hogar lo que anhela y busca es regresar a su patria en el menor tiempo posible. Para ellos, todo aquello que sugiera una integración será vivido con frecuencia como una traición.

Por estos motivos, se considera también que el nivel de estrés por aculturación que experimentará cada uno de los grupos será también diferente. Los individuos que se exponen “voluntariamente” al cambio cultural, sufrirán menos estrés por aculturación que aquellos que lo hacen de manera involuntaria (refugiados) (Rogler, 1994; Berry & Kim, 1988); Como consecuencia, el impacto psicológico será también fundamentalmente distinto en cada caso (Tyhurst, 1951).

De este modo, la hipótesis tradicionalmente mantenida ha sido que los refugiados experimentarán con mayor frecuencia sintomatología asociada con trastornos adaptativos que los inmigrantes, dada la naturaleza involuntaria de su migración. Son inmigrantes expulsados de sus tierras (Kunz, 1973) y sorprendidos ante situaciones en las que tienen poco o ningún control.

Sin embargo, dicha hipótesis no siempre ha sido verificada. El estudio de Pernice et al. (1994), en el que comparaban los niveles de salud mental entre refugiados e inmigrantes (refugiados indochinos, inmigrantes de las Islas del Pacífico e Inmigrantes británicos) en Nueva Zelanda encontró que la hipótesis sólo se verificaba al comparar con los inmigrantes británicos. Tanto los refugiados indochinos como los inmigrantes de las Islas de Pacífico experimentaban relativamente bajos niveles de salud mental. Sin embargo, la incidencia total de depresión clínica y trastornos adaptativos, tendía a ser más alta entre los refugiados indochinos que en los otros dos grupos. En contraste, la ansiedad clínica ocurría más a menudo entre los inmigrantes de la Islas del Pacífico.

13.2. NACIONALIDAD DE ORIGEN

Los estudios transculturales, sobre todo los que se realizan entre grupos minoritarios de inmigrantes en la sociedad de acogida, apuntan la necesidad de considerar que el resultado neto de los procesos de aculturación es función, no sólo de las características socio-demográficas del individuo y de las particulares circunstancias en las que tiene lugar el contacto cultural, sino también de la forma que ha adoptado la integración en el grupo al que el sujeto pertenece (Trickett, 1996).

El proceso de adaptación psicosocial puede resultar particularmente complicado para algunos grupos de inmigrantes, de acuerdo a su nacionalidad (Rumbaut, 1995; Guarnaccia y López, 1998). Las diferencias étnicas adquieren un papel fundamental en el proceso de adaptación al nuevo entorno ya que la manera de percibir las demandas ambientales, el acceso y utilización de los recursos (instrumental y sociales), los sistemas de creencias y valores, etc., pueden llegar a ser muy distintas entre grupos de inmigrantes aparentemente homogéneos (Martínez et al., 2000).

Estas diferencias pueden provocar que algunos grupos étnicos, al ser comparados con otros, presenten un mayor grado de vulnerabilidad psicosocial. Tal es el caso de los niños Filipinos y Vietnamitas, que al ser comparados con niños de otras nacionalidades, también inmigrantes en los Estados Unidos, presentan una menor autoestima y una más alta presencia de conflictos entre padres-hijo (Rumbaut, 1995). Los motivos argumentados por los autores para explicar estos hechos aluden a la estructura familiar de los jóvenes Vietnamitas, la cual presta escaso apoyo durante la migración, siendo muy frecuente que se realice de manera individual y aislada. A esto se suma, el que sus redes de apoyo son menos eficientes en acogerlos, ya que las comunidades de Vietnamitas en los Estados Unidos tienden a no dar gran apoyo a sus compatriotas (McKelvey & Webb, 1996). Éstas, junto con otras condiciones de desventaja, favorecerían el surgimiento de un nivel más alto de síntomas depresivos en este grupo de inmigrantes en particular (Guarnaccia & López, 1998).

En general, los estudios coinciden en que los niveles de estrés derivados de la inmigración varían de acuerdo a la nacionalidad de origen, la historia política y contexto de la inmigración, factores que a su vez influirán en la respuesta de la comunidad anfitriona (Guarnaccia y López, 1998). Un ejemplo claro es la experiencia vivida por los Cubanos en la ciudad de Miami, quienes han construido un antiguo y bien desarrollado enclave, que proporciona a los compatriotas un impresionante apoyo económico y social (Portes & Rumbaut, 1990; Vega & Rumbaut, 1991). Esta experiencia es totalmente contraria a la vivida por las familias Nicaragüenses en el mismo país, quienes parecen más vulnerables a presentar un mayor número de problemas, como resultado de la exposición por un periodo mayor de tiempo, a estresores culturales (Gil & Vega, 1996).

13.3. ESTATUS LEGAL

Se considera que la situación de irregularidad en el país de acogida enfrenta al sujeto a una cantidad adicional de factores estresantes que se suman a los ya tradicionalmente expuestos por su condición de inmigrante. La constatación de ser

retornada a su país de origen si le identifican, la imposibilidad de trabajar legalmente, así como el limitado acceso a recursos podrían causarles mayor ansiedad y dificultades de ajuste. Sin embargo, es escasa la investigación sobre las experiencias de los inmigrantes irregulares (lo cual no sorprende, dada la dificultad de identificarlos y contactar con ellos).

El estudio de Aroian (1993) sobre problemas de Inmigrantes ilegales y riesgos para la salud mental, encontró que pueden señalarse aspectos tanto positivos como negativos de la experiencia de ser un inmigrante en situación irregular. Aspectos positivos incluían oportunidades de aventura y de ver el mundo así como los beneficios económicos de los trabajos ilegales. Aspectos negativos identificados fueron dificultades para trabajar, falta de oportunidades para mejorar la ocupación, explotación laboral, miedo, incertidumbre, vulnerabilidad y restricción de actividades. El miedo y los comportamientos por el motivados, tales como vivir en subterráneos y restringir las actividades, disminuye con el paso del tiempo cuando el inmigrante ilegal se da cuenta de que la posibilidad de ser capturado y deportado no es tan probable como pensaba a su llegada. Otras emociones negativas y restricciones asociadas, tales como incertidumbre, vulnerabilidad y restricción de visitas al país de origen, no disminuyen con el tiempo. De hecho, estas emociones negativas y las restricciones se vuelven menos aceptables con el paso del tiempo.

En contraposición, se ha observado que la condición de ser un miembro de la sociedad con pleno derecho, tanto legalmente como subjetivamente, tendría una positiva repercusión en el adecuado logro de la identidad social y por lo tanto, de su salud mental. Aparentemente, más que el periodo de residencia, será el estatus sociopolítico alcanzado por el sujeto, el que determinará en gran medida su identidad psicológica (Rumbaut, 1995) y consecuentemente su bienestar psicosocial.

13.4. ENFRENTAMIENTO A LA NUEVA CULTURA

Tras la llegada del inmigrante al país de acogida, el esfuerzo por lograr una supervivencia económica y alcanzar la integración, se encuentra seriamente dificultado por el enfrentamiento con una cultura desconocida y, en ocasiones, muy distinta a la propia que le plantea la necesidad de adquirir un nuevo idioma, así como la de aprender los valores y normas conductuales característicos de la sociedad anfitriona (Mainous, 1989).

El concepto empleado para referirse a estos aspectos, como se ha señalado anteriormente, es el de "aculturación". La aculturación es un concepto ambiguo relativo al proceso durante el cual los individuos se van adaptando gradualmente a un nuevo ambiente (Berry, 1990). En dicho proceso entran en juego múltiples aspectos tales como la identidad étnica, el estilo cognitivo del sujeto, la lengua y otras preferencias.

El estrés generado por entrar en contacto con una nueva cultura se considera un significativo factor de riesgo para la enfermedad (Alderete, 2000; Amaro et al., 1990; Markides et al., 1988). A su vez, la distancia cultural entre la sociedad de origen y la de acogida puede dificultar aún más el proceso de aculturación y, por lo tanto, incrementar sus efectos perjudiciales sobre la salud (Westermeyer, 1996). En estas ocasiones, el

factor cultural podrá convertirse en un elemento más estresante para el sujeto principalmente por dos motivos: en primer lugar el esfuerzo adaptativo que debe realizar el inmigrante será mayor, y en segundo lugar, también lo será la probabilidad de percibir un desbordamiento e incontrolabilidad de las demandas ambientales en relación con los recursos disponibles.

En el estudio de Alderete et al (2000) en el que se examinan los efectos del tiempo en los Estados Unidos y el ser indio como variable étnica, sobre la prevalencia de 12 de los desórdenes psiquiátricos del DSM-III-R entre americanos mejicanos residentes en California, encontraron que aunque el mayor tiempo de residencia en los EE.UU. aumentaba el riesgo de desórdenes psiquiátricos en ambos grupos de inmigrantes, hubo un incremento más agudo entre los indios. Encontraron una mayor tasa de desórdenes del estado de ánimo y consumo de drogas entre los indios que entre los no-indios.

Los autores justificaron estas diferencias argumentando que la distancia cultural podría tener que ver con el nivel de estrés o los conflictos experimentados por los indios (Alderete et al, 2000). Tal vez los indios son más propensos a experimentar reacciones emocionales cuando cortan con su cultura de origen y sus redes de apoyo social en México ya que no son tan propensos como los no-indios a asentarse en un enclave cultural completamente desarrollado en los EE.UU. que reemplace lo que ellos habían perdido.

Al analizar la posible relación entre los procesos de aculturación y salud mental, se plantean tres posibles tipos de relaciones –positiva, negativa y curvilínea (Rogler, Cortes & Malgady, 1991) (en Shen & Takeuchi, 2001) en función de la forma de actuación del individuo cuando se enfrenta al proceso de aculturación.

De acuerdo con Berry (1990), las actitudes y expectativas del sujeto hacia la experiencia de aculturación podrían afectar las estrategias de afrontamiento del individuo y su habilidad de adaptación, así como a los niveles individuales de estrés. Generalmente, los inmigrantes que perciben los cambios provocados por la aculturación como oportunidades, podrían experimentar menos estrés que aquellos que no los perciben de este modo. En estudios con latinoamericanos inmigrantes en los Estados Unidos, se descubrió que las altas puntuaciones obtenidas en depresión e ideación suicida por una cuarta parte de los adolescentes de la muestra, correlacionaban con el estrés por aculturación y expectativas no positivas hacia el futuro (Hovey, 1999).

Es generalmente aceptado en la literatura la identificación de los siguientes cuatro modelos de actuación del individuo (Cuadro 7) ante un proceso de aculturación, los cuales están determinados por el grado de identificación del inmigrante con su propio grupo étnico o con la corriente mayoritaria del país de acogida (Berry & Kim, 1988):

1. **Asimilación:** consiste en que el inmigrante o los miembros del grupo minoritario adquieren los comportamientos y valores de la cultura de acogida y dejan de practicar, respetar y valorar su cultura tradicional.
2. **Integración:** el inmigrante o los miembros del grupo minoritario integra su cultura tradicional con características adquiridas de la cultura de acogida.
3. **Separación:** se produce una fuerte adhesión y mantenimiento de la identidad

y cultura tradicional, así como una renuncia a aceptar, cambiar, adaptarse e incluso identificarse con la cultura de acogida en la cual el inmigrante reside, trabaja o visita.

4. **Marginalización:** es un tipo de aculturación en el cual el inmigrante o los miembros del grupo minoritario no mantienen lealtad a sus creencias tradicionales, valores o comportamientos, mientras que tampoco adoptan los de la cultura de acogida. Son realmente marginados en el sentido de que carecen de un fuerte sentido de identidad tanto con su cultura tradicional como con la cultura mayoritaria.

Se considera que cada una de estas alternativas tiene específicas implicaciones en la salud mental:

- Un punto de vista es que los inmigrantes tienen más dificultades de ajuste si mantienen su cultura nativa (Griffith, 1983; Szapocznik, Kurtinez & Fernández, 1980). Esta hipótesis se encuentra confirmada en estudios como el de Pallegas (1987) realizado en los Estados Unidos, en el que encontró que los jóvenes hispanos de sexo masculino que presentaban estrategias de afiliación con su cultura de origen, exhibían un mayor índice de conductas de rebeldía que aquellos que eran biculturales o monoculturales afiliados a la cultura anglosajona.
- Una segunda teoría establece lo contrario, es decir, que la separación de la cultura nativa y la adopción de las costumbres de la cultura dominante provoca más estrés y más dificultades de ajuste (Ramírez, 1969).
- Una tercera teoría establece que los inmigrantes que son biculturales (hipótesis del biculturalismo) o se identifican y adoptan tanto la cultura nativa como a la mayoritaria son los sujetos más sanos y mejor ajustados (Buriel et al., 1980; Fernández-Barillas & Morrison, 1984; Langet al., 1982; Szapocznik et al., 1980). Se considera que la habilidad de identificarse con y vivir como parte de ambas culturas sin sentirse alienado o rechazado por la otra, es lo que contri-

Cuadro 6: Modos de Aculturación basados en la mayor o menor identificación con el propio grupo étnico y con la corriente principal

<i>Identificación con la corriente principal</i>	<i>Identificación con el propio grupo étnico</i>	
	<i>Fuerte</i>	<i>Débil</i>
Fuerte	Integración	Asimilación
Débil	Separación	Marginalización

Fuente: Lin et al., (2000)

buye al bienestar psicológico del inmigrante integrado.

En general, los estudios sugieren que tanto en sociedades plurales, como en aquellas relativamente monoculturales, la *Integración* constituye la forma *más* adaptativa para los inmigrantes, fomentando su bienestar psicológico

(Prilleltensky, 1993; de Domanico et al., 1994;; Sam & Berry, 1995).

- Por último, se considera que la *marginación* representa la estrategia *menos* adaptativa, siendo estos sujetos especialmente vulnerables a trastornos psicológicos o de adaptación (Sam & Berry, 1995; Berry & Kim, 1988; Verkuyten & Kwa, 1994; Stonequist, 1937).

Algunos teóricos argumentan que aquellos individuos que no desarrollan actitudes positivas hacia su cultura de origen ni hacia la cultura mayoritaria que los alberga, limitan su habilidad para sentirse bien, al interactuar con un grupo que les genera sentimientos negativos. Esta interacción negativa, con individuos de una cultura que no respetan, podría derivar en resultados psicológicos y conductuales negativos (LaFromboise, Coleman, y Gerton, 1993).

Sin embargo, no es posible esclarecer aquí cual de las cuatro hipótesis formuladas resulta correcta, ya que lo que predomina en el tema es una inconsistencia de resultados entre las distintas investigaciones. Así, en la revisión realizada por Shen & Takeuchi (2001) sobre los resultados de investigaciones recientes respecto a la relación entre aculturación-salud mental, señalan como rasgos característicos:

- ✓ Limitación de los estudios a determinados grupos étnicos. La mayoría de los estudios pasados se han centrado en inmigrantes latinos en América (principalmente mejicanos), inmigrantes asiáticos en América (principalmente chinos y coreanos) y refugiados/inmigrantes del sureste asiático en América, habiéndose realizado muy pocos estudios sobre hawaianos, afroamericanos y grupos minoritarios de otros países (por ejemplo, Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda).
- ✓ Resultados poco concluyentes y conflictivos. No se encuentran patrones consistentes de resultados, ni incluso cuando los estudios se centran en una población en particular.

El grupo de refugiados constituye una excepción, dado que este grupo sí parece beneficiarse de altos niveles de aculturación, lo cual ha sido medido comunmente como dominio del idioma entre esta población. Con el mayor conocimiento del inglés y unas aptitudes de mayor apertura hacia el nuevo ambiente, los refugiados tienden a lograr mejor ajuste y salud mental, como se ha demostrado entre los asiáticos del sureste (Nicassio, 1985; Nicassio et al., 1986; Westermeyer et al., 1989) y los Afganos (Mghir et al., 1995).

Con población inmigrante sin embargo, pueden señalarse, por ejemplo, seis estudios que mostraron que la aculturación se asociaba inversamente con medidas de depresión o desajuste entre diferentes poblaciones, incluyendo ancianos inmigrantes chinos en América (Lam et al., 1997), madres latinas con niños con retraso mental (Blacher et al., 1997) y Americanos Latinos (Lang et al., 1982; Masten, Penland & Nayani, 1994; Neff & Hoppe, 1993; Zamanian et al., 1992).

En contraste, tres estudios encuentran una relación positiva entre aculturación y elevados problemas psicológicos. Estos estudios incluyen estudiantes vietnamitas de colegios americanos (Nguyen & Peterson, 1993), una muestra comunitaria de inmi-

grantes mejicanos en América con sujetos nacidos tanto en Estados Unidos como en Méjico (Burnam et al., 1987), y pacientes psiquiátricos readmitidos de descendencia mejicana (Gonzalez & Cuellar, 1983).

Más aún, cuatro estudios no encontraron ninguna relación significativa entre aculturación y resultados en salud mental. Estas incluyen investigaciones sobre estudiantes latinos (Cuellar & Roberts, 1997), Portorriqueños en los Estados Unidos (Canabal & Quiles, 1995), inmigrantes coreanos ancianos (Lee et al., 1996) y Hawaianos (Strezler et al., 1996).

- ✓ Estudios recientes no demuestran una relación curvilínea entre aculturación y salud mental (hipótesis del biculturalismo).

La relación curvilínea sugiere que las personas que se encuentren a medio camino en el proceso de aculturación son más susceptibles de desórdenes psicológicos. Se considera que tanto la falta de aculturación (separación) como el estar altamente aculturado (asimilación) podría hacer sentir más comfortable al sujeto al sentirse formando parte en los respectivos sistemas culturales, tanto en un enclave étnico como en la corriente mayoritaria. En cambio, las personas que se encuentran a medio camino del proceso están constatemente luchando y enfrentándose al estrés ocasionado por los grandes cambios en su vida que acompañan a la aculturación. En consecuencia, el elevado estrés podría hacerlos más vulnerables a la enfermedad mental.

- ✓ Algunos estudios obtienen resultados mixtos.

Golding & Burnam (1990) encontraron que la aculturación no tenía efectos sobre el nivel de depresión cuando las variables demográficas y las condiciones socioeconómicas eran controladas, sin embargo, la condición de inmigrante nacido en los Estados Unidos, sí predecía mayores puntuaciones en depresión incluso cuando estas variables eran controladas.

Por otro lado, Kaplan y Marks (1990) descubrieron en una gran comunidad étnica que la relación entre depresión y aculturación variaba en función de la edad del grupo en cuestión. Su estudio mostró que un mayor nivel de aculturación se asociaba con un incremento en puntuaciones de depresión entre jóvenes adultos, y con menores puntuaciones entre adultos mayores.

Finalmente, concluyen los autores que aunque los estudios que demuestran un efecto saludable de la aculturación son más numerosos que los que demuestran lo contrario, la disputa entre las otras dos posiciones continúa sin resolverse.

Los estudios que muestran los efectos beneficiosos de la aculturación en general, utilizan muestras pequeñas, poblaciones específicas, y no consideran la influencia que pueden tener las variables sociodemográficas, tales como la educación, las condiciones socioeconómicas, y el país de nacimiento. Por otro lado, los estudios que demuestran que no existe relación o resultados mixtos sí tienden a controlar esas variables y utilizaron un tamaño muestral mucho mayor (por ejemplo, 1244 sujetos en Golding & Burnam, 1990; 3048 en Kaplan & Marks, 1990).

Así, los contradictorios resultados encontrados podrían estar reflejando más que distintas realidades, la gran diversidad de los estudios revisados en relación a: las características de la muestra, los factores analizados, las variables controladas (edad, género, nivel educativo y dominio del lenguaje, Rogler, 1994), así como con respecto a las definiciones y medidas particulares usadas para evaluar la aculturación y la salud mental.

Por otro lado, también deberían considerarse en dichos estudios otras variables que pueden estar determinando la adaptabilidad de dichos comportamientos, como pudieran ser las características del país de acogida. Por ejemplo, ante un país que enfatiza una ideología multicultural, una actitud de “integración” resultará menos estresante que una de “asimilación”. De igual modo, la actitud de asimilación probablemente será menos estresante para un inmigrante o refugiado en un país con una fuerte tendencia asimilacionista (Berry et al., 1987).

En términos generales, se podría concluir diciendo que el desarrollo de mecanismos de enfrentamiento bicultural en la nueva cultura favorece la salud mental del inmigrante. Las investigaciones, en general, han llegado a afirmar que la biculturalidad favorece que los sujetos logren un mejor ajuste en la nueva sociedad, permitiendo que mantengan lazos con sus valores y cultura de origen, y desarrollar a la vez, las destrezas lingüísticas y sociales, necesarias para negociar con la nueva cultura (Lafromboise et al., 1993; Guarnaccia & López, 1998). Otra serie de estudios apoyan que la comprensión de los valores y prácticas de una segunda cultura, favorece positivamente la predisposición de las minorías étnicas de considerar el apoyo aportado desde las instituciones del país de acogida (Atkinson & Gim, 1989; Curtis, 1990; Hess & Street, 1991), lo que les permitirá beneficiarse de recursos y apoyos que repercutirán positivamente sobre su bienestar.

13.5. PROBLEMAS DE IDENTIDAD

Unamuno recuerda que casi nunca coincide lo que uno realmente es con lo que él mismo piensa que es y con lo que piensan sus interlocutores sobre él. La idea que los otros proyectan sobre uno repercute sobre la conciencia que uno tiene de sí mismo, llegando muchas veces a hacerla vacilar.

A lo largo de la historia de cualquier ser humano, y más especialmente cuando se llega a ambientes totalmente nuevos en que se descubren aspectos inéditos de la personalidad o ante situaciones difíciles en las que el sujeto entra en crisis, se va produciendo una remodelación de la conciencia que uno tiene sobre sí mismo, siendo de este modo y progresivamente como se va definiendo la identidad del sujeto.

En el caso de los inmigrantes es casi inevitable que la conciencia de sí mismos por la que se guiaban en sus países de origen, no les sirva del todo en los países de destino. Al inmigrante cada vez le resulta más difícil coordinar y conjugar roles, actitudes y prácticas significativas pertenecientes al grupo mayoritario y minoritario. Además de esto, se les echa encima la identidad estereotípica del inmigrante y la confrontación con los comportamientos asociados con el rol de inmigrante (Aparicio et al., 1999).

Estos hechos plantean un desafío interior al inmigrante: el encontrar una identidad personal propia, con la que no se produzcan conflictos de valores contrapuestos e integrada con su nueva identidad social como miembro de un grupo étnico en conflicto con la identidad del grupo dominante (Rumbaut, 1995). Proceso que para muchos de ellos significa elegir entre continuar afiliados a su cultura de origen o adoptar la nueva cultura del país que los acoge (Guarnaccia, & López, 1998).

Técnicamente se habla de “reconstrucción de la identidad” para referirse al proceso que el sujeto inmigrante debe afrontar y resolver para llegar a integrarse satisfactoriamente en el país de destino. Se considera que mientras que el sujeto no llegue a dominar pacíficamente esa nueva conciencia de sí mismo, en tanto que ciudadanos diferentes de un nuevo país, y sea capaz de redefinir en positivo su posición social, será inevitable que atravesase períodos de reorganización de su mundo interior que afectarán negativamente a su nivel de bienestar.

Para ilustrar y acercarnos más satisfactoriamente a la comprensión de este proceso, a continuación se presenta la propuesta de Labrador (2002) con respecto a la trayectoria de identidad por la que discurren los inmigrantes en el país de acogida, la cual está muy determinada por la trayectoria histórica y social que define su peripecia vital:

1. Indiferenciación

Es ese primer momento en el que la identidad está poco concienciada, el conflicto con el medio no se ha producido y, por tanto, no hay conciencia de diferencias. Es en los primeros momentos de deseo de incorporación al país de destino en los que se suele tener una imagen idealizada de él y de las oportunidades que va a brindar.

2. Diferenciación

En esta fase, el inmigrante va tomando en consideración su nueva situación identitaria generalmente desde la percepción de la discriminación. Los individuos toman conciencia de sus diferencias étnicas, culturales y personales al vivir los límites que se les imponen en el nuevo entorno, límites con los que se les está demarcando y diferenciando continuamente. Así, en el caso específico de los inmigrantes en nuestro país debemos señalar (Gregorio, 1998):

- a) Un sistema político fundamentado en el Estado Nación que hace que se produzca una separación entre los nacionales y los extranjeros, es decir, entre los ciudadanos con pleno derecho y los que no lo tienen. Esta diferenciación se manifiesta de forma recurrente en la vida de las personas inmigrantes en el acceso a los sistemas públicos y en el ejercicio de sus derechos humanos sociales, económicos y políticos¹. Todo ello hace que su identificación como persona extranjera sea un hecho.
- b) La herencia provocada por la existencia en España de un sistema colonial de dominación hacia otros países. Esto hace que los distintos físicamente sean

visualizados como diferentes del grupo mayoritario. Este hecho puede hacer emerger una identidad “racial” en las personas inmigrantes al sentirse diferentes a la mayoría. El sentimiento de “diferente” se refuerza cuando en la interacción con el grupo mayoritario se señala esta diferencia evidenciando relaciones de desigualdad.

- c) Un sistema cultural e institucional normativo (lengua, religión, organización política, costumbres, valores, etc.) aunque evidentemente presente múltiples variaciones en su manifestación según clase social, ideología, región geográfica, género, etc. Dentro de dicho sistema se incluye la interiorización de valores y estereotipos hacia otras culturas y sociedades.

Esta identidad impuesta por el exogrupo a través de estereotipos, en este caso la de “inmigrante trabajador con poca cualificación y que debe someterse a todo lo que se le imponga”, choca con la identidad personal que los individuos han ido construyendo a lo largo de su vida. Identidades múltiples muy diferenciadas y que son actualizadas en la vida cotidiana por medio de conductas que se adaptan a una situación u otra dependiendo de las exigencias.

- d) Un sistema socioeconómico estratificado por clases sociales y que tiene su proyección a nivel internacional en la división entre países pobres y ricos. Este sistema produce sectores desfavorecidos dentro de la sociedad que quedan excluidos de la riqueza y como consecuencia del acceso a los bienes que el dinero reporta en una sociedad capitalista.
- e) Un sistema sociocultural estratificado por género.

De la posición que cada persona tiene dentro de cada uno de estos sistemas deriva la formación de diferentes identidades que surgen en un contexto de oposición entre una mayoría —población autóctona— y una minoría —población inmigrante extranjera—.

En este momento, el núcleo de la identidad no depende de un proceso de elaboración y negociación entre lo interno y lo externo sino de un proceso de toma de decisiones inmediato, durante el cual se ponen en marcha unas conductas o no, dependiendo de la situación en la que se encuentre. No hay vivencia interna de conflicto, se asumen y obedecen las exigencias del entorno.

Camilleri (1997), desde una tradición europea y trabajando con fenómenos migratorios e interculturales más parecidos a los que ocurren en nuestro país, se hace eco de este mismo fenómeno.

Para este autor la identidad de las personas tiene dos funciones principales, una *ontológica* y otra *instrumental*. La función ontológica es la que se encarga del ordenamiento del sí mismo, ordenamiento que tiene que ver con su socialización, su tradición,

¹ Sirvan como ejemplo de la diferenciación regulada por la legislación vigente algunas circunstancias que rodean la vida de las personas inmigrantes como: la necesidad de tener permisos para residir o trabajar en España que continuamente han de ser renovados, las limitaciones en el acceso a las prestaciones sanitarias y sociales, las restricciones con respecto a la libertad de asociacionismo.

y por tanto, con aquellas relaciones de mayor intimidad. La función instrumental está orientada a las relaciones con el otro, a las interacciones sociales más públicas, siendo la dimensión más pragmática y ejecutiva de la identidad.

Ante un cambio de cultura lo primero que se ve obligado a cambiar la persona inmigrante es lo que tiene que ver con esa función instrumental de la identidad. Esta situación podría ser la más común en los primeros momentos del asentamiento en el país de destino, en los que la urgencia de cada día hace que sea necesaria una rápida y pragmática adaptación inmediata.

3. Conflicto

El conflicto es la toma de conciencia de las distintas exigencias provenientes de esa multiplicidad de culturas y valores y la búsqueda de una posición estable y digna en esa nueva sociedad. La persona inmigrante se ve ante la tarea de hacer una negociación e integración de su identidad, en donde se ajusten las exigencias y límites de su yo y las del entorno donde le ha tocado vivir. En este momento es cuando se ponen en marcha las distintas estrategias de reconstrucción de la identidad.

Las estrategias de reconstrucción de la identidad generales detectadas por Taboada-Leonetti (1997) en los inmigrantes españoles, portugueses y marroquíes en Francia, son similares a las señaladas por Berry & Kim (1988) con respecto a los distintos comportamientos posibles adoptados por el inmigrante ante las diferencias culturales. Las estrategias de identidad señaladas son:

- ✓ **Incorporación:**
Tienen como fin la asimilación a la cultura mayoritaria. Los individuos incorporan los valores e ideologías del grupo mayoritario y los hacen suyos. Se ponen en marcha formas de actuación en lo personal para conseguir los cambios exigidos por la cultura dominante e intentar introducirse en el grupo mayoritario. Van, desde las estrategias más asimilacionistas en las que se reniega de las marcas de identidad de origen, a estrategias más instrumentalizadoras en las que se asumen los dictados de la cultura mayoritaria que tienen una rentabilidad práctica en la vida cotidiana. Todas ellas tienen como fin una incorporación más o menos completa al grupo mayoritario.
- ✓ **Reconstrucción:**
Son aquellas en las que los sujetos ya no asumen lo que les viene dado por el grupo mayoritario, sino que se produce una recomposición y readaptación de su estructura de identidad, sin por ello tener que ocultar o rechazar lo que constituye su identidad de origen. Esta estrategia puede ir desde un mero cambio semántico, que transforma los significados negativos en positivos, pasando por una acción colectiva de presión social, hasta llegar a una recomposición de la identidad, es decir la creación de una identidad nueva nacida de la interacción y que no es ni la impuesta ni la de origen.
- ✓ **Rechazo:**

Es la más defensiva y reactiva. En muchos casos se trata de una vuelta a los valores tradicionales en un intento de encontrar seguridad y coherencia en las representaciones de uno mismo en reacción a la descalificaciones venidas desde el grupo mayoritario o sencillamente en reacción a la confusión y exigencias de la cultura mayoritaria.

Podemos encontrar desde la reacción defensiva más violenta y discriminante, que conduce a los guetos blindados, hasta estrategias más sutiles en las que se utiliza a un pariente cercano para que haga de puente y mediador entre la dos culturas.

4. Resolución

Es la situación a la que se llega después de la crisis, la identidad del individuo se decanta hacia una situación de estabilidad en la que puede predominar la satisfacción o la insatisfacción dependiendo de las experiencias vividas. El inmigrante ha encontrado un lugar.

13.6. GENERACIÓN DE INMIGRANTES

Las investigaciones realizadas con inmigrantes de los Estados Unidos ponen especial énfasis en diferenciar las generaciones de inmigrantes. La importancia del factor "generación" radica en el hecho de que hace referencia al período de tiempo que un individuo lleva expuesto a una cultura diferente a la propia (Cropley, 1983) y, por lo tanto, a su nivel de aculturación.

Los sujetos que directamente han inmigrado al nuevo país corresponden a la primera generación y los hijos nacidos en el país de acogida corresponderían a la segunda generación.

El interés por el estudio de este factor comenzó a surgir ante los resultados de los numerosos trabajos realizados tratando de conocer los efectos del nivel de aculturación sobre el ajuste psicológico de los inmigrantes y sus hijos (Ager, 1905; Child, 1943; Padilla, Alvarez & Lindholm, 1986; Vlachos, 1968). La mayoría de dichos estudios han indicado que la segunda generación de inmigrantes tiene más dificultades de ajuste o adaptación a la nueva cultura.

Escobar et al. (2000) realizaron una revisión de la literatura psiquiátrica disponible con respecto a la salud mental de las personas con descendientes mexicanos en los Estados Unidos, estando especialmente interesados en los estudios epidemiológicos a gran escala que comparaban inmigrantes nacidos en México con su contraparte, es decir, mejicanos americanos nacidos en USA. Los principales estudios señalados fueron:

El estudio de la ECA² (Epidemiologic Catchment Area) (Robins & Regier, 1991) confirmó que el lugar de nacimiento se asociaba fuertemente con la presencia de desórdenes psiquiátricos. Los inmigrantes nacidos en Méjico mostraban la prevalencia más baja para la mayoría de los desórdenes examinados (mientras que los nacidos en

USA presentaban la más alta). Por ejemplo, los mejicanos nacidos en USA tenían puntuaciones más altas de depresión mayor, distimia y fobia. Obtuvieron también puntuaciones de prevalencia de abuso/dependencia de alcohol unas dos veces mayor y unos rangos de abuso/dependencia de drogas más de cinco veces mayor que la observada entre sujetos inmigrantes nacidos en Mexico, después de controlar variables demográficas como la edad y el estado marital (Burman, M. et al., 1987)

En la década de los 90, la National Comorbidity Survey³ (Kessler, R., 1994) incluyó una muestra que representaba la población hispana nacional, pero no encontró mayores diferencias entre hispanos y población general. Los rangos de desórdenes mentales tanto para Hispanos como no Hispanos encontrados en el estudio son significativamente más altos que las puntuaciones de los inmigrantes mejicanos informados en el estudio de Vega et al. (1998). Sin embargo, la diversidad de la muestra, su falta de focalización regional, y la inclusión exclusiva de hablantes de lengua inglesa, limitó el alcance de los datos. Además, análisis secundarios recientes de éstos datos (Ortega et al., manuscrito sin publicar, 1998) ha encontrado que cuando la muestra se limitó exclusivamente a Hispanos de origen Mexicano, aquellos que habían nacido en Méjico tenían una prevalencia significativamente más baja de desórdenes mentales (incluyendo abuso de drogas) que los que habían nacido en los Estados Unidos, apoyando así los resultados del estudio de la ECA de los Angeles.

El estudio de Vega et al. (1998) "The Mexican American Prevalence and Services Survey" (MAPSS)⁴ complementa los resultados del estudio de la ECA. Aunque la inmigración no era el foco de estudio en este trabajo, cuando se comparó la prevalencia de los distintos desórdenes psiquiátricos (esto es, desórdenes afectivos, desórdenes ansiosos, abuso o dependencia de drogas y desorden de personalidad antisocial) se encontraron puntuaciones dos veces más altas en la muestra de los sujetos inmigrantes nacidos en EE.UU. frente a la muestra de inmigrantes nacidos en Mexico. Las puntuaciones en abuso y/o dependencia de drogas fue siete veces más alta en las mujeres nacidas en EE.UU. que en las mujeres inmigrantes nacidas en México, y más de dos veces más altas en los hombres nacidos en EE.UU. que en los nacidos en Mexico. El desorden de personalidad antisocial fue también más prevalente en los hombres nacidos en EE.UU. En resumen, Vega et al. (1998) querían demostrar como el lugar de nacimiento ejerce una mayor influencia en la prevalencia de desórdenes psiquiátricos que los tradicionales factores demográficos de riesgo, tales como edad, sexo o estatus socioeconómico (Escobar, 2000).

Resultados similares se han obtenido en otros estudios donde encontraron menores puntuaciones en abuso de sustancias (Turner & Gil, 2002; Vega & Gil, 1998;

² Estudio en el que se examinó la prevalencia de desórdenes mentales mayores en una muestra representativa de 3132 sujetos en la ciudad de los Angeles. El instrumento que se utilizó para llevar a cabo diagnósticos DSM-III fue la DIS (Diagnostic Interview Schedule).

³ The National Comorbidity Study (NCS) es un estudio de prevalencia que fue conducido entre 1990 y 1993. Examinaba una muestra representativa de la población de los Estados Unidos (n=8098), de los que aproximadamente el 9% fueron designados como "hispanos". El grupo de hispanos fue un grupo heterogéneo, de los que casi el 70% eran de origen Mexicano, mientras que el 30% restante eran de Puerto Rico, Cuba y de la categoría "otros Hispanos". El instrumento que se utilizó para la realización de diagnósticos fue la CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

⁴ El Mexican American Prevalence and Services Survey (MAPSS) fue el estudio realizado para investigar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos mayores en una muestra estratificada al azar de 3000 adultos de origen Mexicano en California. El instrumento para evaluar los desórdenes psiquiátricos fue la CIDI.

Gil & Vega, 1996), así como una mejor salud mental (Gil & Vega, 1994; Turner & Gil, 2002) entre el grupo de adolescentes inmigrantes de origen hispano nacidos en el extranjero que entre los nacidos en los Estados Unidos.

En el estudio "U.S/Mexico Border Study of Adolescent" se examinó la prevalencia del uso de sustancias y los factores de riesgo asociados (Pumariega et al., 1992), así como el nivel de depresión y estrés (Swanson et al., 1992) en adolescentes que vivían a ambos lados de la frontera de EE.UU. (Texas) y México. La muestra estuvo compuesta por 4000 sujetos de origen mejicano con edades comprendidas entre 11 y 18 años, de quienes la mitad había nacido en Méjico y la otra mitad en Estados Unidos. Se encontró que los jóvenes mejicanos nacidos en EE.UU. tenían puntuaciones 4 veces más altas de uso de drogas (Swanson et al., 1992). También encontraron mayor proporción de adolescentes con síntomas asociados al estrés y puntuaciones más altas de ideación suicida entre los jóvenes de la parte de EE.UU. (Swanson et al., 1992). Es interesante también señalar que los síntomas correlacionados con el "estrés" difirieron significativamente entre las dos partes de la frontera. Así, los adolescentes "estresados" de la parte de México informaban de niveles insignificantes de uso de drogas, mientras que los de la parte de EE.UU. informaban de mayor nivel de uso de drogas. Este hecho subraya la importancia de los factores culturales en las estrategias de comportamiento compartidas entre los grupos.

El estudio de Escobar et al. (1998) se realizó con 1500 usuarios de servicios de atención primaria en California, de los cuales aproximadamente la mitad de ellos había nacido en el extranjero (Méjicanos y Centro-americanos). Los instrumentos diagnósticos empleados fueron la "Composite International Diagnostic Interview (CIDI) y la "RAND-Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)" como medida de funcionamiento. Encontraron que, comparado con los pacientes nacidos en los Estados Unidos, los inmigrantes mejicanos y de America Central tuvieron una prevalencia significativamente inferior de depresión y de desórdenes de estrés post-traumático, así como mejores puntuaciones de funcionamiento físico, incluso tras haber controlado el nivel de ingresos y el nivel educativo. Sin embargo, sí fueron más propensos a presentar "somatización", sugiriendo que su forma de expresar el estrés, podría adoptar más la forma somática que psicológica (Escobar et al., 1998).

Lo que se puede concluir de todos estos estudios revisados es que la "aculturización" o "americanización" (en este caso) ejerce un efecto negativo sobre la salud mental de las personas (mejicanas) en los Estados Unidos. Cuanto menor es el nivel de aculturación y el tiempo pasado desde la inmigración a los Estados Unidos, menor es la prevalencia de los desórdenes.

De igual modo, estos resultados podrían interpretarse desde el punto de vista complementario, es decir, interpretando el mantenimiento o retención de la cultura tradicional de los inmigrantes (mejicanos) de primera generación, como un factor protector sobre varios índices de salud mental de los sujetos. Además, otros estudios demuestran que estas ventajas no parecen restringirse a la salud mental, sino también a otros ámbitos de la salud tales como tasas de mortalidad infantil (Guedelman, 1995), peso al nacer (Guedelman, 1995; Zambrana et al., 1997), toma de nutrientes (Guedelman et al., 1995), hipertensión (Haffner, 1996; Winkleby et al., 1998; Haffner et al., 1994), diabetes (Haffner, 1996), enfermedad coronaria (Sundquist et al., 1999) y

cáncer (Singh & Siahpush, 2002).

Lo llamativo de estos resultados, y su repetida confirmación en los distintos estudios realizados, ha propiciado que los investigadores hayan desarrollado argumentos que tratan de explicar los resultados obtenidos. Entre dichos argumentos, se producen diferencias importantes en cuanto a la interpretación de los resultados:

- Los investigadores del estudio de la ECA atribuyeron las puntuaciones más bajas de los inmigrantes a la “*migración selectiva*” presuponiendo que los individuos “psicológicamente más fuertes” serían los más propensos a emigrar. Sin embargo, el estudio de Vega et al (1998) hecha un poco por tierra ésta hipótesis al encontrar puntuaciones similares de desórdenes del DSM-III-R entre inmigrantes mejicanos en California y una muestra comunitaria de residentes en la ciudad de México. Sin embargo, estos estudios no pueden considerarse concluyentes al no haber sido tratada cuidadosamente la variabilidad étnica intragrupo en las poblaciones inmigrantes.
- Otra hipótesis que ha sido planteada es la del *efecto positivo* del mantenimiento de tradiciones culturales mejicanas (Escobar et al., 1987).

La cultura mejicana podría tener un efecto “protector” o “amortiguador” ya que tradicionalmente las familias hispanas han sido descritas como redes extensas y unidas, proporcionando grandes cantidades de apoyo (Escobar et al., 1982). Además, comparándolas con las familias americanas, las familias mejicanas tienen una mayor proporción de presencia de los dos padres y menores índices de separación y divorcio. Características que se encuentran también entre los mejicanos menos aculturados (Randolph et al., manuscrito sin publicar, 1990). En suma al fuerte apoyo provisto por la red familiar, el mantener la cultura tradicional podría también promover rasgos positivos o protectores (ej, dietas más sanas, menor uso recreativo de drogas) que podrían conllevar mejores niveles de salud y salud mental.

- Otra potente explicación elaborada por Vega & Kolody (1998), hace referencia a que las diferencias podrían deberse a los *diferentes niveles de expectativas* mantenidas por los mejicanos nacidos en EE.UU. o en Méjico.

Los inmigrantes nacidos en México podrían tener menores expectativas con respecto a sus logros educativos y de ingresos que los nacidos en EE.UU., siendo por este motivo menos probable que se desmoralicen cuando sus ingresos y logros no alcanzan sus objetivos. Sin embargo, los inmigrantes de segunda generación, entre quienes ya se ha producido un cambio en los puntos de referencia (Suárez-Orozco & Suárez-Orozco, 1995; Rumbaut, 1995) que les lleva a no comparar sus logros en relación con lo que tenían en sus países de referencia, sino con los de la mayoría del país de acogida, se plantean los mismos ideales y expectativas que el resto de la población no inmigrante (Suárez-Orozco & Suárez-Orozco, 1994). Usando estos criterios, para muchos de ellos sus logros caen por debajo de sus expectativas, al enfrentarse a las consecuencias del racismo y de la falta de igualdad de oportunidades.

Esta hipótesis es consistente con las teorías psicológicas que conectan el

nivel de depresión y ansiedad con la discrepancia entre las expectativas idealizadas para uno mismo y los logros conseguidos (Higgins et al., 1985). Esto podría explicar el preocupante abandono escolar de los jóvenes mexicanos de las segundas generaciones en los Estados Unidos (Guarnaccia y López, 1998; Bean, Chapa, Berg & Sowards, 1991; Kantrowitz & Rosaldo, 1991) y sus elevados niveles de abuso de drogas y alcohol (Gil & Vega, 1996; Vega, Zimmerman, Warheit et al., 1994).

- Se considera también que los adultos tienen un modelo de referencia psicocultural más estructurado a pesar del choque cultural que pueden vivir. Sin embargo, los hijos de los inmigrantes, ya nacidos en el país de acogida, padecen la ausencia de puntos de referencia claros —más aún si se sienten excluidos— (Atxotegui, 2000).

13.7. TIEMPO DE RESIDENCIA

Con el término “tiempo de residencia” nos estamos refiriendo al período de tiempo que el inmigrante lleva residiendo en el país de acogida y, por lo tanto, al tiempo transcurrido desde que emigró.

Se considera un factor relevante dado que algunas investigaciones han señalado que el impacto de la inmigración no sería experimentado del mismo modo por los inmigrantes estando su efecto en función del tiempo transcurrido desde la inmigración.

Sin embargo, es importante aclarar que son los efectos o sucesos acontecidos con el paso del tiempo los que determinan los resultados encontrados. Es decir, no es el tiempo pasado desde que el sujeto emigró lo que explica los distintos resultados encontrados, sino la evolución seguida por el sujeto durante ese mayor o menor período de tiempo. El tiempo conlleva numerosos acontecimientos y modula la actividad de una variedad de factores, cada uno de los cuales interactúan entre sí (Ristner et al., 1999). Por ello, no se debería considerar que es el mero paso del tiempo lo que disminuye el estrés psicológico de los inmigrantes, sino los cambios producidos en esas variables mediadoras.

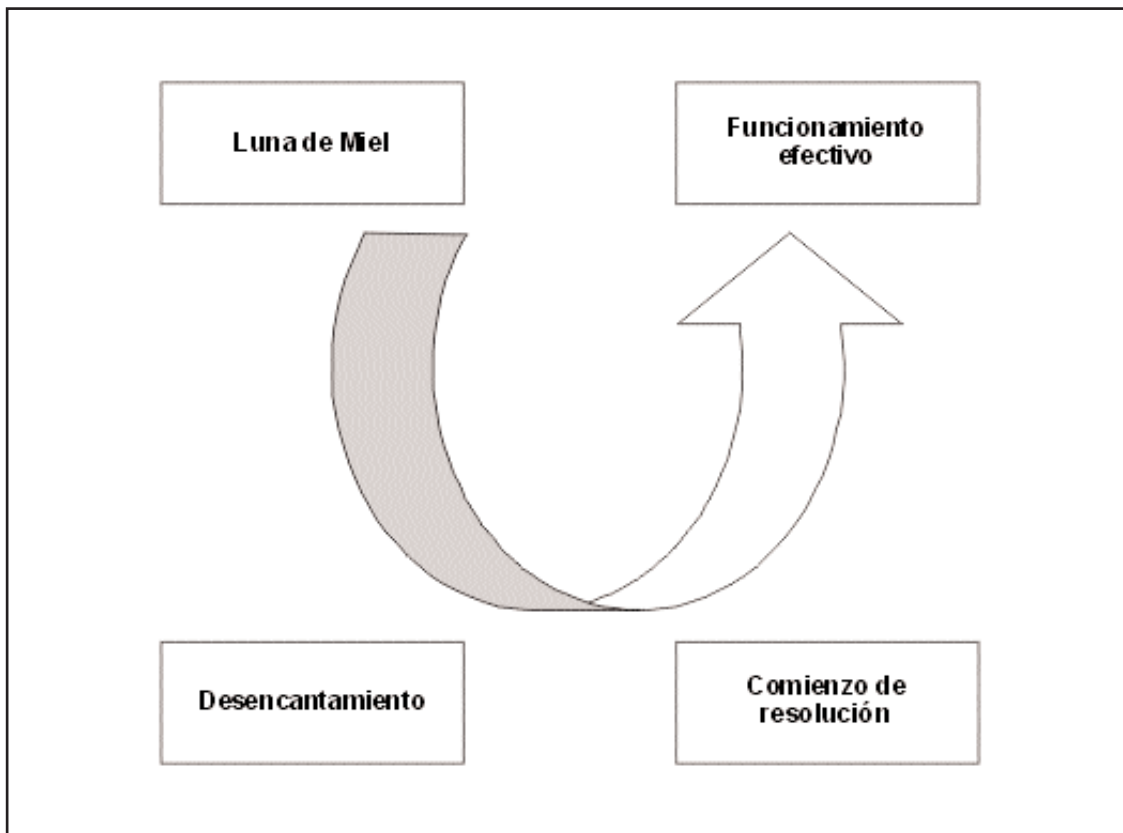
La mayoría de los investigadores ven la inmigración desde la perspectiva temporal como un proceso en forma de U: el júbilo inicial por la llegada a la sociedad de acogida es pronto remplazado por sentimientos de estrés y disatisfacción ante las dificultades encontradas, sentimientos que gradualmente se diluyen según el sujeto se va adaptando al nuevo ambiente (Leherer, 1993).

Brink & Saunder (1976) identifican 4 fases de adaptación en el inmigrante: la “fase de luna de miel”, “fase de desencantamiento”, “fase de comienzo de resolución” y “fase de funcionamiento efectivo”.

Rumbaut (1985) sugiere un modelo con dos fases: un periodo eufórico y una crisis de salud mental. En sus trabajos con inmigrantes de los Estados Unidos, encuentra que el primer año después de la inmigración estaba caracterizado por una euforia inicial, la

cual era seguida por un periodo de desencanto, desmoralización o incluso altos niveles de depresión, variando este periodo entre 1 y 2 años. Este tiempo de desencanto, estaría seguido por un gradual retorno a los primeros niveles, aproximadamente después del tercer año (Rumbaut, 1985, 1989; Ying, 1988; Hurth & Kim, 1988).

De acuerdo con el modelo de Sluzki (1986), todos los inmigrantes pasan por dos fases de adaptación: sobrecompensación seguida de una crisis mayor de salud mental. Berry & Kim (1988) consideran el grado de cambio cultural y psicológico y establecen 5 fases: precontacto, contacto, conflicto, crisis y adaptación. De acuerdo con este



modelo, el estrés psicológico aumentará linealmente desde la fase de precontacto a la fase de crisis, y entonces variará dependiendo de los resultados en el proceso de adaptación (asimilación, integración, separación o marginación). Hertz (1988, 1993) sugiere tres fases (pre-inmigración, fase de afrontamiento y fase de asentamiento) con subfases adicionales dentro de la fase de afrontamiento.

Aunque son muchos los estudios que han demostrado altos niveles de estrés entre inmigrantes recién llegados, muchas cuestiones se mantienen poco claras. La mayoría de los investigadores apoyan una fase inicial de euforia y sugieren que el estrés podría durar de entre 3 meses a 7 años después de la inmigración (Nguyen, 1984; Boman & Edwards, 1984; Sokoloff et al., 1984; Rumbaut, 1985; Barwick, 1986; Sluzki, 1986; Flaherty

et al., 1986, 1988). Sin embargo, estos estudios tienen ciertas limitaciones metodológicas: mezcla étnica de las muestras, mezcla de refugiados junto con inmigrantes voluntarios y escaso número de sujetos para los periodos más largos de tiempo.

Los escasos estudios que han utilizado muestras representativas y basadas en comunidades y con diseños longitudinales, ofrecen resultados contradictorios. Westermeyer et al (1984, 1989) estudiando el ajuste psicosocial de refugiados, mostraron mejoras considerables en la escalas psiquiátricas durante su primera década en los Estados Unidos. Las variables premigratorias y postmigratorias que correlacionaron con altos niveles de síntomas al año y medio, no mostraron correlaciones significativas 3,5 años después del asentamiento. Los síntomas de depresión, somatización, fobia y autoestima mejoraron con el paso del tiempo, mientras que la ansiedad, hostilidad e ideación paranoide se mantuvieron sin cambios. Los resultados de Beiser (1988) obtenidos a partir de una muestra representativa de refugiados y con datos tanto transversales como longitudinales, fueron consistentes con los de Westermeyer et al. (1984, 1989): los refugiados experimentaban mejor salud mental cuanto más tiempo llevaban en el nuevo país. En contraste, Scott & Scott (1989) utilizando una muestra con distintos grupos étnicos y un diseño longitudinal, no encontraron grandes diferencias en los niveles de estrés durante el primer año después de la inmigración a Australia.

En general, las discrepancias entre los distintos estudios con respecto a los efectos diferenciales encontrados del paso del tiempo podría ser atribuido a diferencias en los siguientes conjuntos de factores dinámicos:

- Variables sociodemográficas y factores preinmigratorios: conocimiento previo de la cultura de acogida, posición que ocupa el inmigrante como individuo y como miembro de un grupo en el país de origen y rasgos psicológicos y de personalidad del sujeto (Ristner et al., 1997).
- Factores específicos del proceso migratorio: migración voluntaria o involuntaria.
- Factores post-migratorios: factores asociados con la interacción y con la actitud de la sociedad de acogida. La situación contextual tras la migración, explicaría los resultados de otros estudios en los que se han encontrado patrones de reacción depresiva en in-migrantes recién llegados a los Estados Unidos (Antokoletz, 1993; Brenner, 1990; Espin, 1987; Garza-Guerrero, 1974; Grinberg y Grinberg, 1989; Kaminsky, 1993), quienes se enfrentan a múltiples pérdidas, estrés y shock cultural derivados de la inmigración.

En resumen y aunque resulte un poco decepcionante, cabe señalar que a pesar de que todos los investigadores reconocen la importancia de la consideración sistemática de los procesos de ajuste entre los inmigrantes, las limitaciones metodológicas de los estudios hace que los resultados obtenidos resulten controvertidos y poco concluyentes (Ritsner et al., 1999). Además, a pesar que desde los años 50 se vienen postulando distintos modelos de fases, como los expuestos, para describir la evolución temporal del choque cultural y todos ellos con esquemas en común en forma de "U", la realidad muestra que las cosas no son así (Pérez, documento sin publicar). No todos los inmigrantes tienen que pasar por estas fases (muchos no experimentan euforia

inicial, otros no pasan por crisis, algunos no conseguirán el ajuste final...), ni tampoco se ha demostrado que haya una determinada secuencia de hechos en la que unas cosas sean el antecedente de las otras (desde ésta óptica, sería por ejemplo, deseable romper la “luna de miel” y favorecer el “desencantamiento” del inmigrante como paso previo necesario al funcionamiento efectivo...).

Por estos motivos, tal vez sería más correcto incidir sobre los “hechos o sucesos” que pudieran estar dificultando el proceso de asumir y moverse con comodidad en dos medios culturales, el propio y el adoptado, más que en la “fase” de adaptación en que se encuentre el sujeto, en función del tiempo pasado desde su llegada al país de acogida. Dichos “hechos” (pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de regresar, falta de vínculos activos con la cultura de origen, ausencia de habilidades de la vida diaria que permitan controlar y funcionar eficazmente en la cultura de acogida, etcétera), podrían estar incidiendo también en los diferentes resultados encontrados con respecto al nivel de estrés experimentado por los sujetos y por lo tanto, sobre su salud mental.

13.8. PRESENCIA DE REDES SOCIALES Y SERVICIOS DISPONIBLES PARA EL INMIGRANTE EN EL NUEVO PAÍS

El apoyo psicosocial ejerce un efecto protector ante los sucesos vitales estresantes (Pang & Lee, 1994; Nelson, 1997; Gutkovich, 1999) y contra la ideación suicida en sujetos sometidos a procesos de aculturación (Hovey, 1999). Por este motivo, el estrés generado por las nuevas condiciones sociales, estará también determinado por la presencia o ausencia de enclaves étnicos, que den apoyo y defiendan a los nuevos inmigrantes, favoreciendo la obtención de viviendas, trabajos y la acomodación en el ambiente cultural (Kuo, 1976; Portes & Bach, 1985; Rumbaut, 1995).

Los estudios indican que la migración a un área donde no existe una comunidad de la propia cultura es especialmente estresante y se ha asociado con un aumento de la incidencia de los desórdenes psiquiátricos (Beiser, 1988). Así, la ausencia o bajos niveles de apoyo social se ha asociado con síntomas depresivos (Wilson, 1995), ansiedad (Martinez et al., 2001) y somatización (Ristner et al., 2000).

En la misma línea de resultados, la “Canadian Task Force” (1988) concluyó que la migración es un factor de riesgo para las enfermedades psiquiátricas cuando el inmigrante carece del apoyo de una comunidad de su mismo grupo étnico y cultural, siendo este riesgo especialmente alto entre 6 meses y 3 años después de la inmigración.

Sin embargo, un problema que suele encontrarse entre los inmigrantes es la extrema desconfianza hacia las personas con las que se relacionan, sean españoles, compatriotas, compañeros de trabajo, etc., hasta el extremo de aparecer rasgos paranoides, por ejemplo, en la forma de ideas extrañas: los demás tienen la intención de hacerles daño (Olivos, 2000). La consecuencia es no sólo la gran tensión emocional a que se ven sometidos, sino que además entran en un círculo vicioso en sus relaciones humanas. Por una parte, necesitan el afecto de otros, pero para ganárselo deben exponerse a ser dañados, por lo tanto, se alejan emocionalmente; al alejarse, no pueden recibir el afecto de los demás: entonces interpretan el desapego o indiferencia como

rechazo e intención de hacerles daño.

Además del apoyo social, el cual, como señalaba puede funcionar como recurso del sujeto que permite reducir o actuar como factor protector ante la estresante situación que afronta, la atención prestada por el país de acogida a la población inmigrante por medio de sistemas de servicios o de programas de atención, también ayudará a reducir o eliminar las situaciones de estrés comúnmente asociadas a la inmigración (Guarnaccia, 1997)

Se considera, por ejemplo, que una de las fuentes más poderosas de estrés psicológico entre inmigrantes, al menos en los periodos más tempranos tras su llegada al nuevo país, comprende los temas relacionados con la vivienda. Así, de acuerdo con una investigación de Ristner et al (1994) aproximadamente el 70% de los recién inmigrados rusos a Israel y con altos niveles de estrés señalaban el hogar como una fuente de estrés.

Frente a este hecho, conviene señalar como ejemplo el estudio realizado por Ponizovsky & Perl (1997) en el que se analizaban los efectos de un programa del Gobierno de Israel de "Vivienda de Apoyo" sobre el estado psicológico de un grupo de inmigrantes rusos. Los resultados confirmaron niveles de estrés significativamente más bajos en las personas que se encontraban disfrutando de éste programa frente a los sujetos del grupo control (constituido por inmigrantes que estaban residiendo en la comunidad). Los usuarios mostraron también puntuaciones significativamente más bajas en hostilidad, obsesión-compulsión e ideación paranoide, aunque obtuvieron puntuaciones similares con respecto al grupo control en los niveles de depresión, ansiedad y sensibilidad.

13.9. RACISMO Y DISCRIMINACIÓN

La evidencia disponible indica que las personas que son víctimas de comportamientos racistas tienen mayor riesgo de desarrollar problemas mentales o experimentar un empeoramiento de los ya existentes, como en el caso de la depresión. Por este motivo, la llegada a un ambiente resistente a los nuevos inmigrantes, a sus culturas y lenguajes, así como los ambientes sociales abiertamente racistas y xenófobos caracterizados por el desarrollo de comportamientos que provocan la discriminación y segregación social de los grupos minoritarios constituirá un factor evidentemente negativo para la salud mental (Favazza, 1980).

En muchos países, y fomentado por los medios de comunicación, los inmigrantes son caracterizados a través de estereotipos étnicos que les describen como vagos, parásitos y promotores del crimen. Esta caracterización fomenta actitudes y comportamientos de desprecio y discriminación hacia la figura del inmigrante por el simple hecho de serlo (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 1995). Claramente la discriminación en la sociedad es uno de los factores que genera una mella más importante en el bienestar de los inmigrantes, discriminación que aumenta además en grupos que son racialmente diferentes (Guarnaccia y López, 1998).

En el estudio realizado sobre "Depresión y Ansiedad en Inmigrantes del Tercer Mundo" (Navarro & Morales, 2001) con una muestra constituida por inmigrantes proce-

dentos de Senegal, Argentina, Perú, Guinea Ecuatorial y Colombia, las puntuaciones más altas en ansiedad se detectaron en el grupo procedente de Marruecos. Los autores del trabajo justificaron estos resultados al considerar al grupo de marroquíes como el grupo poblacional que más rechazo genera en nuestro medio, debido a las mayores diferencias culturales, lingüísticas y religiosas, y por la dificultad de establecer vínculos personales fuera de su grupo. En contraposición a estos altos niveles de ansiedad encontrados en la población africana del estudio, se encontraron niveles relativamente bajos en los sujetos procedentes de países hispanoamericanos, probablemente a causa del mayor nivel de escolaridad de este grupo, de poseer el mismo idioma y de la mejor percepción que de ellos se tiene por el conjunto de los españoles.

De igual modo, el nivel de daño que alcanza la discriminación en los niños y adolescentes inmigrantes es confirmado por estudios como los realizados por Rumbaut (1995), en los que ha encontrado que la presencia de discriminación aumentaría los síntomas depresivos. Si a ésta percepción se suma la expectativa de continuar siendo discriminado, independientemente de los logros alcanzados, el riesgo de presentar síntomas depresivos y además baja autoestima, sería aún mayor.

13.10 SITUACIÓN SOCIAL DEL INMIGRANTE

La exclusión social, el trabajo y el desempleo figuran dentro del último informe realizado por la Organización Mundial de la Salud sobre los diez determinantes sociales de la Salud.

Los datos demuestran que tanto la pobreza relativa como la absoluta conducen a la enfermedad y a la muerte temprana.

Por otro lado, el estrés en el trabajo incrementa la enfermedad y en consecuencia disminuye las expectativas de vida. El estrés en el trabajo puede tener múltiples causas. Los resultados de algunos estudios (véase Burchell, 1988) ponen de manifiesto que la experiencia psicológica en determinados puestos de trabajo caracterizados por la constante sensación de inestabilidad y la incertidumbre con respecto al futuro (empleos a tiempo parcial, empleo en las economías domésticas y los puestos de trabajo en la economía sumergida, etc), suponen una experiencia similar a la del desempleo.

Las condiciones en que se desempeña un puesto de trabajo son un factor importante sobre la salud mental del trabajador. La oportunidad de control, la adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física son elementos que hay que tener en cuenta a la hora de estudiar la influencia del empleo sobre el bienestar psicológico (Alvaro et al., 1992).

De igual modo, el desempleo es causa de un deterioro en la salud mental y el bienestar (véase Marsh & Alvaro, 1990). El desempleo es una de las causas principales de la pobreza. La inseguridad, así como la ansiedad y depresión producto del desempleo, constituyen una barrera silenciosa que influye directamente sobre el entorno social de los individuos y sus familias. Semejante situación termina, además, afectando las opciones del individuo, colocando la agresividad, la intolerancia, la desesperación y

el miedo como sus reacciones funcionales, dejando las demás opciones, entre ellas la integración a la sociedad de acogida, como algo utópico y fuera de toda consideración.

Frente a estos hechos, si consideramos los sistemas de regulación de la inmigración de los países receptores de inmigrantes, así como la configuración de los mercados de trabajo y la actitud general de la población hacia la inmigración, nos encontramos con que la consecuencia más probable de ellos derivada, es que los inmigrantes queden relegados, o al menos limitados, en sus posibilidades de integración a las de aquellos sectores de población más desfavorecidos social y económicamente. De manera, que sólo con el paso del tiempo y grandes esfuerzos por parte de la persona inmigrante, tan solo algunos de ellos conseguirán alcanzar una movilidad social ascendente, quedando otros muchos encapsulados en dichas situaciones iniciales.

Estos hechos, junto con otros factores que pueden estar mediando, determinan que la posición social que suele ocupar la población inmigrante en los países de acogida se corresponde con el de las clases sociales más bajas, desempeñando trabajos de bajo estatus, con escasa cualificación y en unas condiciones generales de precariedad laboral.

Valga como ejemplo la situación de las mujeres inmigrantes en los países de acogida, como por ejemplo, es actualmente España. La investigación realizada por el Colectivo IOE en España durante 1999 y 2000 titulada "Mujer, inmigración y trabajo" (artículo del diario El Mundo) obtuvo como resultados que el 81% de ellas trabajó sin papeles y, como promedio, tienen jornadas mucho más largas que las españolas (46 horas semanales frente a 28). A las discriminaciones salariales y horarias se suman, además, las que se dan en el tipo de contratación (una de cada tres trabaja sin contrato) y el trato recibido por parte de los patronos (el porcentaje de insultos, desprecios, abusos sexuales y maltrato es mayor entre las inmigrantes que entre las españolas).

De manera similar, Feldman et al. (1999) señalan que la situación de las trabajadoras inmigrantes del ámbito doméstico en todos los países, se caracteriza generalmente por muchas horas de trabajo, bajos salarios y limitados beneficios. Además, y con frecuencia, las trabajadoras del servicio doméstico podrían encontrarse física y emocionalmente aisladas y no infrecuentemente siendo objeto de abusos. Añadido a estos hechos, muchas de estas mujeres han dejado en sus países de origen familia e hijos, quienes dependen económicamente de sus ingresos.

Estas condiciones, y tomando en consideración lo señalado sobre su repercusión sobre la salud física y mental, explican resultados como los encontrados en el estudio realizado sobre la salud de los inmigrantes en un barrio de Bilbao (1997), donde se observó que los principales problemas de salud que motivan la primera consulta sanitaria están en relación con la exposición prolongada a trabajos en el sector de la construcción, agrícola o en el servicio doméstico.

Es importante señalar, que en el caso de la población inmigrante, algunos estudios han señalado que además de este efecto nocivo de determinadas posiciones sociales aplicable tanto a población autóctona como inmigrante, el nivel socioeconómico tendrá

un mayor efecto sobre la salud mental de los inmigrantes según su percepción de la situación económica actual, comparada a la de cinco años atrás. La percepción de encontrarse en una peor situación económica, disminuiría su autoestima y aumentaría el nivel de los síntomas depresivos, como resultado del costo psicológico derivado del estrés económico y movilidad descendente (Rumbaut, 1995).

También el estatus social, podría considerarse un factor de riesgo para los niños inmigrantes. En los Estados Unidos, se ha encontrado que la persistencia de desventajas sociales están estructuradas a través de las líneas raciales, donde los niños Afro-Americanos y fundamentalmente aquellos que se identifican con identidades contraculturales, presentan un mayor número de problemas. Distinto es el caso de los niños asiáticos que presentan menos problemas y que pertenecen a clases sociales más altas (Kao y Tienda, 1995; Rumbaut, 1995).

14. PRINCIPALES TRASTORNOS EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

14.1. TRASTORNO ADAPTATIVO

El Trastorno Adaptativo corresponde al diagnóstico de la CIE-10 F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. El criterio de diagnóstico diferencial de esta categoría es la severidad de los síntomas psicológicos. El diagnóstico implica que “ninguno de los síntomas es de suficiente severidad o prominencia para justificar un diagnóstico específico”.

Las reacciones psicológicas que pueden aparecer durante el periodo de adaptación a los acontecimientos estresantes son muy numerosas y variadas. Son respuestas inespecíficas al estrés que pueden variar en intensidad y tipo, yendo de leves e infrecuentes a síntomas severos y refractarios que llegan a convertirse en trastornos funcionales. Muchas veces el grado en que los síntomas son expresados es insuficiente para el diagnóstico de un trastorno específico por lo que son diagnosticados como trastornos de adaptación.

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de un modo importante por una predisposición o vulnerabilidad individual. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. Sin embargo, ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico.

En el caso de la población inmigrante, muchos investigadores encuentran que el trastorno adaptativo caracteriza los primeros años siguientes a la inmigración y que las puntuaciones medias que obtienen son más altas que las de la población nativa (Flaherty et al., 1986; Flaherty et al., 1988; Kohn et al., 1989; Levav et al., 1990).

También conviene señalar que dicho trastorno en la población inmigrante correlaciona estadísticamente y de manera significativa con cuatro estresores: ansiedad laboral, mayor distancia al país de origen, desconocimiento del lenguaje y enfermedad física. Sin embargo, no se ve que tenga relación con antecedentes personales previos de episodios depresivos mayores ni de consultas con servicios psiquiátricos especializados (Foyle et al., 1998).

Con respecto al curso del trastorno con el paso del tiempo, la literatura señala resultados contradictorios que podrían ser debidos a los diferentes enfoques metodológicos empleados en los estudios. Un resultado consistente en algunos de estos estudios es que los niveles del trastorno adaptativo (Sales, 1984), al igual que los de depresión (Kuo, 1976), los síntomas neuróticos (Larsy & Sigal, 1975) y los problemas relacionados con la aculturación (Nicassio & Pate, 1984) tienden a disminuir con el paso del tiempo. Sin embargo, también es posible encontrar estudios que contradicen éstos resultados (Scott & Scott, 1989; Beiser, 1988) ya que como señalan Ristner, Ponizovsky & Ginath (1997) los rasgos de personalidad y/o las diferencias culturales o psicológicas ejercen una influencia sobre el éxito o fracaso de la adaptación del inmigrante al nuevo país de acogida.

Los autores señalan la heterogeneidad del curso del trastorno y la diversidad de los resultados a las fuentes de estrés a las que debe hacer frente el sujeto: un decremento de las fuentes de estrés predice un patrón positivo del trastorno (menor número de síntomas con el paso del tiempo), el mantenimiento de bajos niveles de estrés predice un patrón normal (mantenimiento de los síntomas en un nivel bajo de severidad), mientras que el incremento de las fuentes de estrés predicen un patrón negativo (aumento del número de síntomas con el paso del tiempo) (Ristner, Ponizovsky & Ginath, 1997).

El desarrollo de un patrón negativo del trastorno se asocia principalmente con dificultades persistentes en el campo cultural (estrés causado por las barreras con el lenguaje, falta de familiaridad con la cultura de acogida, sentimiento de inseguridad personal, percepción de hostilidad hacia los inmigrantes y ansiedad con respecto al futuro). El curso positivo del trastorno se asocia con una considerable reducción de la mayoría de las fuentes de estrés, a pesar de la persistencia de las barreras informacionales relacionadas con los obstáculos burocráticos. Finalmente, el patrón normal del curso del trastorno se desarrolla bajo niveles iniciales de estrés cultural e informacional, con una consecuente disminución en la intensidad de las dificultades materiales –y de salud– relacionadas con el ajuste al nuevo país (Ponizovsky, Ristner & Modai, 2000).

Dentro de los distintos patrones señalados del trastorno (normal, positivo o negativo) los estudios demuestran que la evolución de la severidad de los síntomas también varía, mostrando éstos distintos patrones de comportamiento: el nivel de hostilidad por ejemplo, se mantiene constante en el curso negativo, mientras que la intensidad de la hostilidad, sensibilidad y síntomas ansiosos declinan dentro de un patrón normal tras

un seguimiento de un año (Ponizovsky, Ristner & Modai 2000).

En general, se está de acuerdo en distinguir dos “momentos” en los cuales se producen niveles elevados del trastorno adaptativo: uno pertenece al de los inmigrantes recientes y otro al de los inmigrantes que llevan asentados varios años. Entre los factores que influyen sobre el trastorno en inmigrantes recientes, el sistema de apoyo social juega un papel importante mostrando una correlación negativa (Rumbaut, 1985; Westermeyer, 1989). El segundo período se asocia con la exacerbación de problemas en la familia (Sluzki, 1979; Cochrane & Stopes-Roe, 1980). Unos cuantos estudios han vinculado el estrés psicológico mantenido varios años después de la inmigración, con el mantenimiento de dificultades con el idioma del país de acogida y una pérdida continuada de estatus socio-económico (Westermeyer et al., 1983; Ristner et al., 1995).

Con respecto a la sintomatología mayoritariamente experimentada en el trastorno adaptativo, Ristner, Ponizovsky & Chemelevsky (1996) trataron de determinar si existían o no diferencias entre sujetos que padecieran además una patología psiquiátrica. Para ello emplearon una muestra compuesta por inmigrantes que presentan patología psiquiátrica y un grupo control formado por población inmigrante. Las conclusiones que obtuvieron éstos autores fue que no existen diferencias en el perfil de los síntomas presentados en los enfermos mentales y en los sujetos controles: en todos ellos, lo que destacan son síntomas de depresión, ansiedad, obsesión compulsión y sensibilidad interpersonal. Sin embargo, sí encuentran diferencias significativas entre la cantidad de síntomas (entre el grupo de pacientes eran 1.4 veces mayores respecto al grupo control). Las patologías en las que más aparecían niveles elevados de sintomatología adaptativa son: trastornos de personalidad y trastornos del humor, mientras que en los que apenas aparecían fueron en los trastornos orgánicos, en los que los déficits cognitivos de la enfermedad pudiera pensarse que protegen de los estresores del ambiente.

Con respecto a la prevalencia del trastorno en hombres y mujeres, se encuentran mayores puntuaciones entre las mujeres (Ristner et al., 2001). Se considera que el género actúa como un importante mecanismo mediador de las diferencias en la percepción de factores de riesgo para el desarrollo del trastorno (cit. ant., 2001), situando a las mujeres a una mayor exposición de situaciones psicosociales estresantes, tales como problemas de familia, condiciones climáticas inapropiadas, ansiedad ante el futuro, pobre nivel de salud e incertidumbre ante la situación actual.

14.2. TRASTORNOS DEPRESIVOS

La presencia de sintomatología depresiva ha sido uno de los indicadores más utilizados para evaluar el impacto psicológico del proceso migratorio y el ajuste psicosocial del individuo a la sociedad de acogida (Navarro & Morales, 2001). Con carácter general, los resultados de las investigaciones refieren puntuaciones más elevadas entre el grupo de inmigrantes que entre la población general (Pertinez Mena et al., 2002; Vega et al., 1986; Frank & Faux, 1990; Vega et al., 1991; Nicassio et al., 1992; Noh et al., 1992; Mui, 1996; Cheng, 1997; Clarke y Jensen, 1997).

Hovey & King (1996), quienes exploraron la relación entre estrés por aculturación, síntomas depresivos e ideación suicida en una muestra de inmigrantes adolescentes Latinos de segunda generación, encontraron que el estrés por aculturación estaba positivamente asociado con depresión e ideación suicida. A partir de estos resultados, se considera que los individuos sometidos a estrés por aculturación presentan mayor riesgo de padecer depresión (Hovey & King, 1996, 1997), y que aquellos que experimentan mayores niveles de dicho estrés, podrían también experimentar mayores puntuaciones en depresión (Hovey, 2000). Dicho efecto estaría mediado por un conjunto de factores culturales y psicológicos que podrían determinar los altos o bajos niveles de ideación suicida y depresión. Así, el Modelo de Hovey & King (1997), basado en el modelo de estrés por aculturación de Berry (Berry, 1990; Berry & Kim, 1988; Williams & Berry, 1991) identifica los siguientes factores:

- Apoyo social encontrado en la nueva sociedad.
- Redes de apoyo familiar inmediatas y extensas.
- Nivel socioeconómico, incluyendo cambios de estatus en el trabajo y características específicas del nivel socioeconómico como educación e ingresos.
- Variables premigratorias como: funcionamiento adaptativo (autoestima, habilidades de afrontamiento), conocimiento de la nueva lengua y de la cultura, y control y elección en la decisión de emigrar (desplazamiento voluntario vs. desplazamiento involuntario).
- Variables cognitivas tales como: expectativas para el futuro (esperanza vs. desesperanza), religiosidad y grado de aceptación de la diversidad cultural dentro del país de acogida (multiculturalismo vs. asimiliacionismo).

Según esto, los individuos sometidos a un proceso de aculturación con expectativas positivas hacia el futuro y niveles relativamente altos de apoyo social podrían, por ejemplo, experimentar menos depresión que los individuos sin las mismas expectativas y sin apoyo.

Son numerosos los estudios que de manera concordante con la literatura sobre población general encuentran que el género constituye un factor de riesgo para el padecimiento de depresión, habiendo sido constatado por la mayoría de los estudios que las mujeres inmigrantes presentan mayor nivel de síntomas depresivos (Hovey, 2000; Navarro & Morales, 2001; Franks & Faux, 1990; Clarke & Jensen, 1997).

De igual modo, el trabajo realizado por “Canadian Task Force on Mental Health” (1988) sobre temas que afectan a la salud de inmigrantes y refugiados, descubrió también una mayor incidencia de depresión en mujeres inmigrantes debido a una mayor prevalencia en éstas de factores de riesgo tales como, sentimientos de ambivalencia al emigrar, transición cultural, discriminación, etcétera.

En el estudio epidemiológico de Vega et al (1984) con Mejicanos Americanos viviendo en California, encontraron que el grupo constituido por mujeres separadas, con bajos logros educativos y con menos de treinta años, tenían significativamente mayor cantidad de síntomas depresivos que el grupo contrario. Roberts & Roberts

(1982) también constataron que las mujeres mejicanas informaban de más síntomas depresivos que los hombres.

Las explicaciones argumentadas sobre estos resultados hacen referencia a: 1) la mayor permisividad social para la expresión de los sentimientos por parte de las mujeres (Vega et al., 1984), 2) a las peores expectativas sobre los logros o resultados a conseguir (Schwarzer & Hahn, 1995) —las mujeres expresan expectativas más bajas sobre la probabilidad de encontrar trabajo tras el desplazamiento, y a modo de profecía autocumplida, de hecho tienen menos éxito en la obtención de empleo en el nuevo contexto— 3) por el mantenimiento del modo de vida tradicional de las mujeres de determinadas culturas: las mujeres se quedan en el hogar al cuidado del marido y los hijos, lo que provoca su aislamiento cultural y social en la sociedad de acogida, 4) y por último, por frecuentes problemas de pareja que generan sentimientos de soledad —en algunos casos existe incluso violencia por parte de sus maridos— o con los hijos —fracaso escolar, adicciones, etc.— (Lynam, 1985).

Con respecto a los efectos de la edad en el padecimiento de depresión durante la inmigración, se obtienen resultados contradictorios con los de la literatura general⁵ (Wittchen et al., 1994) El estudio de Zilber et al. (2001), encuentra que los inmigrantes ancianos evaluados cinco años después de la inmigración muestran puntuaciones más altas de depresión mayor y ansiedad que el grupo de inmigrantes más jóvenes. De igual modo, en dos estudios previos en los que los autores evaluaron el estrés psicológico de inmigrantes rusos en Israel durante el primer año después de la inmigración y cinco años más tarde (Zilber & Lerner, 1996 a, b), no encontraron diferencias en el estrés experimentado entre los diferentes grupos de edad durante el primer año, pero cinco años más tarde, se observaron puntuaciones más altas entre el grupo de ancianos.

Los autores interpretan estos resultados como indicador de que la inmigración lleva a un incremento de la psicopatología e indicador de que los efectos diferenciales en función de la edad, se incrementan con el paso del tiempo.

La mayor vulnerabilidad al estrés ocurrido durante la inmigración es la razón argumentada para explicar el mayor riesgo de depresión y ansiedad en inmigrantes ancianos (Beiser, 1988). En comparación con las personas más jóvenes, los ancianos tienen menor probabilidad de encontrar un empleo seguro en el país de acogida y presentan más dificultades de aprender el idioma. Por otro lado, mantienen una mayor adherencia a los valores culturales tradicionales que a la larga puede conllevar al aislamiento de los mayores dentro de la familia por las diferencias de aculturación entre los distintos grupos de edad. Finalmente, el mayor padecimiento de enfermedades físicas y su menor familiaridad con los servicios de salud, les sitúa bajo una situación de estrés adicional.

14.3. TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN

⁵ Los estudios epidemiológicos señalan que la prevalencia de depresión mayor es más baja en los grupos de ancianos que en el de adultos más jóvenes (Robins et al., 1984; Regier et al., 1993; Wittchen et al., 1994). De igual modo, los ancianos tienen menor riesgo de padecer desórdenes de ansiedad (Robins et al., 1984; Bland et al., 1988; Regier et al., 1988; Lehtinen et al., 1990; Flint, 1994; Henderson et al., 1998; Christensen et al., 1999).

Se entiende por somatización la presentación de uno o más síntomas somáticos sin explicación médica y que no cumplen todos los criterios diagnósticos del DSM-IV⁶ o el CIE-10 para los desórdenes somáticos o desórdenes somatomorfos (Lipowski, 1988).

Los estudios epidemiológicos estiman la prevalencia de somatización en población general entre un 4 y un 20%, aunque dichos datos deben ser tomados con precaución ya que pueden verse influidos por las características metodológicas de los estudios y criterios diagnósticos utilizados (Escobar et al., 1987; Baruffol & Thilmany, 1993). Por otro lado, dichos estudios epidemiológicos han usado medidas de somatización que son insensibles a la especificidad cultural de los síntomas y a los modos de expresión del estrés, lo cual limita la habilidad de detectar diferencias culturales.

Dado que el estrés somático es universal y que constituye el modo más frecuente de expresión clínica de la exposición a situaciones estresantes (Kirmayer, 1984; Isaac et al., 1996), se considera que la población inmigrante presenta un mayor riesgo de somatización al ser mayor la frecuencia de exposición a situaciones estresantes. A pesar de éste hecho, son pocos los investigadores que han examinado la presentación somática de estrés entre inmigrantes.

Pang & Lee (1994) estimaron en 7,3% la prevalencia de desórdenes de somatización en inmigrantes coreanos ancianos en los Estados Unidos y la co-ocurrencia del desorden con depresión mayor en el 33,3% de los casos. Handelman & Yeo (1996) evaluaron la frecuencia de síntomas somáticos en 76 refugiados ancianos camboyanos y encontraron que el dolor de cabeza y los dolores en el pecho fueron los síntomas más comunes (58% y 41% respectivamente). Más de la mitad de todos los sujetos que respondieron interpretaron sus síntomas como producto de la tristeza, de la pena o la ansiedad.

A partir de estos y otros estudios (Buchwald et al., 1986; Castillo et al., 1995) se considera que los inmigrantes son propensos a comunicar los síntomas asociados con el estrés en términos de quejas físicas, siendo por esto más frecuentes los trastornos de somatización en aquellos inmigrantes que sufren estrés por aculturación que en los que no (Ristner et al., 2000; Katon et al., 1990). Para explicar estos hechos, se han ofrecido numerosas explicaciones socioculturales y antropológicas:

a) *Normas culturales de supresión del afecto (Hsu, 1949).*

Éste podría ser el caso por ejemplo de las culturas Asiáticas⁷, donde las quejas físicas son predominantes frente a las quejas afectivas en sujetos diagnosticados de depresión (Tseng, 1975; Kleiman, 1977). Algunos autores han señalado que podría indicar más que una verdadera entidad clínica (desorden de somatización según el DSM-IV), una forma de comportamiento marcado culturalmente.

⁶ DSM-IV: El cuarto Manual de Diagnóstico y Estado de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana.

De este modo, se argumenta que el modo de expresión de los síntomas psicológicos podría verse influido por lo que se considera culturalmente apropiado según las situaciones y ocasiones. Tseng (1973) observó que en las culturas asiáticas en las que la enfermedad mental está marcadamente estigmatizada, la enfermedad somática es una excusa efectiva y legítima para solicitar bajas y movilizar el apoyo familiar y comunitario, mientras que los problemas emocionales son vistos como asuntos personales triviales que no merecen atención. De este modo, resulta razonable considerar que la somatización podría ser un modo común de comportamiento de búsqueda de ayuda entre refugiados asiáticos.

La somatización ha sido discutido también como prevalente en el grupo constituido por los inmigrantes soviéticos. (Aroian et al., 1999; Barankin et al., 1989; Belozersky, 1990; Brod & HeurtinRoberts, 1992; Brodsky, 1988; Dorf & Katlin, 1983; Kohn et al., 1989; Levav et al., 1990; Wheat et al., 1983). En esta misma línea, los estudios que investigan las actitudes hacia la salud mental y los comportamientos de búsqueda de ayuda entre inmigrantes Soviéticos, corroboran la preferencia de evitar los servicios de salud mental y la utilización de los sistemas primarios de salud para los asuntos sociales y emocionales (Brodsky, 1988; Fruchtbaum, 1995; Gelfand, 1986; Levav et al., 1990; Lerner & Zilber, 1991).

- b) *Falta de una marco semántico conceptual para expresar o conceptualizar los afectos* (Tseng, 1973): hace referencia a la dificultad de poner en palabras lo que se siente y a la frecuente falta de vocablos que se ajusten a las emociones y vivencias internas. De ésta manera, se considera que al no disponer de recursos simbólicos para atenuar la activación estresante, el organismo estaría más expuesto a la disfunción.
- c) *Conceptos médicos tradicionales chinos que integran las funciones de la mente y el cuerpo en relación con la salud* (Tseng, 1975),
- d) *El estigma social y el papel de la culpa y la vergüenza en la represión psicológica* (Tseng, 1975; Lin, 1981) y
- e) *Diferencias socioeconómicas o educativas* (Lin, 1985; Westermeyer et al., 1989; Lin, 1985; Singer, 1975).

Se considera que la somatización es más común entre las personas con menos nivel educativo (Aroian et al., 1999; Crandell & Dohrenwend, 1967; Katon et al., 1982) al considerar que este hecho supone una dificultad para la comprensión psicológica (Crandell & Dohrenwend, 1967; Katon et al., 1982). También se considera posible que las circunstancias de la vida, que a menudo coexisten con la baja educación (por ejemplo, carencias económicas y pobres

⁷ Tradicionalmente el término somatización ha venido asociado a pacientes de determinadas culturas, particularmente Asiáticos y Africanos, (Gaw, 1993), aunque Investigaciones recientes sin embargo, sugieren que la somatización es universal.

condiciones de vida), desvíen la atención de los síntomas emocionales (para profundizar sobre la influencia de éstos factores consultar: Hsu, 1999; Aroian et al., 1999).

Otro aspecto importante a señalar con respecto a la somatización, es la frecuente asociación con depresión, ya que las quejas físicas suelen estar presentes muy frecuentemente en las personas diagnosticadas de depresión, incluso más que las quejas psicológicas (Lin et al., 1985). Así, Kirmayer & Robbins (1991) encontraron que la mayoría de los pacientes que buscaban cuidados primarios para las quejas somáticas estaban clínicamente deprimidos.

Estos hechos han motivado que a menudo se considere que las quejas somáticas de los inmigrantes podrían estar enmascarando una depresión, aunque no se dispone de resultados concluyentes. Por ejemplo, el estudio de Aroian et al. (1999) encontró que el 12% de la muestra estaba deprimida y no somática. El 9% de la muestra estaba somática y no deprimida, lo cual es consistente con la advertencia de Kirmayer & Robbins (1991) de que la somatización puede comprender sintomatología adicional asociada a las situaciones de estrés que no coinciden con depresión.

Para concluir, cabe señalar que los inmigrantes con trastornos de somatización tienden a buscar más ayuda médica que el resto de los sujetos (Ristner et al., 2000). Así, hay evidencia de que el componente somático de la sintomatología asociada al estrés motiva actualmente más comportamientos de búsqueda de ayuda, lo cual confirma un patrón común de incremento de uso de sistemas de salud entre los pacientes somatizadores (Liu et al., 1997; Ford, 1992).

14.4. TRASTORNOS PSICÓTICOS

Entre destacados estudios epidemiológicos en los últimos años se ha informado de un incremento de las puntuaciones de esquizofrenia y psicosis similares a la esquizofrenia en grupos étnicos minoritarios de primera y segunda generación en Inglaterra (Harrison et al., 1997; Harrison et al., 1988; Wessely et al., 1991; King et al., 1994; Van Os et al., 1996) y en inmigrantes de primera generación en los Países Bajos (Selten & Sijben, 1994; Selten et al., 1997).

Con respecto a los factores etiológicos señalados para explicar el incremento de psicosis entre inmigrantes se incluyen (Cantor-Graae et al., 2001):

- a) *Aumento de la incidencia de la esquizofrenía en los países de origen.*

Se considera que la mayor prevalencia de esquizofrenia encontrada en ciertos grupos de inmigrantes (por ejemplo, inmigrantes de Surinam y de los Países Bajos y entre los hombres inmigrantes marroquíes) (Schrier et al., 2001) es debido a una mayor prevalencia de la enfermedad en sus países de origen.

Desafortunadamente, no existen muchas publicaciones sobre la prevalencia de esquizofrenia en esos países, sin embargo, sí se puede señalar que el estudio de la OMS (1992) realizado en 10 países no encontró una mayor

incidencia de esquizofrenia en los países en vías de desarrollo, y el estudio realizado en las Islas Barbados, encontró una incidencia normal de esquizofrenia en éstas islas del Caribe (Mahy et al., 1999). Consecuentemente, se considera que no hay suficiente evidencia para asumir una mayor prevalencia de esquizofrenia en los países de origen de los inmigrantes (Schrier et al., 2001).

- b) *Selección negativa de individuos predispuestos y experiencias psicosociales adversas relacionadas con la migración.*

Con respecto a la migración selectiva, se señala la selección del paciente preesquizofrénico para la inmigración, quienes ante la intensa situación de estrés a la que se ven expuestos tras la migración, podría causarles el desencadenamiento de una crisis. Aunque ésta explicación en términos de estrés psicosocial de individuos predispuestos (Eagles, J., 1991) podría explicar ciertos resultados, hay razones para cuestionar este argumento, como en los casos en los que los sujetos inmigrantes han sido traídos por sus padres.

De igual modo, el trabajo desarrollado por Selten et al. (2002) para comprobar la hipótesis de Odegaard's de la migración selectiva, concluye que la migración selectiva no puede explicar de manera aislada la mayor incidencia de esquizofrenia en inmigrantes de Surinam en los Países Bajos (entran en juego factores de riesgo como la edad y el sexo).

- c) *Abuso de sustancias psicoactivas*, aunque su contribución a la psicosis se mantiene poco clara. La esquizofrenia relacionada con la toxicomanía y asociada a otras enfermedades psicóticas es frecuente en ciertos grupos de inmigrantes (Selten et al., 1994).
- d) El aumento de la *exposición a alguna influencia biológica desconocida* que opere en el país de acogida se considera que también podría jugar un papel, como por ejemplo, virus nuevos (Harrison, 1990) o como recientemente se ha sugerido, bajo nivel prenatal de vitamina D en inmigrantes de piel oscura que se desplazan a climas fríos (McGrath, 1999) o complicaciones obstétricas (Harrison et al., 1997). Sin embargo, esta hipótesis no explica la alta incidencia en los grupos de primera generación (Selten et al., 2001).

No obstante se debe ser cauteloso con los resultados que confirman esta mayor incidencia de esquizofrenia entre población inmigrante, dado que este tipo de estudios tienen muchos errores metodológicos. En general, las críticas a estos estudios se han centrado en los siguientes argumentos (Dohrenwend, 1999):

- Posible sobrerrepresentación de determinados grupos étnicos, como podría ser el caso de las personas de origen caribeño en los estudios de incidencia.
- Escasa fiabilidad de los datos del censo, lo que en ocasiones podría introducir sesgos en la incidencia señalada de la enfermedad entre los distintos grupos estudiados.
- Fallos en los diagnósticos realizados por el empleo de distintos criterios en

función del grupo de población que se esté diagnosticando (Florez, 2000). Se ha señalado que en ocasiones se realizan más diagnósticos de esquizofrenia ante reacciones psicóticas agudas, y sobre todo si se acompañaban de trastornos de conducta, pudiendo estar influidos éstos diagnósticos por las diferencias culturales entre el inmigrante y el psiquiatra e incluso por discriminación racial.

- Falta de control del estatus socio-económico, lo cual podría dar una idea del nivel de estrés al que está sometido el sujeto. Este factor –junto con otros– podría ayudar a comprender los diferentes resultados encontrados entre los grupos de inmigrantes.
- Menor frecuentación de los servicios de salud mental por parte de los grupos de inmigrantes (Mortensen et al., 1997). Este dato se corrobora al encontrar un incremento en los porcentajes de pacientes inmigrantes ingresados a la fuerza; incluso una vez establecido ese primer contacto, muchas veces los pacientes inmigrantes con esquizofrenia poseen menos oportunidades de ser admitidos en hospitales psiquiátricos y de ser tratados.

Actualmente, algunos autores se plantean si en realidad existen factores específicos asociados con la migración que puedan explicar la mayor incidencia del trastorno en determinados grupos de inmigrantes. Así Zolkowska et al. (2001) consideran que la alta incidencia de esquizofrenia encontrada entre africanos-caribeños de *segunda generación* en Inglaterra (Harrison, 1997; Sugarman & Grufurd, 1994; Hutchinson et al., 1996) y Holanda (Selten, 1994) sería una prueba de que no son factores específicamente asociados con la migración, sean los que sean, los que podrían proporcionar una explicación causal en este grupo en particular. Según los autores, tales resultados sugieren que la migración podría incluso no ser relevante para la supuesta dimensión “étnica” del aumento de riesgo para las psicosis en inmigrantes de primera generación.

Con respecto a factores de protección señalados en la literatura frente al trastorno, se destacan las fuertes redes sociales y familiares. En el estudio de Selten et al. (2001) sobre incidencia de desórdenes psicóticos en el grupo de inmigrantes de los Países Bajos justificaba las puntuaciones normales (es decir, no incremento de la incidencia) de los Turcos de los Países Bajos (Mortensen, P., 1997; Weyerer, S., 1992) y de los Asiáticos en Inglaterra por el efecto protector de dichas redes. La comunidad Turca de los Países Bajos está altamente organizada y dispone de muchos grupos para ayudar a sus miembros (Landman, 1992). La evidencia de una mayor estabilidad en la Comunidad Turca se demuestra también por las menores tasas de criminalidad, significativamente más bajas que en los grupos marroquíes y surineses de los Países Bajos (Leuw, 1997).

15. CONCLUSIONES

Las enormes desigualdades existentes en el mundo fuerzan diariamente a miles de personas a salir de sus países en busca de la oportunidad de lograr una vida digna, oportunidad que en sus países les ha sido negada. Este hecho subyace a la historia de muchos de los inmigrantes económicos que adoptan la difícil decisión de rehacer su

vida alejados de sus familias, sus costumbres, sus amigos, y en definitiva, de toda una historia de vida.

Lo que sumidos en la desesperación de sus propios países se divisa como una oportunidad, como el principio de algo nuevo y esperanzador, con frecuencia la inmigración termina convirtiéndose para muchos en una continua carrera de obstáculos durante la cual las fuerzas flaquean y en ocasiones se sienten incapaces de seguir y con deseos de abandonar.

El afrontamiento de los cambios que conlleva la inmigración (culturales, del ambiente social y en las relaciones interpersonales) así como las circunstancias sociales que con frecuencia caracterizan la inmigración económica (precariedad y explotación laboral, precariedad en las condiciones de vivienda, rechazo social, discriminación, etc.) implican que de manera frecuente y mantenida, el inmigrante se vea expuesto a niveles elevados de estrés que terminen repercutiendo negativamente sobre su salud (tanto física como mental).

Actualmente, se produce un consenso entre los autores en considerar la inmigración, tal y como se produce hoy en día desde los países pobres a los ricos, como un severo riesgo para la salud de los inmigrantes. Sin embargo, los estudios realizados en la materia adolecen a menudo de importantes errores metodológicos⁸, que arrojan resultados muy contradictorios y que con frecuencia no permiten esclarecer el papel de los factores estudiados en el desencadenamiento de las patologías.

No obstante, en los últimos años se ha tratado de sistematizar todos aquellos resultados en los que sí parece existir un consenso, y que deberán ser tenidos en consideración a la hora de interpretar los datos obtenidos en cualquier estudio sobre salud mental en inmigrantes. Así es posible señalar las siguientes áreas en las que sí se ha logrado el consenso:

- a) Necesidad de distinguir entre variables pre- y postmigratorias (Beiser, 1990; Berry, 1997; Bierbrauer & Pedersen, 1996; Liebkind, 1996; Rogler, 1994). El impacto de los acontecimientos y experiencias derivadas de la inmigración difieren de acuerdo a las características personales y el contexto social de antes de la inmigración (por ejemplo, razones para inmigrar, estrategias de afrontamiento del inmigrante antes de emigrar, historia psiquiátrica previa, conflictividad familiar en el país de origen, nivel social, etc.) así como por las condiciones en que se produce su integración en el país de acogida y las vicisitudes que experimenta durante su estancia.
- b) Distinción entre los diversos grupos de inmigrantes y grupos etnoculturales, esto es, refugiados, inmigrantes y visitantes (Berry & Sam, 1997; Cohon, 1981; Desbarats, 1986). Las distintas condiciones en que se produce la inmigración desde sus países de origen en cada uno de los casos, repercute significativamente en su posterior experiencia en los países de acogida,

⁸ A pesar de la importancia de éstos estudios, muchos de ellos han sido descritos como poco sistemáticos, superficiales (Stein, 1986) y con limitada capacidad de generalizar las conclusiones de ellos derivadas (Cohon, 1981).

no siendo por este motivo comparables cada una de las circunstancias.

- c) Distinción entre variables individuales y de grupo (Berry, 1997; Desbarats, 1986; Horenczyk, 1997). Las características propias del individuo podrán actuar como recursos del sujeto para afrontar la situación. A su vez, el hecho de pertenecer a determinado grupo social o grupo étnico, determina diferentes mecanismos de apoyo y de respuestas al estrés, que podrán influir sobre las tasas de enfermedades psiquiátricas.
- d) Necesidad de considerar el grado de discrepancia entre la cultura de origen y la cultura prevalente en la sociedad de acogida (Ager, 1993; Berry, 1997). La consideración de la distancia cultural permite aproximarnos a la mayor o menor dificultad que supondrá la adaptación para el inmigrante al país de acogida y, por lo tanto, al mayor o menor nivel de estrés al que podrá verse sometido.

La consideración práctica de la frecuente asociación salud mental - inmigración y de todos los hechos señalados tiene una gran importancia. El reconocimiento temprano de síntomas de estrés emocional en población inmigrante resulta de gran relevancia para prevenir sufrimiento y dolor en los sujetos, así como las consecuencias negativas que conlleva asociadas en el funcionamiento individual y social, tales como conflictos e interrupciones en la vida familiar y laboral, discordia marital, abuso de alcohol y sustancias tóxicas, etc.

El supuesto por parte de los profesionales de la salud de que toda inmigración es seguida de un período de estrés personal e interpersonal para todos los miembros de la familia, permitirá reencuadrar esa experiencia y sus posibles consecuencias no como "patología", sino como un costo inevitable de nuestra sociedad crecientemente móvil, permitiendo así desarrollar tanto medidas preventivas como terapéuticas dentro del contexto del ciclo vital natural del proceso de migración. Una de las consecuencias del desconocimiento de la relación entre los procesos migratorios y la salud (mental), consiste en que los cuidados que los dispositivos de salud mental proporcionan a la población inmigrante sirven muy a menudo para cronificar y medicalizar los aspectos de frustración, dolor o sufrimiento inseparables a esas migraciones, más que ayudar a afrontarlos (Tizón, 1994).

Desde la perspectiva de los países de acogida, uno de los principales objetivos debería ser, por tanto, la prevención de los trastornos psíquicos en la población inmigrante, al considerarla una población de riesgo para el desarrollo de dichas patologías. Y la mejor forma de prevención sería facilitar la adaptación al nuevo medio social, desarrollando medidas que permitieran trabajar desde coordenadas diferentes y dentro de una perspectiva interdisciplinar e intercultural de la inmigración (Valtueña, 2000).

Para ello, y puesto que el estado de salud de la población inmigrante está en relación con sus condiciones en el país de acogida (laborales, de vivienda, educación, etc), no será posible avanzar en salud si las medidas propiamente medicas no van acompañadas de otras para aumentar el bienestar socio-económico y para reducir las desigualdades sociales, siendo prioritarias medidas de control rigurosos de los puestos de trabajo desempeñados.

Es necesario apostar por políticas plenas de integración de los inmigrantes en todos los órdenes, permitiendo y facilitando el mantenimiento de su cultura, idioma, costumbres y religión para evitar el estrés que conlleva la marginación. A su vez, contar con la participación activa de los propios inmigrantes teniendo en cuenta sus expectativas y necesidades es importante para, además de ayudar a proporcionarles un sentido de control sobre su vida (ya que pueden llegar a sentir que lo han perdido por los muchos sucesos acontecidos tras la migración), poder trabajar en programas comunitarios que consideren a la gente como la protagonista del proceso (y no como sujetos pasivos, receptores del apoyo o beneficiarios del programa), de manera que se conviertan en sujetos activos que aprenden a desenvolverse como actores sociales.

Por otro lado, el desarrollo de programas comunitarios resulta positivo ya que produce un incremento del apoyo social y en la capacidad de reconstrucción del tejido social. Todas aquellas acciones encaminadas a la reconstrucción de las redes sociales en el país de acogida resultan igualmente fundamentales ya que dichas redes actúan como factores moduladores durante el proceso de aculturación. Pueden ayudar a reducir el estrés experimentado por el inmigrante durante el proceso de asentimiento y adaptación y convertirse de este modo en factores facilitadores del funcionamiento del inmigrante en la sociedad de acogida, lo cual incrementa su probabilidad de éxito en el proceso de integración.

Al centrarnos en los problemas de salud mental, deben considerarse también los factores culturales y sociales que crean tales problemas. El primer problema que surge en este sentido es el acceso que pueden tener los trabajadores inmigrantes y los miembros de su familia, sobre todo los niños, a los servicios sanitarios curativos, y especialmente, preventivos. Hay que subrayar que una cosa es la accesibilidad administrativa y otra, muy distinta, su utilización más adecuada, que se ve afectada por factores económicos (como es la compra de medicamentos), culturales y por las distancias existentes en algunos casos entre la vivienda y las instituciones sanitarias.

Por otro lado, las diferencias culturales entre los profesionales autóctonos y los inmigrantes pueden dificultar el proceso de recuperación de éstos, al interpretar los síntomas desde una perspectiva psicopatológica y no como indicadores de que se está produciendo un proceso adaptativo. Por ello será aconsejable un acercamiento de los profesionales implicados en la salud mental de los inmigrantes a la "normativa" de la cultura con la que trabajan, con el fin de evitar el error de interpretar la sintomatología de los inmigrantes de acuerdo a las normas de la sociedad que los acoge, y no de acuerdo a los de la sociedad de procedencia. Así, ofrecer un marco de comprensión cultural grupal ayudaría a orientar el camino terapéutico más eficaz. Unido a esto, también el idioma constituye una barrera que agrava la importancia de los factores anteriormente citados y que constituye el obstáculo principal para obtener una comunicación fluida entre el personal socio-sanitario y los enfermos.

Con respecto a los problemas sociales que pueden afectar al bienestar de los inmigrantes en el país de acogida y que pueden ser causa de trastornos y enfermedades psicosomáticas, figuran los conflictos sociales que se producen al recibir a los trabajadores inmigrantes como intrusos, o que dan lugar a conflictos racistas o xenófobos. Es necesario recordar que las actitudes de mayor rechazo a la inmigración pueden encontrarse entre aquellos colectivos que sentirían que quienes llegan están entrando como

competidores en su mercado laboral. La prostitución, el servicio doméstico o los obreros no cualificados de la industria o la construcción son ámbitos laborales en los que el rechazo a los inmigrantes es potencialmente más intenso. Dispuestos a lograr trabajo a cualquier precio provocan una depauperización de las condiciones laborales de los sectores ya de por sí más precarios laboralmente.

Por ello, una de las tareas básicas para la integración de inmigrantes es la lucha legislativa tendente a que quienes llegan obtengan, como mínimo, las condiciones laborales que tienen los trabajadores autóctonos, en lugar de provocar una caída de las mismas en función de la ley de la oferta y la demanda. En la misma línea estarán las políticas de formación e inserción laboral que permitan que obreros cualificados o profesionales de nivel medio no se vean obligados a trabajar en categorías laborales muy por debajo de las de sus países de origen. Estos hechos permitirían disminuir la percepción hacia los inmigrantes de “amenaza o competidores”, lo cual, unido a programas diseñados para crear un mejor entendimiento entre los españoles y los inmigrantes, ayudaría a fomentar una actitud positiva hacia la inmigración.

En segundo lugar, se ha de tener en cuenta que las tensiones sociales pueden producir una gran variedad de enfermedades entre los inmigrantes, tensiones que se originan, sobre todo, por el miedo al desempleo o la deportación. Los hijos de los trabajadores inmigrantes en España no enferman como cualquier otro niño español. Para empezar, sus padres pueden estar aterrados ante la idea de que si sus hijos enferman y deben llevarlos al médico, pueden perder parte de la jornada laboral y, posiblemente si la circunstancia se repite, hasta el empleo, lo que puede ser causa de expulsión de España.

Estos problemas sociales son más graves entre los trabajadores inmigrante ilegales o clandestinos. Estos trabajadores deben ser vistos como un grupo de alto riesgo social y sanitario, para los que se deben organizar servicios sociales y sanitarios especialmente diseñados a sus necesidades.

Los trabajadores inmigrantes no deberían ser vistos solamente como una mano de obra necesaria. Las migraciones no son sólo hechos económicos, ni los inmigrantes son mercancías; son seres humanos, con sus aspiraciones, sus necesidades, sus costumbres, su cultura, sus dificultades y su voluntad de futuro.

BIBLIOGRAFÍA

Ager, A. (1993). *Mental health issues in refugee populations. A review*. Cambridge, MA: Harvard Center for Study of culture and Medicine.

Ager, W. (1905). Preserving our mother tongue. In O. S. Lovell (Ed.) *Cultural pluralism versus assimilation*. Northfield, MN: Norwegian-American Historical Association.

Alderete, E.; Vega, W.; Kolody, B. & Aguilar-Gaxiola, S. (2000). Effects of Time in the United States and Indian Ethnicity on DSM-III-R Psychiatric Disorders among Mexican Americans in California. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, Nº. 2: 90-

100.

Allodi, F. (1991). Assessment and treatment of torture victims: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 4-11.

Alvaro, J.; Torregrosa, J. & Garrido, A. (1992). Estructura social y salud mental. En Alvaro, J.; Torregrosa, J. & Garrido, A., *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Siglo XXI, España.

Amaro, H.; Whitaker, R.; Coffman, G. & Heeren, T. (1990). Acculturation and marijuana and cocaine use: findings from HHANES 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80 (suppl): 54-60.

Amaro, H. & Russo, N. (1987). Hispanic women and mental health: an overview of contemporary issues in research and practice (special issue). *Psychology of women quarterly*, 11 (4): 393-407.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estado de los Trastornos Mentales*. Masson.

Antokoletz, J. (1993). A psychoanalytic view of cross-cultural Passages. *American Journal of Psychoanalysis*, 53 (1), 35-54.

Aparicio, R.; Tornos, A. & Labrador, J. (1999). *Inmigrantes, integración, religiones; un estudio sobre el terreno*. Universidad Pontificia de Comillas.

Aroian, K. (1993). Mental health risk and problems encountered by illegal immigrants. *Issues in Mental Health Nursing*, 14: 379-397.

Aroian, K. & Norris, A. (1999). Somatization and Depression among former soviet immigrants. *Journal of Cultural Diversity*, vol. 6, No. 3: 93-101

Aronowitz, M. (1992). Adjustment of Immigrants Children as a function of parental attitudes to change. *International Migration Review*, 26 (1): 89-110.

Atkinson, D. & Gim, R. (1989). Asian-American cultural identity and attitudes toward mental health services. *Journal of Counselling Psychology*, 36: 209-212.

Atxotegui, J. (2000). Los Duelos de la Migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. *España y las Migraciones Internacionales en el Cambio de Siglo*. II Congreso sobre la inmigración en España.

Barankin, T.; Konstantareas, M. & Bosset, F. (1989). Adaptation of recent soviet Jewish immigrants and their children to Toronto. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34: 512-518.

Barrera, M. & Reese, F. (1993). Natural support systems and Hispanic substance abuse. In RS Mayers, BL Kail, TD Watts (Eds). *Hispanic substance abuse* (pp. 115-139). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Baruffol, E. & Thilmany, MC. (1993). Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse: prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatrica Belgium*, 93: 136-153.

Barwick, C. (1986). Services to immigrants the new specificity of transcultural psychiatry. Paper presented to the 36th *Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association*.

Bean, F.; Chapa, J.; berg, r. & Sowards, K. (1991). Educational and sociodemographic incorporation among Hispanic immigrants to the United States: Paper presented at the conference "Immigration, ethnicity and the integration of America's Newest Immigrants". Urban Institute, Washington, D.C., June, 17-18.

Beiser, M. (1990). Mental health of refugees in resettlement countries. In W. Ho. Holtzman & T. H. Bournemann (Eds). *Mental health of immigrants and refugees* (pp. 50-65). Austin, TX: Hogg Foundation.

Beiser, M. (1988). Influences of time, ethnicity and attachment on depression in Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 145: 46-51.

Belozersky, I. (1990). New beginnings, old problems: psychocultural frame of reference and family dynamics during the adjustment period. *Journal of Jewish communal Service*, 67: 124-130.

Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57: 245-254.

Berry, J. (1997). Immigration, acculturation and adaptation (Lead article). *Applied Psychology: an International Review*, 46: 5-68.

Berry, J. & Sam, D. (1997). Acculturation and adaptation. In J. Berry,; M. Segall & C. Kagitcibasi (Eds). *Handbook of cross-cultural psychology: Social Behaviour and applications*. Vol. 3. (2nd ed., pp. 291-326). Boston: Allyn & Bacon.

Berry, J. (1990). Psychology of acculturation. In J. Berman (Ed.); *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 37. Cross-cultural perspectives* (pp. 201-234). Lincoln: University of Nebraska Press.

Berry, J; Kim, W.; Minde, T. & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21: 491-511.

Berry, J. & Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. In P. Dasen, J.W. Berry & Sartorius (Eds). *Health and Cross-cultural psychology: towards application* (pp. 207-236). London: Sage.

Berry, J. (1979). Social and Cultural Change. In *Handbook of Cross-Cultural Psychology* (eds. H.C. Trandis & R. Brislin), Vol. 5, Boston: Allyn and Bacon.

Berry, J. & Annis, RC (Eds). (1988). *Ethnic psychology: research and practice with immigrants, refugees, native peoples, ethnic group and sojourners*. Lisse, The

Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Betrus, P.A.; Elmore, S.K.; & Hamilton, P.A. (1995). Women and somatization: unrecognized depression. *Health Care Women International*, 16: 287-297.

Bierbrauer, G. & Pedersen, P. (1996). Culture and migration. In G. R. Semin & K. Fiedler (Eds). *Applied Social Psychology* (pp. 399-422). London: Sage.

Blacher, J.; Shapiro, J.; López, S. & Díaz, L. (1997). Depression in Latina mothers of children with mental retardation: a neglected concern. *American Journal on Mental Retardation*, 101 (5): 483-496.

Bland, R.; Newman, S. & Orn, H. (1988). Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 77 (suppl. 338): 33-42.

Boman, B. & Edwards, M. (1984). The Indochinese refugee: an overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 18: 40-52.

Bourhis, R.; Moïse, C; Perreault, S. & Lepicq, D. (1998). *Immigration et intégration: vers un modèle d'acculturation interactif*. Cahiers de la Chaire Concordia-UQAM en études ethniques. Cahier 6, (52pp).

Bourhis, R.; Moïse, C; Perreault, S. & Senécal, S. (1997). Towards an Interactive Acculturation Model: A Social Psychological Approach. *International Journal of Psychology*, 32: 369-386.

Brenner, E. (1990). *Losses, Acculturation and Depression in Mexican Immigrants*. San Diego: California School of Professional psychology.

Brinck, P. & Saunders, M. (1976). *Transcultural Nursing: a book of reading*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Brod, M. & Roberts, S. (1992). Older Russian emigres and medical care. *The Western Journal of Medicine*, 157: 333-336.

Brosdsky, B. (1988). Mental health attitudes and practices of soviet Jewish immigrants. *Health and Social Work*, 13: 130-136.

Buchwarld, D.; Manson, S.M.; Von Knorring Al. & Cloninger, C.R. (1986). Symptom patterns and causes of somatization in men, I: differentiation of two discrete disorders. *Genetic Epidemiology*, 3: 153-169.

Burvill, P. (1998). Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychological Medicine*, 28 (1): 201-208.

Burchell, B. (1988). *The impact on individuals of the experience of precarity in the labour market in the UK*. International Workshop on Non-Standard and Precarious forms of Work, Brussels.

Buriel, R. Vasquez, R.; Rivalal, L. & Sanez, E. (1980) *Identity with traditional*

Mexican American culture and sociocultural adjustment. Paper presented at the 59th Annual Convention of the Western Psychological Association. Honolulu, HI.

Burnam, MA.; Hough, RL., Karno, M. Escobar, JI. & Telles, C. (1987). Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behaviour*, 28: 89-102.

Bussé, D.; O'Mahony, G. (2000) Migrational issues in mental health. A Review. / *Congreso virtual de Psiquiatría*, 1 de Febrero-15 de Marzo 2000. Conferencia 12-CI-B. Disponible en: http://psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa12/conferencias/12_ci_b.htm.

Caetano, R.; Medina-Mora, ME. (1988). Acculturation and drinking among people of Mexican descent in Mexico and the United States. *Journal of Study Alcohol*, 49: 462-470.

Camilleri, C. (1997). Identité et gestion de la disparité culturelle: essai d'une typologie. En Camilleri, C.; Kasterszten, J.; Lipiansky, M.; Malewska-Peyre, H.; Taboada-Leonetti, I & Vasquez, A. *Stratégies Identitaires*. París, Press Universitaires de France.

Canabal, M. & Quiles, J. (1995). Acculturation and socioeconomic factors as determinants of depression among Puerto Ricans in the United States. *Social Behaviour and Personality*, 23(3): 235-248.

Canadian Task Force on Mental Health (1988). *Issues Affecting Immigrants and Refugees. Review of the Literature on Migrant Mental Health. Health and Welfare Canada.* Minister of Supply and Services Canada. Cat. No. Ci 96-37/1988E.

Cantor-Graae, E.; Nordström, L.G. & McNeil, T.F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literatura and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*, 48 (1): 69-82

Carballo, M.; Divino, S. & Zeric, D. (1998). Migration and Health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12): 936-944.

Castillo, R.; Waitskin, H.; Ramirez, Y.; Escobar, JI. (1995). Somatization in primary care, with a focus on immigrants and refugees. *Archives of Familiar Medical*, 4: 637-646.

Cheng, C. (1997). Role of perceived social support on depression in Chinese adolescents: a prospective study examining the buffering model. *Journal of Applied Social Psychology*, 27: 800-820.

Child, I. (1943). *Italian or American ? The second generation in conflict.* New Haven, CT: Yale University Press.

Christensen, H.; Jorm, A.; Mackinnon, A.; Korten, A.; Jacomb, P.; Henderson, A.; Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modeling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, 29: 325-339.

Chung, R. & Kagawa-Singer, M. (1993). Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine*, 36: 631-639.

Clarke, D. & Jensen, M. (1997). The effects of social support, life events and demographics factors on depression among Maori and Europeans in New Zealand rural, town, and urban environments. *Journal of Community Psychology*, 25, 4: 303-323.

Cohon, J. (1981). Psychological adaptation and dysfunction among refugees. *International Migration Review*, 15: 255-275.

Cochrane, R.; Stopes-Roe, M. (1980). Factors affecting the distribution of psychological symptom in urban areas of England. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61 (5): 445-60.

Crandell, D. & Dohrenwend, B. (1967). Some relations among psychiatric symptoms, organic illness and social class. *American Journal of Psychiatry*, 124: 1527-1537.

Cropley, A. (1983). *The Education of Immigrant children: A social-psychological introduction*. London: Croom Helm.

Cuellar, I. & González, G. (2000). Cultural identity description and cultural formulation for Hispanics. In Richard H. Dana (Ed.). *Handbook of Cross-cultural/Multicultural Personality Assessment*.

Cuellar, I. & Paniagua, F. (2000). *Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and treatment of diverse populations*. San Diego, CA: Academic Press.

Cuellar, I. & Roberts, R. (1997). Relations of depression, acculturation and socioeconomic status in a Latino sample. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 19 (2): 230-238.

Cuellar, I.; Harris, LC. & Jaso, R. (1980). An acculturation scale for Mexican normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behaviour Science*, 2: 199-217.

Curtis, P. (1990). The consequences of acculturation to service delivery and research with Hispanic families. *Child and Adolescent Social Work*, 7: 147-159.

De Domanico, Y.; Crawford, I. & De Wolfe, A. (1994). Ethnic identity and self-concept in Mexican-American adolescents: is bicultural identity related to stress or better adjustment? *Child and Youth Care Forum*, 23 (3): 197-207.

Desbarats, J. (1986). Ethnic differences in adaptation: Sino-Vietnamese refugees in the United States. *International Migration Review*, 20: 405-427.

Dohrenwend, B. (1999). Epidemiology of schizophrenia: discussion. In *Search for the Causes of Schizophrenia, vol. IV* (eds. W. F. Gattaz & H. Hafner). Pp. 81-88. Darmstadt: Springer.

Dorf, N. & Katli, F. (1983). The Soviet immigrant client: beyond resettlement. *Journal*

of Jewish Communal Service, 60: 146-154.

Eagles, J. (1991). The relationship between schizophrenia and immigration. Are there alternatives to psychosocial hypotheses? *British Journal of Psychiatry*, 159: 783-789.

Eisenbruch, M. (1990). Cultural bereavement and homesickness. En Fischer, S. & Cooper, C. (ed.). *On the move: the psychology of change and transition*. John Wiley and Sons, pages: 191-205.

Eitinger, L. (1959). The incidence of mental disease among refugees in Norway. *Journal of Mental Science*, 105: 326-338.

El Mundo (2002). *El Ministerio de Trabajo reconoce situaciones de "esclavitud" en las empleadas inmigrantes*. Madrid, Domingo 14 de abril de 2002.

Emlaelu, M. (1998). *Evaluación de Servicios Sanitarios para inmigrantes en Centros no estatales de la Comunidad de Madrid*. Tesina del Master de Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad.

Escobar, J.; Constanza, H. & Gara, M. (2000). Immigration and Mental Health: Mexican Americans in the United States. *Harvard Review Psychiatry*, 8: 64-72.

Escobar, J.; Waitzkin, H.; Silver, R.; Gara, M. & Holman, A. (1998). Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60: 466-472.

Escobar, J.; Burman, M.A.; Karno, M.; Forsythe, A. & Golding, J.M. (1987). Somatization in the community. *Archives General of Psychiatry*, 44: 713-718.

Escobar, J. & Randolph, E. (1982). The Hispanic and social networks. In: Becerra, R.; Karno, M.; Escobar, J. (eds.). *Mental health and Hispanic Americans: clinical perspectives*. New York: Grune & Stratton, 41-57.

Espin, O. (1987). Psychological impact of migration on Latinos: Implications for psychotherapeutic practice. *Psychology of Women Quarterly*, 11, (4): 489-503.

Fabrega, H. (1969). Social psychiatric aspects of acculturation and migration: a general statement. *Comprehensive Psychiatry*, 10: 314-329.

Favazza, A. (1980). Culture change and mental health. *Journal of Operative Psychiatry*, 1192: 101-109.

Fernandez-Barillas, H. & Morrison, T. (1984). Cultural affiliation and adjustment among male Mexican American college students. *Psychological Report*, 55: 855-860.

Flaherty, J.; Kohn, R. & Golvin, A. (1986). Demoralization and social support in Soviet-Jewish immigrants to US. *Comprehensive Psychiatry*, 27: 149-158.

Flaherty, J.; Kohn, R.; Vevav, I. & Birz, S. (1988). Demoralization in Soviet-Jewish immigrants to the United States and Israel. *Comprehensive Psychiatry*, 29 (6): 588-597.

Flint, A. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151: 640-649.

Florez, I. (2000). La Inmigración como puerta de entrada hacia la Psicopatología. / *Congreso Virtual de psiquiatría*. 1 de Febrero-15 de Marzo. Conferencia 12-CI-E.

Ford, CV. (1992). Illness as a lifestyle: the role of somatization in medical practice. *Spine*, 17 (Oct. Suppl): 338-343.

Foyle, M.; Beer M. & Watson, J. (1998). Expatriate mental health. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 97: 278-283.

Franks, F. & Faux, S. (1990). Depression, stress, mastery and social resources in four ethnocultural women's groups. *Research in Nursing and Health*, 13 (5): 282-292.

Fruchtbaum, I. (1995). *Conceptions of mental illness: causal attributes and health seeking attitudes of soviet Jewish Immigrants*. Unpublished Doctoral Dissertation, UCLA, Los Angeles.

Furnhan, A. & Harli, Y. (1993). The psychological adjustment of the chinese community in Britain. A study of two generation. *British Journal of Psychiatry*, 162, 109-113.

Furnham, A.; Shiekh, S. (1993). Gender, generational and social support correlates of mental health in Asian immigrants. *International Journal of Social Psychiatry*, 39 (1): 22-33.

Garza-Guerrero, A. (1974). Culture shock: its mourning and the vicissitudes of identity. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 22 (2): 408-29.

Gaw, A. (1993). *Ethnicity and Mental Illness*. Washington, DC. N American Psychiatric Press.

Gelfand, D. (1986). Assistance to the new Russian elderly. *The Gerontologist*, 26(4): 444-448.

Ghaffarian, S. (1998). The acculturation of Iranian immigrants in the United States and the implications for mental health. *Journal of Social Psychology*, 138(5): 645-54.

Gil A.; Vega, Wa.; Biafora, F. (1997). Temporal influences of family structure, and family risk factors on drug use initiation in a multiethnic sample of adolescent boys. *Journal of Youth Adolescents*, 23: 373-393.

Gil, AG.; Vega, WA. & Dimas, G. (1994). Acculturative stress and personal adjustment among Hispanic adolescent boys. *Journal Of Community Psychology*, 22: 43-54.

Gil, AG & Vega, WA (1996). Two different worlds: acculturation stress and adaptation among cuban and nicaraguan families. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13: 435-458.

Gilbert, MJ. & Cervantes, RC. (1986). Patterns and practices of alcohol use

among Mexican Americans: A comprehensive review. *Hispanic Journal of Behaviour Science*, 8: 1-60.

Gim, R.; Atkinson, D. & Whiteley, S. (1990). Asian-American acculturation, severity of concerns, and willingness to see a counselor. *Journal of Counselling Psychology*, 37: 281-285.

Golding, J. & Burnam, M. (1990). Immigration, stress, and depressive symptoms in a Mexican-American community. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178 (3): 161-171.

Goldlust, J. & Richmond, A.H. (1974). A multivariate model of immigrant adaptation. *International Migration Review*, 8: 193-225.

González, M. (2001). Análisis de la Situación Sociosanitaria de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid e impacto de la nueva Ley de Extranjería en el Área 10. *OFRIM/Suplementos*, Diciembre: 134-173

González, M.; Sanz, B.; Schumacher, R. & Torres, A. (1997). Una aproximación a la identificación de la situación sociosanitaria de la población inmigrante del Area 6 de la Comunidad de Madrid, *OFRIM / Suplementos*, Diciembre: 75-93.

González, R. & Cuellar, I. (1983). Readmission and prognosis of Mexican American Psychiatric inpatients. *Revista Interamericana de Psicología*, 17 (1/2): 81-96.

Gregorio, C. (1998). Inmigración, identidad de género y choque cultural: el caso de las mujeres dominicanas. *OFRIM / Suplementos*, Diciembre: 161-174.

Griffith, J. (1983). Relationship between acculturation and psychological impairment in adult Mexican Americans. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 5: 431-459.

Grinberg, L. & Grinberg, R. (1989). *Psychoanalytic Perspectives on Migration and Exile*. New Haven, Conn.: Yale University Press.

Gutkovich, Z.; Rosenthal, R.; Galynker, I.; Muran, C.; Batchelder, S.; Itskhoki, E. (1999) "Depression and demoralization among Russian-Jewish immigrants in primary care" *Psychosomatics*, 40 (2): 117-25

Guarnaccia, P. & López, S. (1998). The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child Adolescent Psychiatry Clin. N. Ame*, 7 (3): 537-53.

Guarnaccia, P. (1997). Social stress and psychological distress among Latinos in the United States. In Al-Issa y Tousignant, M. (Eds.) *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*. New York, Plenum Press.

Guendelman, S. (1995). *Immigrants may hold clues to protecting health during pregnancy: exploring a paradox*. Presented at the California Wellness Foundation/University of California Lecture Series, Berkeley, October.

Guendelman, S.; Abrams, B. (1995). Dietary intake among Mexican American

women: generational differences and comparison with white non-Hispanic women. *American Journal of Public Health*, 85: 20-5.

Haffner, S. (1996). Hypertension in the San Antonio Heart Study and the Mexico City Diabetes Study: clinical and metabolic correlates. *Public Health Rep.*, 111 (suppl. 2): 11-4.

Haffner, S.; González, C.; Hazuda, H.; Valdez, R.; Mykkänen, L.; Stern, M. (1994). Prevalence of hipertensión in México City and San Antonio, Texas. *Circulation*, 90: 1542-9.

Handelman, L.; Yeo, G. (1996). Using explanatory models to understand chronic symptoms of Cambodian refugees. *Familial Medical*, 28: 271-276.

Harrison, G. (1990). Searching for the causes of schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 663-671.

Harrison, G.; Glazebrook, J. & Brewin, R. (1997). Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the caribbean to the United Kingdom. *Psychological Medicine*, 27: 799-806.

Harrison, G.; Owens, D.; Holton, A.; Neilson, D. & Boot, D. (1988). A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological Medicine*, 18: 643-657.

Henderson, A.; Jorm, A.; Korten, A.; Jacombi, P.; Christensen, H. & Rodgers, B. (1998). Symptom of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychological Medicine*, 28 (6): 1321-8.

Hertz, D. (1988). Identity-Lost and found: patterns of immigration and psychological and psychosocial adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*, 334: 159-165.

Hertz, D. (1993). Bio-Psycho-Social consequences of migration stress: a multidimensional approach. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 30: 204-212.

Hess, R. & Street, E. (1991). The effect of acculturation on the relationship of counselor ethnicity and client rating. *Journal of Counselling Psychology*, 38: 71-75.

Hiebert, D. (1998). Immigrant experiences in Greater Vancouver: focus group narratives. Vancouver, BC: Research on Immigration and Integration in the Metropolis (RIIM). *Working Paper Series*, 98-115.

Higgins, E.; Klein, R. & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: a psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognitive*, 3: 51-76.

Horenczyk, G. (1997). Immigrants' perceptions of host attitudes and their reconstruction of cultural groups (Commentary on lead article by J. W. Berry). *Applied Psychology: an International Review*, 46: 34-38.

House, J.; Landis, K. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, (29), 241 (4865): 540-545.

Hovey, J. (2000). Psychosocial predictors of depression among central American Immigrants. *Psychological Reports*, 86: 1237-1240.

Hovey, J. (2000). Acculturative Stress, Depression and Suicidal Ideation in Mexican Immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol. 6, No. 2: 134-151.

Hovey J. D. (1999). Moderating influence of social support on suicidality ideation in a sample of Mexican immigrants. *Psychological Report*, 85: 78-79.

Hovey, J. & King, C. (1996). Acculturative stress, depression and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1183-1192.

Hovey, J. & King, C. (1997). Suicidality among acculturating Mexican-Americans: current knowledge and directions for research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27: 92-103.

Hsu, F. (1949). Suppression versus repression. *Psyquiatry*, 12: 223.

Hsu, S. (1999). Somatisation among Asian Refugees and Immigrants as a Culturalley-shaped Illness Behaviour. *Ann Acad Med Singapore*, 28: 841-5.

Hull, D. (1979). Migration, adaptation, and illness, a review. *Social Science Medical*, 13^a: 25-36.

Hurt, W. & Kim, K. (1988). *Uprooting and Adjustment: A Sociological study of Korean immigrants' mental Health*. Final report to the National Institute of Mental Health. Macomb. IL: Department of Sociology/Anthropology, Western Illinois University.

Hutchinson, G.; Takei, N.; Fahy, T.; Bhugra, D. Gilvarry, C., Moran, P.; Mallet, R.; Sham, P.; Leff, J. & Murray, R.. (1996). Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 776-780.

Hyman, I. & Dussault, G. (2000). Negative consequences of acculturation on health behaviour, social support and stress among pregnant Southeast Asian immigrant women in Montreal: an exploratory study. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 357-60.

Isaac, M.; Janca, A. & Orley, J. (1996). Somatization –a culture-bound of universal syndrome? *Journal of Mental Health*, 5: 219-222.

Jablensky, A.; Sartorius, N.; Ernberg, G.; Anker, M.; Korten, A.; Cooper, J. et al (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A WHO ten-country study. *Psychological Medicine: Monograph Supplement*, 20: 1-97.

Janes, C. (1990). Migration, changing gender roles and stress: the Samoan case. *Medical Anthropology*, 12 (2): 23-44.

Jayasuriya, L., Sang, D. & Fielding, A. (1992). *Ethnicity, immigration and mental illness: a critical review of Australian research*. Canberra: Bureau of Immigration Research. Australian Government Publishing Service.

Kaminsky, M. (1993). On the site of loss a response to Antokeletz's paper on cross-cultural transformation. *American Journal of Psychoanalysis*, 53 (2): 103-8.

Kantrowitz, B. & Rosaldo, L. (1991). Falling Further Behind. *Newsweek Aug*, 19: 60.

Kao, G. & Tienda, M. (1995). Optimism and achievement: The educational performance of immigrant youth. *Social Science Quarterly*, 76: 1-19.

Kaplan, M. & Marks, G. (1990). Adverse effects of acculturation: psychological distress among Mexican American young adults. *Social Science and Medicine*, 31 (12): 1313-1319.

Katon, W.; Von Korff, M.; Lin, E.; Lipscomb, P.; Russo, J.; Wagner, E.; Polk, E., (1990). Distressed high utilizers of medical care DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital of Psychiatry*, 12: 355-362.

Katon, W.; Kleinman, A. & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: review, Part, I. *The American Journal of Medicine*, 72: 127-135.

Kessler, R.; McGongale, K.; Zhao, S.; Nelson, C.; Hughes, M.; Eshelman, S.; Wittchen, H.; Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives General of Psychiatry*, 51: 8-19.

Kim, Y. (2002). The role of cognitive control in mediating the effect of stressful circumstances among Korean immigrants. *Health Soc Work*, Feb, 27 (1): 36-46.

King, M.; Coker, E.; Leavey, G.; Hoare, A. & Johnson-Sabine, E. (1994). Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *British Medical Journal*, 309: 1115-1119.

Kinzie, J. & Manson, J. (1985). Five years experience with Indochinese refugee psychiatric patients. *Journal of Operational Psychiatry*, 14: 105-111.

Kirmayer, L. & Robbins, J. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, cooccurrence and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 647-655.

Kirmayer, L. (1984). Culture affect and somatization. *Transcult Psychiatry Presearch Review*, 21: 159-188; 237-262.

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural

psychiatry". *Social Science Medical*, 11: 3

Kluckhohn, F.; Strodtbeck, F. (1961). *Variations in value orientations*. Evanston, IL: Row Peterson.

Knab, S. (1986). Polish Americans: Historical and cultural perspectives of influence in the use of mental health services. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 24: 31-34.

Koh, K. (1998). Perceived stress, psychopathology, and family support in Korean immigrants and nonimmigrants. *Yonsei Medical Journal*, Jun 39 (3): 214-21.

Kohn, R.; Flaherty, J.A. & Levav, I. (1989). Somatic Symptoms among older Soviet immigrants: an exploratory study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34: 350-360.

Kohn, R.; Flaherty, J. & Levav, I., (1989). Somatic symptoms among older Soviet immigrants: an exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, 3: 350-360.

Kowalski, G.; Faupel, C. & Starr, P. (1987). Urbanism and suicide: a study of American counties. *Social Forces*, 66: 85-101.

Kroll, J.; Habenicht, M.; Mackenzie, T.; Yang, M.; Chan, S.; Vang, T.; Nguyen, T.; Ly, M.; Phommasourvanh, B.; Nguyen, H.; Vang, Y., Souvannasoth, L. & Cabugao, R. (1989). Depression and posttraumatic stress disorder in Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 146: 1592-1597.

Kunz, E. (1973). The refugee in flight: kinesthetic models and forms of displacement. *International Migration Review*, 7: 125-146.

Kuo, W. (1976). Theories of migration and mental health: an empirical testing on Chinese-Americans. *Social Science and Medicine*, 10: 297-306.

Labrador, J. (2002). *Identidad e inmigración. Un estudio cualitativo con inmigrantes peruanos en Madrid*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.

LaFromboise, T.; Coleman, H. & Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114 (3): 395-412.

Lam, R.; Pacala, J. & Smith, S. (1997). Factors related to depressive symptoms in an elderly Chinese American sample. *Clinical Gerontologist*, 17 (4): 57-70.

Landman, N. (1992). *The Islamic Institutions in the Netherlands*. Amsterdam: Free University Press.

Lang, J.; Munoz, R.; Bernal, G. & Sorensen, J. (1982). Quality of life and psychological well being in a bicultural Latino community. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 4: 433-450.

Larsy, J.; Sigal, J. (1975). Length of time in new country and mental health of the

immigrant. *Canadian Journal of Behaviourist Science*, 7: 339-348.

Lavik, N. (1993). *Mental health among Norwegian immigrants to America. Ornulv Odegård's migration research in a historical perspective*. Tidsskr Nor Laegeforen, Jun, 30.

Lee, M.; Crittenden, K. & Yu, E. (1996). Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(4): 313-327.

Leherer, Z. (1993). *The psychology of immigration. A literature Review*. Israeli Defence Forces & JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, Jerusalem.

Lehtinen, V.; Joukamaa, M.; Lahtela, K.; Raitasalo, R.; Jyrkinen, E.; Maatela, J. & Aromaa, A. (1990). Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81: 418-425.

Lemos, S. (1996). Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes. En J. Buendía, *Psicopatología en niños ya adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámides.

Lerner, Y. & Zilber, N. (1991, December). *Psychological Distress and Help seeking behavior among soviet immigrants*. Paper presented at the National Conference on Soviet Refugee Health and mental Health, Chicago, IL.

Leuw, E. (1997). *Criminality and Ethnic Minorities*. The Hague: Scientific Center for Research and Documentation.

Levav, I.; Kohn, R.; Flaherty, J.; Lerner, Y. & Aisenberg, E. (1990). Mental health attitudes and practices of Soviet Immigrants. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27: 131-144.

Liebkind, K. (1996). Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27: 161-180.

Liem, R. & Liem, J. (1984). Relations among social class, life events and mental disorders. En Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S., *Stressful life events and their contexts*. Rutgers University Press.

Lin M.; Adair, V. & Dixon, R. (2000). Cultural identity and psychological adjustment of adolescent Chinese immigrants in New Zealand. *Journal of Adolescence*, 23: 531-543.

Lin, E.; Ihle, L & Tazuma, L. (1985). Depression among Vietnamese refugees in a primary care clinic. *American Journal of Psychiatry*, 78: 41-4.

Lin, E.; Carter, W. & Kleinman, A. (1985). An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. *American Journal of Public Health*, 75: 1080-4.

Lin, T.; Ling, M. (1981). Love, denial and rejection: responses of Chinese families to mental illness. In: Kleinman, A.; Lin, T. (eds). *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture*. Holland: D. Reidel Publishing Co. 387-401.

Lipowski, Z. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145: 1358-1368.

Liu, G.; Clark, M.; Eaton, W. (1997). Structural factor analysis for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 27: 617-626

Lynam, M. (1985). Support networks developed by immigrant women. *Social Science and Medicine*, 21 (3), 327-333.

Mahy, G.; Mallett, R.; Leff, J.; Bhurgra, D. (1999). First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *British Journal of Psychiatry*, 175: 28-33.

Mainous, A. (1989). Self-concept as an indicator of acculturation in Mexican American. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 11: 178-189.

Maris, R. (1981). *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviours*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Marsh, C. & Alvaro, J. (1990). A cross-cultural perspective on the social and psychological distress caused by unemployment: a comparison of Spain and the United Kingdom", *European Sociological Review*, 6, 3: 237-255.

Markides, K.; Krause, N.; Mendes de León, C. (1988). Acculturation and alcohol consumption among Mexican Americans: a three-generation study. *American Journal of Public Health*, 78 (9): 1178-81.

Masten, W.; Penland, E. & Nayani, E. (1994). Depression and acculturation in Mexican-American women. *Psychological Reports*, 75(3): 1499-1503.

McDonald, R.; Vecchi, C.; Bowman, J.; Sansón-Fisher, R. (1996). Mental health status of a Latin American community in New South Wales. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30: 457-62.

McGrath, J. (1999). Hypothesis: is low prenatal vitamin D a risk-modifying factor for schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 40: 173-177

McKelvey, R.; Webb, J. (1996^a). A comparative study of Vietnamese Amerasians, their non-Amerasians, siblings and unrelated, like-aged Vietnamese immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 153 (4): 561-3.

McKelvey, R. & Webb, J. (1996^b). Premigratory expectations and postmigratory mental health symptoms in Vietnamese Amerasians. *Journal of Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 35 (2): 240-5.

Metha, S. (1998). Relationship between acculturation and mental health for Asian

Indian immigrants in the United States. *Genetic, Social and General Psychology, Monographs*, 124: 61-78.

Mghir, R.; Freed, W.; Raskin, A. & Katon, W (1995). Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult afghan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (1), 24-30.

Molleda, E. & López, A (2001). El rostro de los de fuera: intervención social con inmigrantes. *Trabajo Social Hoy*, 32, 6-28.

Mortensen, P.; Cantor-Graae, E.; Mç Neil, T. (1997). Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychological Medicine*, 27: 813-820.

Mui, A. (1996). Depression among elderly Chinese immigrants: an exploratory study. *Social Work*, 41 (6): 633-645.

Murphy, H. (1977). Migration, culture and mental health. *Psychological Medicine*, 7: 677-684.

Navarro, J. & Morales, R. (2001). Depresión y ansiedad en inmigrantes del tercer mundo: un estudio exploratorio en Granada. *Interpsiquis*, 2.

Neff, J. & Hoppe, S. (1993). Race/ethnicity, acculturation and psychological distress: fatalism and religiosity as cultural resources. *Journal of Community Psychology*, 21 (1), 3-20.

Negy, C. & Woods, D. (1992). A note on the relationship between acculturation and socioeconomic status. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 14 (2): 248-251.

Nelson KR., (1997) "Screening in special population a case study of recent Vietnamese immigrants". *American Journal of Medicine*, 102 (5): 435-40.

Nguyen, L. & Peterson, C. (1993). Depressive symptoms among Vietnamese-American college students. *Journal of Social Psychology*, 133 (1): 65-71.

Nguyen, S. (1982). The psycho-social adjustment and mental health needs of Southeast Asian refugees. *Psychiatry Journal of University Ottawa*, 7: 26-35.

Nicassio, P.; Solomon, G.; Guest, S. & McCullough, J. (1986). Emigration stress and language proficiency as correlates of depression in a sample of southeast Asian refugees. *International Journal of social Psychiatry*, 32 (1): 22-28.

Nicassio, P. (1985). The psychosocial adjustment of the Southeast Asian refugee: An overview of empirical findings and theoretical models. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16 (2): 153-173.

Nicassio, P. & Pate, J. (1984). An analysis of problems of resettlement of the Indochine refugees in the United States. *Social Psychiatry*, 19: 135-141.

Noh, S.; Speechley, M.; Kaspar, V. & Wu, Z. (1992). Depression in Korean immigrants in Canada. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (9): 573-577.

Norman, R. & Malla, A. (1993). Stressful life events and schizophrenia. I: A review of the research. *British Journal of Psychiatry*, 162: 161-166.

Odegaard, O. (1945). The distribution of mental diseases in Norway. *Acta Psychiatrica Neurological*, 20: 247-252.

Oetting, E. (1993). Orthogonal cultural identification theoretical links between cultural identification and substance use. In MR De la Rosa,; JL Recio Adrados (Eds), *Drug abuse among minority youth: advances in research and methodology* (pp. 32-56). Bethesda, MD: National Institute of Drug Abuse, NIH publication No. 93-3479.

Ogbu, J. (1978). *Minority education and caste: The American system in cross-cultural perspective*. New York: Academic Press.

Ogbu, J. (1991). Immigrant and Involuntary Minorities in Comparative Perspective. In M. Gibson y J. Ogbu (Ed.). *Minority status and schooling: A comparative study of Immigrant and Involuntary Minorities* (pp. 3-33). New York: Garland.

Olivos, X. (2000). Variables Psicosociales y Salud Mental en la Inmigración. *II Congreso sobre la Inmigración en España. España y las Migraciones Internacionales en el Cambio de Siglo*. Madrid: 5-6-7 de Octubre.

Olmedo, E. (1979). Acculturation: A Psychometric perspective. *American Psychologist*, 34: 1061-1070.

Organización Mundial de la Salud (1992). *El CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Padilla, A. (1993). The Psychological dimensions in understanding immigrants students: The Missing Link. Paper presented at the Conference *Immigrant Students in California Schools: Empirical Research*. Center for U.S. – Mexican Studies, University of California, San Diego, Jan. 22-23.

Padilla, A.; Alvarez, M. & Lindholm, K. (1986). Generational status and personality factors as predictor of stress in students. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 8: 275-288.

Pallejas, J. (1987). The impact of cultural identification on the behaviour of second generation Puerto Rican adolescents. *Dissertation Abstracts International*, 48, 1541^a. (University Microfilms N° DA8715043).

Pang KY.; Lee, M.H. (1994). Prevalence of depression and somatic symptoms among Korean elderly immigrants. *Yonsei Medical Journal*, junio.

Park, R.E. (1928). Human migration and the marginal man, *American Journal of Sociology*, 33: 881-893.

Park, RE. (1936). Succession: an ecological concept. *American Sociology Review*, 1: 171-179.

Parkes, C (1971). Psycho-social transitions: a field for study. *Social Science and Medicine*, 5 (1): 101-115.

Pernice, R. & Brook, J. (1994). Relationship of migrant status (refugee or immigrant) to mental health. *The International Journal of Social Psychiatry*, vol. 40, No. 3: 177-188.

Pernice, R.; Brook, J. (1996). Refugees and Immigrants Mental Health: association of demographic and postimmigration factors. *Journal of Social Psychology*, 136 (4): 511-519.

Pernice, R.; Brook, J. (1996). The mental health pattern of migrants: is there a euphoric period followed by a mental health crisis? *International Journal of Social Psychiatry*, 42: 18-27.

Pertinez, J.; Viladas, L.; Clusa, T.; Menacho, I.; Nadal, S. & Muns, M. (2002). Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona. *Atención Primaria*, 29 (1): 6-13.

Phinney, J. & Chavira, V. (1995). Parental ethnic socialization and adolescent coping with problems related to ethnicity. *Journal of Research on Adolescence*, 5: 1-53.

Ponizovsky, a.; Ristner, M. & Modai, I (2000). Changes in Psychological Symptoms during the Adjustment of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 41: 289-294.

Ponizovsky, A. & Perl, E. (1997). Does supported housing protect recent immigrants from psychological distress? *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 43, No. 2: 79-86.

Portes, A. (1995). Segmented assimilation among new immigrant youth: A conceptual framework. In RG. Rumbaut, WA Connellius (Eds). *California's immigrant children: theory, research and implications for educational policy* (pp. 71-76). San Diego: University of California, San Diego, Center of U.S. – Mexican Studies.

Portes, A.; Bach, RL. (1985). *Latin journey: Cuban and Mexican immigrants in the United States*. Berkeley, CA: University of California Press.

Portes, A.; Rumbaut, RG. (1990). *Immigrant American*. Berkeley: University of California Press.

Portes, A.; Zhou, M. (1993). The new second generation: segmented assimilation and its variants. *Ann Am Acad Pol. Soc. Sci.* 530: 74-96.

Prilleltensky, I. (1993). The immigration experience of Latin American families: Research and actions on perceived risk and protective factors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12 (2): 101-116.

Pumariaga, A.; Swason, J.; holzer, C.; Linskey, A.; Quintero-Salinas, R. (1992).

Cultural context and substance abuse in Hispanic adolescents. *Journal Child Fam Stud*, 1: 75-92.

Ramirez, M. (1969). Identification with Mexican American values and psychological adjustment in Mexican adolescent. *International Journal of Social Psychiatry*, 11: 346-354.

Redfield, R.; Linton, R.; Herskovits, M. (1936). Memorandum for the study of acculturation: Committee Report to the Social Science Research Council. *American Anthropologist*, Vol. 38 (1): 149-152.

Regier, D.; Kaelber, CT.; Rae, DS (1998). Limitations of diagnostic criteria and assesment instrument form mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55: 109-115.

Regier, D.; Boyd, J.; Burke, J.; Rae, D.; Myers, J.; Kramer, M. et al. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives General of Psychiatry*, 45: 977-986.

Regier, D.; Farmer, M.; Rae, D.; Myers, J.; Kramer, M.; Robins, L. Et al. (1993). One month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the epidemiologic catchment area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88: 35-47.

Riscott, W. & Scott, R. (1989). *Adaptation of Immigrants: individual differences and determinants*. Oxford: Pergamon Press.

Ritsner, M.; Ponizovsky, A.; Nechamkim, Y. & Modai, I. (2001). Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (2): 151-60.

Ritsner, M. & Ponizovsky, A. (1999). Psychological Distress through immigration. The two –phase temporal pattern?. *International Journal of social Psychiatry*, vol. 45, No. 2: 125-139.

Ristner, M.; Ponizovsky, A. (1998). Apsychological Symptoms among an immigran population: a prevalence study. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (1): 21-27.

Ristner, M.; Ponizovsky, A. & Ginath, Y. (1997). Changing patterns of distress during the adjustment of recent immigrants: a one-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95: 494-499.

Ritsner, M.; Ponizovsky, A.; Kurs, R.; Lib, D. & Modal, L. (2000). Somatization in an Immigrant Population in Israel: a communnity survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157: 385-392.

Ritsner, M.; Ponizovsky, A.; Safro, S.; Schultz, J & Ginath, Y (1994). *Demoralization among soviet immigrants: experience of the Firt year of the psychological support project*. Research report. Talbieh Mental Health Center, Jerusalem.

Ritsner, M.; Ponizovsky, A; Chemelevsky, M. (1996). Effects of immigration on the mentally ill. Does it produce psychological distress?. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1): 17-22.

Roberts, R. & Roberts, C. (1982). Marriage, work and depressive symptoms among Mexican Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 4: 199-221.

Robins, L.; Regier D. (1991). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press, 1991.

Robins, L.; Helzer, J.; Weissman, M.; Orvaschel, H.; Gruenberg, E.; Burke, Jr.; J.; Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives General of Psychiatry*, 41: 949-958.

Rogler, L. (1994). International migration: A framework for directing research. *American Psychologist*, 49, 701-708.

Rogler, L.; Cortes, D.; Malagady, R. (1991). Acculturation and mental health status among Hispanics: convergence and new directions for research. *American Journal of Psychology*, 46: 585-597.

Rogler, L. & Rodriguez, O. (1983). A conceptual framework for mental health research on Hispanics populations. *Hispanic Research Center Monograph 10*,. New York: Fotham University. Hispanic Research Center.

Rumbaut, RG. (1989). Portraits, patterns and predictors of the refugee adaptation process. In DH Haines, *Refugees as immigrants: Cambodians, Laotians, and Vietnamese in America* (pp. 138-190) Totowa, NJ: Rowman and Littlefield.

Rumbaut, RG. (1995). The new Californians: comparative research findings on the educational progress of immigrant children. In RG. Rumbaut, WA Cornelius (Eds). *California's immigrant children: theory, research and implications for educational policy* (pp. 17-70). San Diego, CA: University of California, San Diego, Center of U.S.-Mexican Studies.

Rumbaut, R. (1985). *Mental Health and the Refugee Experience: a comparative study of southeast Asian Mental Health: treatment, prevention, services, training and research*. Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health.

Salad de Snyder, V., et a (1990). Migration and post-traumatic stress disorders: the case of Mexicans and Central Americans in the United States. *Acta Psiquiatrica y Psicológica de América Latina*, Jul-Dec.

Sales, A. (1984). Patterns of community contact and immigrant adjustment: a study of the Soviet Jews in Boston. *Dissertation Abstracts*, 45: 729.

Sam, D. & Berry, J. (1995). Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36: 10-24.

Sam, D. (1994). The psychological adjustment of young immigrants in Norway.

Scandinavian Journal of Psychology, 35 (3): 240-253.

Santisteban, D.; Szapocznik, J. (1982). Substance abuse disorders among Hispanics: a focus on prevention. In: Becerra, R.; Karno, M.; Escobar, J. (eds). *Mental health and Hispanic Americans: clinical perspectives*. New York: Grune & Stratton, 83-100.

Sanz, B.; Schumacher, R.; torres, A. (1998). ¿Como percibe la población inmigrante su estado de salud? *OFRIM/ Suplementos*, Diciembre: 75-93.

Sashidaran, S. P. (1993). Afro-Caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *International Review of Psychiatry* 5, 129-144.

Schreiber, S. (1995). Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing: loss and grief of a refugee woman from Begameder county in Ethiopia. *British Journal of Medical Psychology*, Jun.

Schrier, A.; Van de Wetering, B.; Mulder, P.; Selten, P. (2001). Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam: data from outpatient facilities. *European Psychiatry*, 16: 162-6.

Schwarzer, R. Y Hanh, A. (1995). Reemployment after Migration from East to West Germany: a longitudinal study on Psychosocial factors. *Applied Psychology: an international Review*, 44, (1): 77-93.

Scott, W. & Scott, R. (1989). *Adaptation of Immigrants: individual differences and determinants* Oxford: Pergamon Press.

Selten, J.; Cantor-Graae, E.; Slaets, J & Kahn, R. (2002). Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. *American Journal of Psychiatry*, April, 159 (4): 669-671.

Selten, J.; Veen, N.; Feller, W; Blom, D.; Schols, D.; Camoenië, W.; Oolders, J.; Van der Velden, M.; Hoek, H.; Vladár, V.; Van der Graaf, Y. & Kahn, R. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178: 367-372.

Selten, J. (1995). Data on Surinamese patients in the Netherlands support study results. *British Medical Journal*, 310: 331.

Selten, J.P. & Sijben, N. (1994). First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands. The Dutch National Register. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29: 71-77.

Selten, J.P.; Slaets, J.P. & Kahn, R. S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27: 807-811.

Shen, B.; Takeuchi, D. (2001). A structural Model of Acculturation and Mental Health Status among Chinese Americans. *American Journal of Community Psychology*, Vol.

29, No. 3: 387-418.

Shuval, J. T. (1993). Migration and Stress. In *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Goldberger, L., & Breznits, S. (Eds). New York: Free Press.

Singer, K. (1975). Depressive disorders from a transcultural perspective. *Social Science Medicine*, 9: 289-301.

Singh, G.; Siahpush, M. (2002). Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases. *Human Biology*, Feb, 74 (1): 83-109.

Sluzki, C. (1986). Migration and family conflict. In *Coping with life crises* (ed. R. H. Mooz). New York: plenum.

Sokoloff, B.; Carlin, J. & Pham, H. (1984). Five-year follow-up of Vietnamese refugee children in the United States. *Clinical Pediatrics of Philadelphia*, 23: 565-570.

Solas Gaspar, O. (1995). *Migration and Health in Spain*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Stack, S. (1992). Marriage, family, religion and suicide. In R. Maris; A. Berman; J. Maltzberger & R. Yufit (Eds). *Assessment and prediction of suicide* (pp. 540-552). New York: Guilford Press.

Stein, B. (1986). The experience of being a refugee: Insights from the research literature. In C.L. Williams & J. Westermeyer (Eds). *Refugee mental health in resettlement countries*, pp. 5-23. Washington, D.C: Hemisphere Publishing Corporation.

Stonequist, E. (1937). *The marginal man: A study in personality and culture conflict*. New York: Russell & Russell.

Streltzer, J.; Rezendes, W. & Arakaki, M. (1996). Does acculturation influence psychosocial adaptation and well-being in native Hawaiians? *International Journal of Social Psychiatry*, 42 (1): 28-37.

Suarez-Orozco, CE.; Suarez-Orozco, MM. (1995). The cultural patterning of achievement motivation: a comparison of Mexican, Mexican immigrant, Mexican American, and non-Latino white American students. In RG Rumbaut, WA Cornerlius (Eds). *California's immigrant children* (pp. 161-190). San Diego, CA: Center for US.-Mexican Studies, University of California, San Diego.

Sugarman, P. A. & Craufurd, D. (1994). Schizophrenia in the Afro-Caribbean Community. *British Journal of Psychiatry*, 164: 474-480.

Sundquist, J.; Winkleby, M. (1999). Cardiovascular risk factors in Mexican American adults: a transcultural analysis of NHANES III, 1988-1994. *American Journal of Public Health*, 89: 723-30.

Swanson, J.; Linskey, A.; Quintero-Salinas, R.; Pumariega, A.; Holzer, C. (1992). A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. *Journal Am Acad Child Adolec Psychiatry*, 31: 669-78.

Sylla, O., et al (1996). Naawtal or the psychopathological aspects of a particular migration. *Medical Trop (Mars)*,

Szapocznik, J.; Hernandez, R. (1988). The Cuban American family. In CH Mindel, RW. Habenstein, R. Wright (Eds). *Ethnic families in American* (pp. 82-104). New York: Elsevier.

Szapocznik, J.; Scopetta, M.; Kurtines, W. (1987). Theory and measurement of acculturation. *American Journal of Psychology*, 12: 113-130.

Szapocznik, J.; Kurtinez, W. & Fernandez, T. (1980). Bicultural involvement and adjustment in Hispanic American youths. *Journal of Intercultural Relations*, 4: 353-365.

Szapocznik, J.; Scopetta, M.; Tillman, W (1979). What changes, what stays the same and what affects acculturative change in Cuban immigrant families. In Sapocznik, J.; Herrera, M. (Eds). *Cuban Americans: Acculturation, adjustment and the family*, pp. 1-23. Miame, FL: Universal Press.

Taboada-Leonetti, I. (1997). Stratégies identitaires et minorités: le point de vues de sociologue. En Camilleri, C.; Kastertzten, J.; Lipiansky, M.; Malewska-Peyre, H.; Taboada-Leonetti, I & Vasquez, A. *Stratégies identitires*. París, Press Universitaires de France.

Tizón, J. (1994). Emigrar: soñar, sufrir...Tal vez elaborar, tal vez crear. Migración, duelo y conflicto psico-social. *Revista de Treball Social*, 136: 22-38.

Tizón, J. (1986). *La migración como factor de riesgo para la salud*. Gaceta Sanitaria de Barcelona.

Tousignant, M. (1992). *Mental health of migrants: analysis of the social and longitudinal context*. Santé Mentale Quebec, Autumn.

Tresnak Fundazioa. (1997). *La salud de los inmigrantes extranjeros en el Barrio de San Francisco* (Bilbao). Materiales para la Acción Social.

Trickett, E. (1996). A futrue for Community Psychology: the contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24: 209-228.

Tseng, W. (1973). The development of psychiatric concepts in traditional Chinese medicine. *Archives General of Psychiatry*, 29: 569-75.

Turner, J & Gil, A. (2002). Psychiatric and Substance Use disorders in south Florida. Ralcial/Ethnic and Gender Contrasts in a Young Adult Cohort. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 59, No. 1: 43-50.

Tyhurst, L. (1951). Displacement and migration: a study in social psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 107: 561-568.

Uchino, B.; Uno, D. & Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, psysiological processes, and health. *Current Directions in Pscyhological Science*, 8: 145-148.

Valtueña, O. (2000). Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España. *MIGRACIONES*, 8: 231-249.

Van Os, J.; Castle, D.; Takei, N.; Der, G.& Murray, R. (1996). Psychotic illnes in ethnic minorities: clarification from the 1991 census. *Psychological Medicine*, 26: 203-208.

Van Wijk, C. & Kolk, A. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom percpetion theory. *Social Sciences Medical*, 45: 231-246.

Vega, W. & Gil, A. (1998). *Drug Use and Ethnicity in Early Adolescence*. New York, NY: Plenum Press.

Vega, W. & Kolody, B. (1998). *Untraveling the Mexican American paradox: status inconsistencies and major depression*. Presented at the 126th annual meeting of the American Public Health Association, Washington, DC, November.

Vega, W.; Warheit, G.; Buhl-Auth & Meinhardt, K. (1984). The prevalence of depressive symptoms among Mexican Americans and Anglos. *American Journal of Epidemiology*, 120: 592-607.

Vega, W.; Kolody, B. & Valle, J. (1986). The relationship of marital status, confidant support, and depression among Mexican immigrant women. *Journal of Marriage and the family*, 48 (3): 597-605.

Vega, W.; Kolody, B.; Valle, J. & Weir, J. (1991). Social networks, social support and their relationship to depression among immigrant Mexican women. *Human Organization*, 50(2), 154-162.

Vega, W.; Hough, R. & Miranda, R. (1985). Modeling cross-cultural research in Hispanic mental health. In Vega, WA.; Miranda, MR. (Eds). *Stress and Hispanic mental health* (pp. 1-29). Rockville, MD: DHHS-NIMH.

Vega, W.; Kolody, B.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alderete, E.; Catalano, R. & Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55: 771-778.

Vega, W.; Zimmernam, R.; Warheit, G. et al (1994). The role of cultural factors in the mental health problems of Hispanic adolescent. In C. Telles, C M. Karno, (Eds.). *Latino Mental Health: current research and policy Perspectives* (41-61). Rockville, MD: National Institutes of Mental Health.

Verkuyten, M. & Kwa, G. (1994). Ethnic self-identification and psychological well-being among minority youth in the Netherlands. *International Journal of Adolescence and Youth*, 5: 19-34.

Vigil, J. (1988). *Barrio gangs. Street, life and identity in Southern California*. Austin, TX: University of Texas Press.

Vlachos, E. (1968). *The assimilation of Greeks in the US Athen, Greece*: National Center of Social Research.

Wessely, S.; Castle, D.; Der, G. & Murry, R.. (1991). Schizophrenia and Afro-Caribbeans. A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 159, 795-801.

Westermeyer, J. (1996). Alcohol and older American Indians. *Journal of Studies of Alcohol*, 57(2): 117-118.

Westermeyer, J. (1986). Prevention of mental disorders among Hmong refugees in the U.S.: lessons from the period 1976-1986. *Social Science Medicine*, 25 (8): 941-947.

Westermeyer, J. (1989). *Psychiatric care of Migrants: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Westmeyer, J.; Neider, J.; Callies, A. (1989). Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177: 132-139.

Westmeyer, J.; Neider, J. & Callies, A. (1989). Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States. A longitudinal study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177: 3132-3129.

Weyerer, S. (1992). The high incidence of psychiatrically treated disorders in the inner city of Mannheim. *Social Psychiatry Epidemiology*, 27: 142-146.

Wheat, M.; Brownstein, H. & Kvitash, V. (1983). Aspects of medical care of Soviet Emigres. *Western Journal of Medicine*, 139: 900-904.

Williams, C. & Berry, J. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees: Applications of psychologicla theory and practice. *American Psychologist*, 46, 632-641.

Winkleby, M.; Ahn, D. (1998). Blood pressure findings form Mexican American women ad men from the Third National health and Examination Survey, 1988-1994. *BioMedicina*, 1: 321-5.

Wittchen, H.; Knaupper, B. & Kessler, R. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl. 26): 16-22.

Wittche, H.; Robins, L.; Cottler, L.; Sartorius, N.; Burke, J. & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) *British Journal of Psychiatry*, 159: 645-653.

Ying, Y. (1988). Depressive symptomatology among Chinese-Americans as measured by the CES-D. *Journal of Clinical Psychology, 44* (5): 739-46.

Zamanian, K.; Thackrey, M.; Starrett, R. & Brown, L. (1992). Acculturation and depression in Mexican-American elderly (special issue). *Clinical gerontologist, 11*: 109-121.

Zambrana, R.; Scrimshaw, S. Collins, N.; Dunkel-Schetter, C. (1997). Prenatal health behaviours and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: the role of acculturation. *American Journal of Public Health, 87*: 1022-6.

Zilber, N. & Lerner, Y. (1996a). *Comparative Study of Immigrants from the Former Soviet Union One and Five Years After Their Arrival to Israel: psychological Status, Risk Factors for Psychological Distress*. Research Report, J.D.C. Falk Institute, Jerusalem, Israel.

Zilber, N. & Lerner, Y. (1996b). Psychological distress among recent immigrants from the former Soviet Union to Israel: I. Mediating factors. *Psychological Medicine, 26*: 439-501.

Zilber, N.; Lerner, Y.; Eidelman, R. & Kertes, J. (2001). Depression and anxiety disorders among Jews from the former Soviet Union five years after their immigration to Israel. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*: 993-999.

Zimmerman, R.; Vega, W.; Gil, A.; Warheit, G.; Apospori, E. & Biafora, I. (1994). Who is Hispanic? Definitions and their consequences. *American Journal of Public Health, 84* (12): 1985-1987.

Zolkowska, K.; Cantor-Graae, E. & McNeil, F (2001). Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis?. *Psychological Medicine, 3* (4): 669-678.

TÍTULOS ANTERIORES DE CUADERNOS TÉCNICOS DE SERVICIOS SOCIALES

- Nº 1. *LA POBLACIÓN INFANTIL EN SITUACIÓN DE DESAMPARO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.*
Cecilia Simón, J. L. López Taboada y José Luis Linaza Iglesias.
- Nº 2. *LOS RETOS DE LA SOLIDARIDAD ANTE EL CAMBIO FAMILIAR.*
Jesús Leal y M^a José Hernán.
- Nº 3. *ATRAPADOS EN LA CALLE.*
Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez.
- Nº 4. *PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN NEONATOLOGÍA.*
Profesionales del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de San Carlos y del Servicio de Pediatría del Hospital General de Móstoles, bajo la coordinación del Instituto del Menor y la Familia.
- Nº 5. *LA POBLACIÓN Y LOS HOGARES MADRILEÑOS SEGÚN LA ZONIFICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.*
Equipo de Trabajo del Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico.
- Nº 6. *PROYECTO ÚNICO DE INTERVENCIÓN. Normalización y territorialización en la atención residencial a la infancia.*
Servicio de Coordinación de Centros del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Nº 7. *ACTITUDES Y MOTIVACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES HACIA SU DESARROLLO PERSONAL.*
Marta Torres. CONSULTRANS. S.A.
- Nº 8. *PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: AYUNTAMIENTO DE COLLADO VILLALBA.*
Luis Cortés, Óscar López. Colaboradores/as: Manuel Álvarez, Isabel Agudo, Concepción García, Rosana Jiménez, Montserrat López.
- Nº 9. *RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL: FACTORES SOCIALES INFLUYENTES SEGÚN LOS PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.*
Ferrán Casas (coordinador), Mónica González, Carme Calafat, Montserrat Fornells.
- Nº 10. *ESTRATEGIAS Y DIFICULTADES CARACTERÍSTICAS EN LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS DISTINTOS COLECTIVOS DE INMIGRANTES PRESENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.*
Rosa Aparicio, Andrés Tornos
- Nº 11. *DEMOGRAFÍA Y CAMBIO SOCIAL. SIMPOSIO ORGANIZADO POR LA CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES. MADRID, 12 Y 13 DE JUNIO DE 2000.*
Lourdes Gaitán
- Nº 12. *NACIMIENTO, EVOLUCIÓN Y DISEÑO DEL CENTRO OCUPACIONAL "NAZARET" (DEL S.R.B.S., CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES). DE LA NADA Y EL CAOS A UNA REALIDAD CON FUTURO*
Guillermo García, Eva Mayayo, Javier Montejo e Inmaculada Vidarte (Equipo Técnico del Centro Ocupacional "Nazaret")

-
- Nº 13. *LA ATENCIÓN EDUCATIVA A LOS NIÑOS/AS EN LAS RESIDENCIAS DE PRIMERA INFANCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID*
Raúl Casas, Celiano García, Socorro Martín, Paloma Martín, Marisol Marrón, Julia Sánchez, María Sáiz, Vicente Tinajero, Carmen Yeves.
- Nº 14. *REHABILITACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA: PROGRAMAS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN*
Elena Alcaín Oyarzun, José Augusto Colis Hernández, Virginia Galilea García, Ana Isabel Lavado Ciordia, Eva Muñoz Giner, Marta Nicolás Gómez, Raquel Pagola Pérez de la Blanca, Abelardo Rodríguez González, María Teresa San Bernardo Vicente, Óscar Sánchez Rodríguez, Teodosia Sobrino Calzado.
- Nº 15. *LOS CENTROS DE DÍA COMO RECURSO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA*
Organizado por la Consejería de Servicios Sociales. Participantes: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Educación. Ministerio de Asuntos Sociales. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento. INJUCAM.
- Nº 16. *LA ESTRATEGIA DE LAS ENTIDADES NO LUCRATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE MADRID*
Guillermo López Morante.
- Nº 17. *REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO COMUNITARIO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA: PROGRAMAS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN*
Coordinación del texto: Juan C. González Cases y Abelardo Rodríguez González.
Relación de autores: Ana Abad Fernández, José Luis Arroyo Cifuentes, Mercedes Blanco Hernández, M^a del Carmen Cabanillas Cabanillas, Guadalupe Carretero Delgado, Aníbal Cutanda Caballero, Esther de Grado González, Carmen Fernández Molina, Juan Ignacio Fernández Blanco, Alejandro Florit Robles, Angélica García Romo, Olga Gómez Pérez, Juan González Cases, Juan José González Torregrosa, Ana Belén Guisado Moraga, María Jiménez Álvarez, Belén Lueches Díez, Ana Muñoz de Santiago, Diego Pulido Valero, Abelardo Rodríguez González, Margarita Rullas Trincado, Milagros Sanz Caja.



CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES

Comunidad de Madrid