



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Abordaje del Síndrome de Ulises desde el Trabajo Social Approach to Ulysses Syndrome from Social Work

Autor/es

Lidia Horno Checa

Marina Pomar López

Director/es

Francisco Galán Calvo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2018

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la ayuda brindada a varias personas y entidades colaboradoras en nuestra investigación para el Trabajo Fin de Grado.

«A nuestro tutor del Trabajo Fin de Grado Francisco Galán por su ayuda y acompañamiento a lo largo de estos meses»

«A las diferentes entidades colaboradoras en nuestro Trabajo Fin de Grado que por propia iniciativa nos han brindado su conocimiento y ayuda»

Queremos realizar una especial mención a las siguientes entidades:

- Fundación CEPAIM, especialmente a Pilar Bernadó y Teresa Bravo
- YMCA, mención a Susana Mercadal
- Universidad de Zaragoza
- Cruz Roja Española, con mención a Nuria García e Isabel
- Casa de las Culturas
- Colegio Cantín y Gamboa (Fundación la Caridad) en especial a Ángel y Vicente
- Banco de Alimentos de Zaragoza (Víctor Ayllon)
- Fundación San Ezequiel Moreno, con mención especial a Daria Gavrilova
- Sociedad San Vicente de Paúl
- La Casa de las Culturas
- Coordinadora Aragonesa de Voluntariado
- SOS Racismo
- ACCEM
- Otras asociaciones:
 - Amigos del Pueblo Saharaui en Aragón UM DRAIGA
 - Asociación de Marfileños en Aragón
 - Asociación de Senegaleses en Aragón
 - Asociación Hermanamiento León - Nicaragua
 - Asociación de Togoleses
 - Asociación de Gambiaños

«Por último agradecer la ayuda a todas aquellas personas que han colaborado de forma activa en nuestra investigación, facilitándonos aquellos contactos necesarios para el desarrollo de la misma»

Abordaje del Síndrome de Ulises desde el Trabajo Social

Approach to Ulysses Syndrome from Social Work

RESUMEN

El principal objeto de estudio de la investigación trata de conocer y analizar desde la perspectiva de Trabajo Social, cuáles son los factores predominantes que acompañan al colectivo inmigrante durante su proceso migratorio.

En dicho estudio, se plantea la descripción de la sintomatología, lo cual permite diferenciarlo de otro tipo de trastorno, los mecanismos de actuación llevados a cabo desde el Trabajo social, y la realidad de la situación de las personas inmigrantes que padecen del Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple del Inmigrante en la ciudad Zaragoza, llamado Síndrome de Ulises.

PALABRAS CLAVES

Inmigración. Síndrome de Ulises. Duelo migratorio. Estresores. Trabajo Social

ABSTRACTS

The main purpose of the research study tries to understand and analyze from the perspective of Social work, what are the predominant factors that accompany the immigrant community during its migration process.

In this study, arises the description of symptoms, allowing you to distinguish it from other types of disorder, the mechanisms of action carried out from social work, and the reality of the situation of persons immigrants who suffer from the Syndrome of chronic stress and Multiple of the immigrant in the city of Zaragoza, called Ulysses Syndrome.

KEY WORDS

Immigration. Ulysses Syndrome. Migratory Mourning. Stressors. Social Work

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Formulación del problema	6
1.2. Interés social	6
1.3. Justificación del estudio	6
2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1. Delimitación del campo de estudio	7
2.2. Objetivos	7
2.3. Población y universo	7
2.4. Ámbito geográfico y temporal	9
3. METODOLOGÍA.....	10
3.1. Método y enfoque	10
3.2. Tipo de investigación	10
3.3. Técnicas e instrumentos para la obtención de información	10
3.3.1. ESCALA ULISES	11
3.3.2. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	11
3.3.3. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA SHORT FORM 36 (SF-36)	11
3.3.4. ESCALA DE ELABORACIÓN PROPIA	12
3.3.5. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	13
3.3.6. FORMULARIO ONLINE	13
3.4. Muestra población seleccionada	13
3.5. Técnica de análisis de datos	16
4. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	17
4.1. ABORDAJE DEL SÍNDROME DE ULISES	20
4.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SÍNDROME DE ULISES	21
4.3. DELIMITACIÓN DE LOS ESTRESORES Y DUELOS DE LOS INMIGRANTE	23
4.4. FACTORES QUE POTENCIAN EL SÍNDROME DE ULISES	23
4.5. SINTOMATOLOGÍA	23
5. CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO, NORMATIVO.....	25
6. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	29
7. RECURSOS SOCIALES.....	32
8. ANÁLISIS FORMULARIO ASOCIACIONES.....	36
9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ELABORACIÓN PROPIA.....	42
10. ANALISIS ENTREVISTAS.....	54
11. CONCLUSIONES.....	58
12. BIBLIOGRAFÍA.....	61
13. ANEXOS.....	64

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Población extranjera por continentes en la ciudad de Zaragoza	7
Ilustración 2. Países más representados en la ciudad de Zaragoza.	8
Ilustración 3. Extranjeros residentes en Aragón por país de procedencia.....	9
Ilustración 4. Contenido de las escalas del SF-36.....	12
Ilustración 5. Niveles de Salud Mental. Joseba Achotegui (2008).....	21

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la muestra por sexos. Fuente: Elaboración propia	14
Gráfico 2. Países entrevistados. Fuente: Elaboración propia.....	15
Gráfico 3. Entrevistados por país de origen. Fuente: Elaboración propia.....	15
Gráfico 4. Entidades encuestadas que trabajan con el colectivo inmigrante. Fuente: Formularios Google ..	36
Gráfico 5. Rangos de edad. Fuente: Formularios Google.....	37
Gráfico 6. Total de usuarios de las diferentes entidades. Fuente: Formularios Google	37
Gráfico 7. Proceso Migratorio Fuente: Elaboración Propia.....	42
Gráfico 8. Ámbito familiar. Fuente: Elaboración Propia.....	43
Gráfico 9. Ámbito sanitario. Fuente: Elaboración Propia.....	45
Gráfico 10. Situación laboral. Fuente: Elaboración Propia.....	47
Gráfico 11. Situación Económica. Fuente: Elaboración Propia	48
Gráfico 12. Situación cultural. Fuente: Elaboración propia.....	50
Gráfico 13. Situación social. Fuente: Elaboración propia.....	51
Gráfico 14. Situación de la vivienda. Fuente: Elaboración propia.....	53
Gráfico 15. Medio de Llegada. Fuente: Elaboración propia.....	55

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Formulación del problema

La investigación estudiará y conocerá la efectividad de la actuación de los/las trabajadoras sociales en la ciudad de Zaragoza en cuanto a la situación de las personas inmigrantes, centrándose en la temática del Síndrome de Ulises o «Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple de Inmigrante»

La temática del «Síndrome del estrés crónico y múltiple del inmigrante» es poco conocida por la sociedad y debe ser explorada para paliar desde el Trabajo Social las principales necesidades del colectivo inmigrante a su llegada al país receptor.

La hipótesis de la que parte la investigación es que todas las personas inmigrantes sufren de una sintomatología asociada a los estresores característicos del Síndrome de Ulises durante su proceso migratorio.

1.2. Interés social

El fenómeno migratorio ha ido aumentando a lo largo de los años, con especial relevancia en las últimas décadas. Desde diferentes perspectivas como la sanitaria, económica, jurídica... se estudia el impacto de la llegada masiva de inmigrantes a nuestro país, pero cabe destacar que muy rara vez se analiza en profundidad el proceso adaptativo de una persona inmigrante a una nueva sociedad desde el ámbito social.

En la actualidad son múltiples asociaciones las que se preocupan por la situación que padecen a la llegada los inmigrantes, pero la sociedad no está concienciada del impacto psicológico que sufren estas personas y el apoyo social que requieren, por lo que creemos que es necesario reflejar a través de esta investigación las demandas y necesidades que requiere este colectivo.

1.3. Justificación del estudio

Esta investigación se lleva a cabo con el propósito de investigar y comprobar si las actuaciones del Trabajo Social dentro del colectivo inmigrante en la ciudad de Zaragoza, referente al «Síndrome de Ulises», están siendo eficaces para la cobertura de las necesidades básicas a la llegada al país receptor.

La investigación ayudará a poner de relieve la problemática social del colectivo inmigrante para lograr una mejora social desde la profesión del Trabajo Social. Puede reportar beneficios para que las diferentes entidades y para que la sociedad en general vea reflejada de primera mano la problemática sufrida por el colectivo inmigrante tras un complicado proceso migratorio.

2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Delimitación del campo de estudio

El estudio está enmarcado en la investigación y el análisis de la situación del colectivo inmigrante dentro de la ciudad de Zaragoza, concretamente en el campo de estudio de la inmigración y la salud mental.

2.2. Objetivos

Generales

1. Estudiar el colectivo inmigrante de la ciudad de Zaragoza
2. Conocer y analizar el proceso migratorio del colectivo inmigrante dentro de la ciudad de Zaragoza

Específicos

1. Conocer y analizar el “Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple del Inmigrante”
2. Conocer las diferentes sintomatologías que afectan a las personas inmigrantes durante su proceso migratorio.
3. Investigar cómo se interviene desde el Trabajo Social para paliar las necesidades de las personas inmigrantes de la ciudad de Zaragoza.

2.3. Población y universo

Según el Ayuntamiento de Zaragoza, a fecha de 2016 la población total de la ciudad de Zaragoza asciende a 664.936 habitantes. De estos, 132.134 son extranjeros.

Los datos de la revista del Ayuntamiento de Zaragoza (2016) muestran la población extranjera por continentes y los países más representados en la ciudad de Zaragoza.

POBLACIÓN EXTRANJERA POR CONTINENTES

CONTINENTE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Europa	23.232	44,87	21.686	44,90	44.918	44,89
África	14.127	27,29	8.466	17,53	22.593	22,58
América	10.386	20,06	14.862	30,77	25.248	25,23
Asia	3.989	7,71	3.255	6,74	7.244	7,24
Oceanía	12	0,02	13	0,03	25	0,02
Apátridas	25	0,05	13	0,03	38	0,04
No consta						
TOTAL	51.771		48.295		100.066	

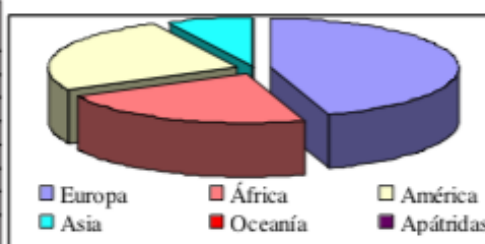


Ilustración 1. Población extranjera por continentes en la ciudad de Zaragoza. Fuente: Ayuntamiento de Zaragoza (2016)

En dicha gráfica se analiza la población extranjera en Zaragoza a partir de diferentes ejes, que son continente y sexo. Tal y como se puede observar el continente más predominante de población extranjera es Europa, con un porcentaje total del 44,89% de población, siguiéndole África con un total de 22,58%, es

decir, representando casi la mitad de los extranjeros procedentes de Europa. En último lugar, se puede observar Asia con un 7,24% de población extranjera residente en Zaragoza.

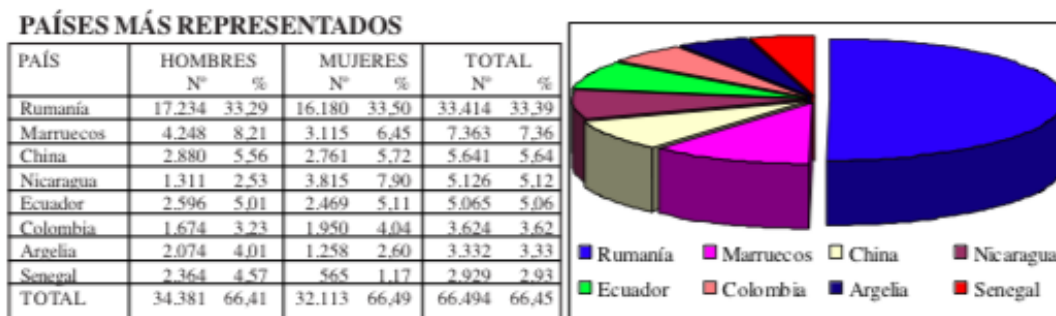


Ilustración 2. Países más representados en la ciudad de Zaragoza. Fuente: Ayuntamiento de Zaragoza (2016)

Concretando los datos obtenidos del Ayuntamiento de Zaragoza (2016), los países más representados son Rumanía con un 33,39% frente a Senegal con un 2,93%. Cabe destacar, la simetría que existe en el porcentaje total entre la población de género masculino y femenino, siendo de 66,41% y 66,49% respectivamente.

Por otro lado, extrayendo del Informe «Somos de aquí y de allá. Las dinámicas de integración social y educativa de los jóvenes inmigrantes y sus familias» de los autores María Dolores de Pedro Herrera, Jordi Martínez Callaghan y Tirso Ventura de Pedro se han obtenido los siguientes datos:

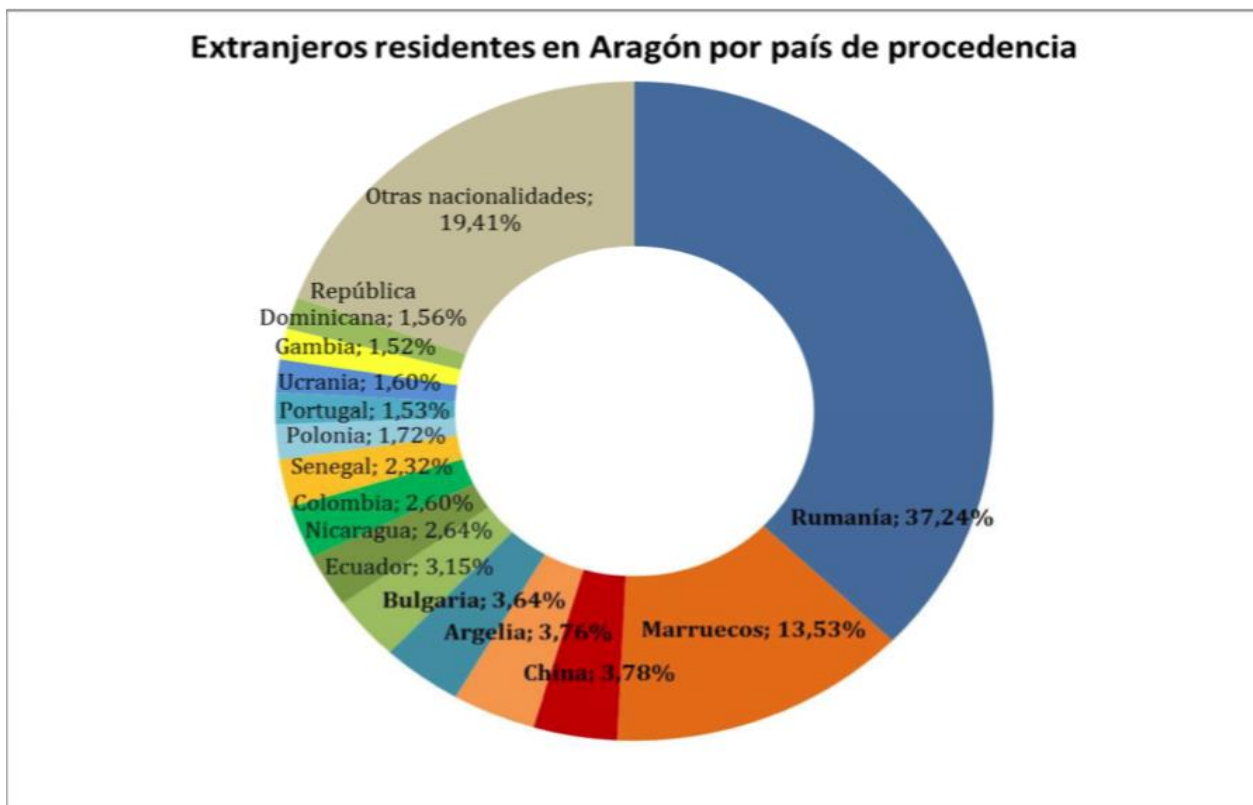


Ilustración 3. Extranjeros residentes en Aragón por país de procedencia¹

En el gráfico anterior, se observa la totalidad de inmigrantes residentes en Aragón, por países de procedencia. Coincidiendo con la tabla «Países más representados en la ciudad de Zaragoza», la nacionalidad rumana es la más predominante frente al resto de nacionalidades, ascendiendo su porcentaje al 37,24%. En dicho gráfico se incluye también nuevas nacionalidades como son la población procedente de Portugal (1,53%), Bulgaria (3,64%), Polonia (1,72%), Ucrania (1,60%), Gambia (1,52%) y República Dominicana (1,56%), cuyos porcentajes muestran una baja representatividad en relación con el resto de nacionalidades.

2.4. *Ámbito geográfico y temporal*

La investigación está enmarcada en la Comunidad Autónoma de Aragón, en concreto, dentro de la provincia de Zaragoza, durante los meses que van desde de enero hasta junio de 2018.

La ciudad de Zaragoza cuenta con un total de 664.936 habitantes, con una superficie de 973,78 km² y una densidad de población de 682,84 habitantes/km². A fecha de 2016, residían un total de 132.134 habitantes procedentes de otros países, destacando las personas inmigrantes de origen europeo, datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística.

En el transcurso de estos meses se investigará desde la perspectiva de Trabajo Social, la situación del colectivo inmigrante y su proceso migratorio, para analizar cómo «El Síndrome de Ulises», o «Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple del Inmigrante» afecta al colectivo inmigrante a lo largo de todo su proceso de adaptación en el país receptor.

¹ (Pedro Herrera, María Dolores de, Martínez Callaghan, & Ventura de Pedro, 2018)

3. METODOLOGÍA

3.1. Método y enfoque

La investigación va a estar acompañada tanto de técnicas cualitativas como cuantitativas, debido a que se considera que utilizando ambos enfoques se logrará abarcar y conocer más aspectos en profundidad con relación al Síndrome de Ulises.

En cuanto a las técnicas cuantitativas, se utilizará una escala de elaboración propia, que abarca diferentes aspectos en relación con el proceso migratorio del individuo y que contestará cada usuario de manera anónima y confidencial. Por otra parte, y en relación con las técnicas cualitativas para recabar información se llevará a cabo la observación participante y entrevistas semi estructuradas a usuarios.

Por último, recalcar la utilización de un cuestionario online de elaboración propia que será enviado a todas las asociaciones de Zaragoza que trabajen con colectivo inmigrante, técnica tanto cualitativa como cuantitativa que utiliza datos medibles y recoge también datos no cuantitativos, es decir, argumentativos.

3.2. Tipo de investigación

La investigación que se va a llevar a cabo va a ser explicativa, debido a que se quiere investigar las causas que llevan a una persona a sufrir el «Síndrome de Ulises». Además, es necesario analizar de manera exhaustiva la metodología de actuación que se está llevando a cabo en la actualidad con el colectivo inmigrante desde la perspectiva de Trabajo Social.

Con este tipo de investigación se quiere llegar a comprender de una manera más profunda el fenómeno estudiado y por ello se obtendrá información de diferentes fuentes.

3.3. Técnicas e instrumentos para la obtención de información

La metodología utilizada se basa en varias herramientas:

- Escala de Elaboración propia
- Cuestionario online
- Entrevista semi estructurada
- Observación participante

Para realizar dicha investigación se utilizará una escala de valoración propia basada en la «Escala de Hamilton», «Escala de Ulises» y «Escala Short Form 36 (SF-36)».

Además, cabe añadir que la entrevista semi estructurada partirá de la tesis doctoral realizada por M.ª Dolores De Pedro Herrera «*Dinámicas de integración de los adolescentes extranjeros reagrupados en Zaragoza 2009-2010*».

También se utilizará un cuestionario online enviado a las asociaciones para conocer el punto de vista de los/las trabajadoras sociales que intervienen con este colectivo.

Como se ha citado anteriormente, se pondrán en marcha diferentes escalas para analizar el «Síndrome de Ulises», la sintomatología y consecuencias que conlleva.

A continuación, se expondrán las escalas utilizadas:

La «Escala Ulises», del autor Joseba Achotegui, es utilizada tras la llegada de los inmigrantes al país receptor antes de ser diagnosticados de manera médica. Puede ser utilizada en los diferentes servicios que atienden a inmigrantes, no tan solo en los servicios de salud sino también en los servicios sociales, educativos y otros (Achotegui, 2009).

3.3.1. ESCALA ULISES

Se evalúan de modo independiente 7 duelos:

1. La familia y los seres queridos (dejar aquello que quieres)
2. La lengua (difícil adaptación al idioma)
3. La cultura (valores y costumbres diferentes)
4. La tierra (cambiar de clima)
5. El estatus social (falta de oportunidades)
6. El contacto con el grupo de origen (rechazo, incomodidad)
7. Los riesgos para la integridad física (indefensión)

La estructura completa de la Escala de Ulises se encuentra en el *Anexo 1*.

3.3.2. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La Escala *Hamilton* es utilizada mayoritariamente en personas con diagnóstico de trastorno depresivo, sin embargo, también puede ser aplicada a otros colectivos como pacientes alcohólicos o con demencia, y en población geriátrica. Dicha escala, mide tanto la ansiedad psíquica como la ansiedad somática².

Es heteroaplicada y utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y estudiar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida tras una entrevista clínica, pudiendo añadir información de otras fuentes. Cabe añadir que dicha escala se realiza pre, durante y post tratamiento, para medir de una manera más concisa el grado de sintomatología de los pacientes (Servicio Andaluz de Salud, 2017).

La estructura completa de la tabla Escala *Hamilton* se encuentra en el *Anexo 2*.

3.3.3. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA SHORT FORM 36 (SF-36)

Escala utilizada en grandes estudios con representatividad poblacional. Consta de 36 preguntas, y 35 son para evaluar la salud a lo largo de ocho dimensiones:

² La ansiedad psíquica se mide en los ítems 1,2,3,4,5,6, y 14 y la ansiedad somática en los ítems 7,8,9,10,11,12 y 13

1. Función física
2. Rol físico
3. Dolor corporal
4. Salud general
5. Vitalidad
6. Función social
7. Rol emocional
8. Salud mental

Tabla1. Contenido de las escalas del SF-36

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Ilustración 4. Contenido de las escalas del SF-36³

SF-36 fue desarrollado a principios de los 90 en EE. UU. para el estudio de los resultados médicos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a la población general como a sus subgrupos específicos.

3.3.4. ESCALA DE ELABORACIÓN PROPIA

Tras analizar y profundizar en las escalas anteriormente expuestas se ha realizado una escala propia basada en 7 ámbitos y 59 ítems. Será utilizada a la hora de intervenir en la población inmigrante estudiada en la capital de Zaragoza. Se aplicará en individuos de entre 18 y 65 años.

El estudio está contemplado para ser realizado a lo largo de 6 meses. La escala de valoración propia se estructura, como ya se ha dicho anteriormente, en 7 ámbitos (proceso migratorio, familia, situación sanitaria, situación laboral, situación económica, situación cultural, situación social y situación de la vivienda). Cabe destacar, que los ámbitos relativos a la familia, la situación laboral, económica, cultural, social y de vivienda, están basados en la Escala de Ulises de Joseba Achotegui. Sin embargo, el ámbito de la situación sanitaria se basa en la Escala de *Hamilton*.

Los participantes deberán realizar la escala puntuando los distintos ítems de 0 a 4, basándose en que el número 0 corresponde a ausente, el 1 leve, el 2 moderado, el 3 alto y el 4 muy alto.

³ (Vilagut et al., 2005)

La estructura completa de la escala de elaboración propia se encuentra en el *Anexo 3*

A continuación, se expondrán las otras dos técnicas metodológicas de elaboración propia para llevar a cabo la investigación que aborda la temática del “Síndrome de Ulises” en la ciudad de Zaragoza.

3.3.5. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista está elaborada a partir de la Tesis Doctoral de María Dolores de Pedro, «*Dinámicas de integración de los adolescentes extranjeros reagrupados en Zaragoza 2009-2010*»

La estructura completa de la entrevista semi estructurada se encuentra en el *Anexo 4*.

3.3.6. FORMULARIO ONLINE

El cuestionario será enviado mediante la plataforma *Google* formularios a las diferentes asociaciones que tienen como línea de actuación el colectivo inmigrante dentro de la ciudad de Zaragoza. El objeto de estudio es conocer el punto de vista de los/las trabajadoras sociales que trabajan para la integración social de los inmigrantes.

La estructura completa se encuentra en el *Anexo 5*.

3.4. Muestra población seleccionada

En Zaragoza, a cita de 2017, según el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) residían 97.290 extranjeros en la capital aragonesa. Los países más representados son: Rumanía, Marruecos, China, Ecuador, Nicaragua, Colombia, Argelia y Senegal.

A continuación, se representa la muestra de población seleccionada (100 usuarios) para la investigación:

CONTINENTE	PAÍS	NÚMERO DE PERSONAS
África	Guinea	5
	Togo	3
	Senegal	8
	Camerún	1
	Argelia	4
	Sahara	3
	Costa de Marfil	4
	Cabo Verde	1
	Congo	2
	Gambia	3
Europa	Marruecos	10
	Países Bajos	5
Europa	Rumanía	6
	Rusia	1
	Polonia	1
Asia	Siria	7
	China	3

CONTINENTE	PAÍS	NÚMERO DE PERSONAS
	Japón	2
	India	1
América	Venezuela	7
	Honduras	2
	Nicaragua	2
	Paraguay	1
	Colombia	5
	Ecuador	3
	Uruguay	1
	Cuba	3
	El Salvador	1
	Brasil	1
	Perú	2
	Chile	2

En las páginas siguientes, se presentan tres gráficas las cuales describen la muestra de población seleccionada para el estudio, estructurada en diferentes categorías.

DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

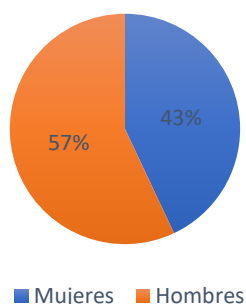


Gráfico 1. Distribución de la muestra por sexos. Fuente: Elaboración propia

Cómo se observa en la gráfica, existe un porcentaje más elevado de participación masculina, correspondiendo a un 57% de la población investigada. A pesar de este dato, no existen notables diferencias entre ambos sexos, ya que la participación femenina asciende a un 43% de la población inmigrante entrevistada.

Las gráficas expuestas a continuación reflejan la muestra de población entrevistada por lugar de procedencia. En el *Gráfico 2*, se observa de forma global las nacionalidades que han colaborado en el estudio. En cambio, en la *Gráfica 3*, se muestran datos estadísticos del total de entrevistados, segmentados por nacionalidad.

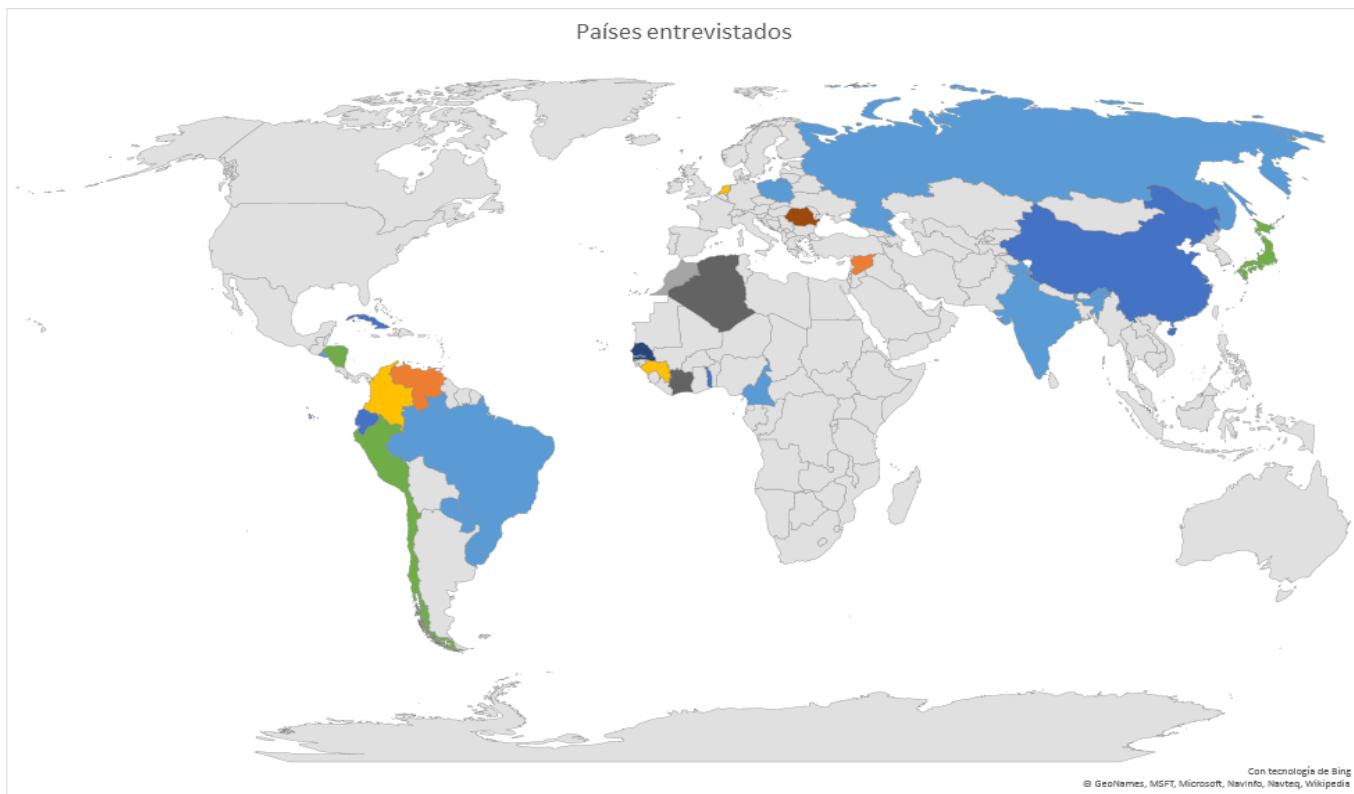


Gráfico 2. Países entrevistados. Fuente: Elaboración propia

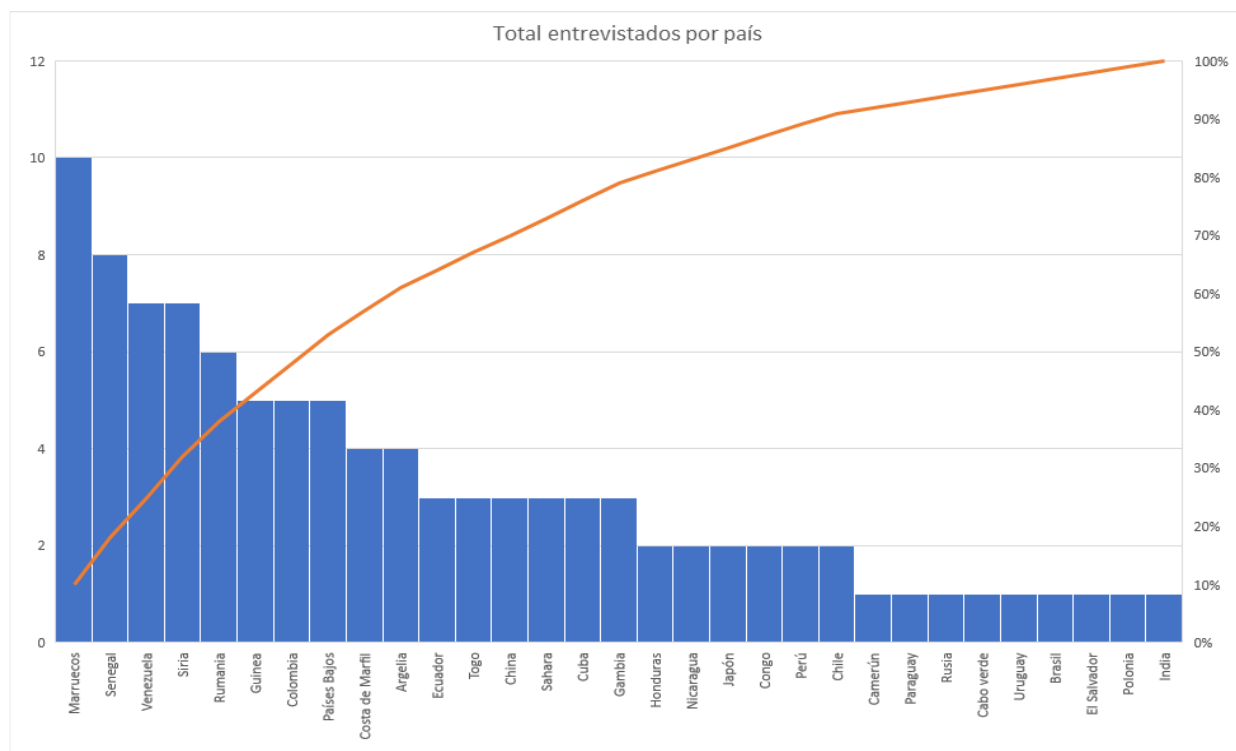


Gráfico 3. Entrevistados por país de origen. Fuente: Elaboración propia

Cómo se puede observar, el país que más predomina en cuanto a participación en el estudio es Marruecos, con un total de 10 usuarios.

3.5. Técnica de análisis de datos

Las técnicas que se utilizarán para el análisis de los datos obtenidos serán las siguientes:

Gráficas descriptivas que ayudarán a realizar un análisis cuantitativo de la población inmigrante en España, Aragón y Zaragoza. De esta manera se podrá analizar los promedios de población según diferentes nacionalidades, en base en la muestra seleccionada, en este caso 100 usuarios.

Transcripciones para analizar de una manera verosímil el contenido de las entrevistas y exponer de una forma objetiva la información más relevante.

Análisis de representaciones y contenidos de los formularios online realizados a las 16 asociaciones entrevistadas. Este método lo se llevará a cabo mediante gráficas y un análisis extenso de la información obtenida para captar el punto de vista de los profesionales.

Muestreo, el cual ayudará a estudiar el número de inmigrantes anteriormente citado (100) y poder caracterizar y materializar de una manera más sencilla al conjunto de población total.

Por último, la «Escala de Elaboración propia» utilizada para clasificar los datos a través de la puntuación asignada en cada uno de los ámbitos, logrando un mayor conocimiento de su situación.

4. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

Para comprender con claridad el Síndrome de Ulises, se contextualizará primero el concepto de migración del que se parte. Tal y como lo definen León *Grinberg* y Rebeca *Grinberg* (1994), la migración es el «traslado que se realiza de un país a otro, o de una región a otra con suficiente distancia, por un tiempo suficientemente prolongado como para que implique vivir en otro país y desarrollar en él las actividades de la vida cotidiana».

Generalmente, la adaptación que resulta del proceso migratorio viene dada no solo por los recursos que perciba el inmigrante, o las estrategias utilizadas para dicha adaptación al país receptor, sino que también juega un papel importante, la actitud del país de acogida respecto a las personas inmigrantes.

Este fenómeno se conoce como aculturación, dada de forma natural y espontánea cuando entran en contacto dos culturas diferentes, en la que normalmente una es dominada por la otra, generando cambios en ambas culturas. Dicho fenómeno se conoce como estrés aculturativo.

Las migraciones se han transformado en un tema fundamental para los países occidentales. En concreto, España asume este tema con gran preocupación debido a su condición de frontera geográfica y socioeconómica con Estados emisores de población emigrante.

Desde los inicios de la humanidad, los individuos se desplazaban de un lugar a otro con alta frecuencia contando con diferentes características en función del momento histórico en el que se encontraban. Para analizar la migración, proceso relevante en nuestra sociedad, se ha de tener en cuenta la sociedad de origen y la sociedad de acogida, debido a que estamos inmersos en una sociedad con un modelo internacional de distribución de la riqueza que establece un marco de relaciones entre unos países y otros. Como síntesis, nombraremos un breve recorrido de las migraciones en Europa. Entre 1946 y 1973 se dieron inversiones americanas (*Plan Marshall*) y se necesitaba mano de obra en los países más desarrollados. Se consideraba al inmigrante como una persona trabajadora con menos derecho que el resto de individuos, el mercado era el encargado de regular los flujos y distinguía entre nacionales e inmigrantes. Entre 1973 y 1985 aconteció una crisis económica en la que se empezó a sustituir la mano de obra por tecnología, por lo que no era necesaria la mano de obra procedente de la inmigración. Más tarde, concretamente entre 1986 y 1989 se va estableciendo de manera progresiva un mercado interior único con el objetivo de la libre circulación, pero aparecen políticas migratorias restrictivas y a la par un progresivo aumento de la inmigración clandestina. En los 90 Europa sigue su proceso de “confluencia” en un momento donde se dio una gran crisis de empleo y empezó a aumentar de manera creciente el racismo y la xenofobia.

En este aspecto las políticas de la Unión Europea en torno a la inmigración se sustentan en lo siguiente:

- *El Grupo de Trevi*. Creado el 29 de junio de 1976 con el objetivo de combatir el terrorismo, además creó un grupo para tratar los problemas de extranjería (el grupo *Ad hoc* de inmigración).
- *El Convenio de Dublín*. Negociado y firmado por el Grupo *Ad hoc* de Inmigración el 15 de junio de 1990. Once de los doce ministros de la CE firman una convención con las disposiciones que rigen el derecho de asilo y el estatuto de los refugiados con el objetivo de acabar con el fenómeno de los “refugiados en órbita” o refugiados recorriendo país a país de la comunidad buscando uno que acepte su petición de asilo.
- *El Acuerdo de Schengen*. Firmado el 14 de junio de 1985, Francia, Alemania y Luxemburgo crean un espacio

de libre circulación mediante la supresión de control en sus fronteras comunes. Más tarde Italia (1990), España y Portugal (1991), y finalmente Grecia (1992) se adhieren al acuerdo.

- *El Tratado de Maastricht*. Durante la cumbre de Luxemburgo de junio de 1991, Alemania propuso a los Estados miembros incluir en el Tratado de la Unión Europea las competencias necesarias para lograr la armonización tanto formal como sustancial, de sus políticas de asilo, inmigración y del estatus de nacional de un tercer Estado. Se presentó el documento «Política de inmigración y asilo» a la reunión del Consejo Europeo de *Maastricht* donde se propone un programa de trabajo relativo a la armonización en materia de asilo.
- *Tratado de Lisboa*. Este tratado introdujo el concepto de ciudadanía europea. Se habla de una UE más democrática, más eficaz y con más presencia en la sociedad. Se asienta en cuatro pilares fundamentales: incrementar los poderes legislativos y el control político democrático y presupuestario del Parlamento Europeo, reconocimiento de derechos, libertades y principios enunciados en la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, mayor eficacia al funcionamiento institucional y nuevas bases jurídicas.

En el sector de los Servicios Sociales los fundamentos que guían estas políticas son la «*igualdad de oportunidades, el desarrollo de medidas compensatorias hacia los colectivos y grupos sociales afectados de carencias específicas y el de aumento de la participación social.*» (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Los inmigrantes acceden a los servicios socio comunitarios en función de su situación legal. Las políticas sociales distinguen entre los regulares y los irregulares. El colectivo de los irregulares tiene dificultades a la hora de acceder a los derechos sociales, aunque en la práctica quedan protegidos derechos básicos de la persona como el derecho a la salud, a la educación, entre otros.

Se percibe una peor salud y salud mental de este colectivo, vinculado a la experiencia de adaptación durante el proceso migratorio y a la no mejora de las condiciones estructurales con el paso del tiempo. El acceso y la utilización de los servicios sanitarios son menos accesibles a los de la población autóctona, refiriendo menos visitas al centro de salud y menos días de hospitalización, si bien la frecuencia de Urgencias es mayor. Estos patrones se van igualando a medida que transcurren los años de residencia en nuestro país.

Y, ¿Cómo se puede lograr una integración de este colectivo?

En primer lugar, se debe conocer que el cambio cultural es un proceso social caracterizado porque los inmigrantes alteran las pautas de su cultura, lo que conlleva también modificar sus estructuras sociales y símbolos culturales. «*A nivel teórico, el cambio cultural busca descubrir y analizar las regularidades del proceso en diferentes situaciones para elaborar modelos y a nivel práctico plantea las causas y las consecuencias con el fin que sea lo menos traumático y lo más respetuoso con la población afectada*» (Sánchez Ramos, 2011).

En este contexto, si mejorar la realidad de la inmigración en España se vincula a aumentar el grado de integración del conjunto social, no es suficiente el trabajo aislado de las personas inmigrantes, sino que la iniciativa social, pública y/o privada tiene un importante papel que cumplir. Por ello, los trabajadores sociales «*debemos de ser personas sensibilizadas que apoyan a las asociaciones de inmigrantes, educadores y educadoras que tienen en sus aulas personas de otras etnias, de otros países, de otras religiones, de otras*

culturas... debemos de diseñar estrategias conjuntas con las asociaciones de inmigrantes que den pasos hacia el objetivo global de mejorar la calidad de vida del conjunto social» (Fundación CEPALIM, 2013)

En definitiva, se debe intervenir para evitar el empeoramiento y que los individuos que presenten dicho síndrome puedan sufrir otras patologías. El trabajador social debe ser consciente de las limitaciones culturales de la persona y tener voluntad de explorar las diferencias culturales, para lograr su total integración. Se debe pensar desde su cultura, no desde la nueva cultura adoptada, ya que de esta manera podemos interpretar de una forma más sencilla sus preocupaciones, problemas y/o trastornos. Además, se tiene que facilitar su convivencia e intentar introducirlo en su nuevo contexto cultural.

Aunque también se debe tener en cuenta que la integración de las personas inmigrantes no se logra únicamente, asegurando una serie de servicios o recursos mínimos que cubran las necesidades, es necesario conseguir el reconocimiento de sus derechos, la asunción de sus deberes y la inclusión de estas personas en la comunidad receptora en todo su proceso de asentamiento. Los trabajadores sociales se debe seguir el proceso de integración desde sus comienzos realizando funciones de información, asesoramiento y orientación.

Sobre las migraciones, los inmigrantes y el Síndrome de Ulises, en concreto, se han realizado algunos estudios que han ayudado en esta línea y que se analizarán de forma breve a continuación.

En primer lugar, se debe hacer referencia al pionero de dicha temática, Joseba Achotegui, autor que acuñó el término «Síndrome de Ulises». Dicho autor estudió e investigó de una manera exhaustiva las migraciones de las personas, además de los cambios y dificultades sufridas.

Un estudio de importante relevancia realizado por Achotegui es el «*Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1110 inmigrantes atendidos en el SAPPiR⁴ en Barcelona*». Dicho artículo expone los resultados de un estudio en el que se reflejan que las personas que sufren el Síndrome de Ulises son principalmente usuarios latinoamericanos o subsaharianos.

Otro documento muy importante es la tesis doctoral de Mónica Arboleda sobre «*La incidencia del Síndrome de Ulises en Andalucía*» donde concluye que las variables sociodemográficas son un punto clave en el proceso migratorio y el posterior duelo.

Cabe destacar el estudio realizado por C.M Salvador, C. Pozo y E. Alonso sobre «*Las estrategias comportamentales de aculturación y síndrome de Ulises de los inmigrantes Latinoamericanos*» donde expone lo importante que es la aculturación durante un proceso migratorio.

Por último, resaltar algunas de las publicaciones del predecesor del «Síndrome de Ulises», Joseba Achotegui, donde se corrobora su profundo estudio e investigación sobre el colectivo inmigrante y el síndrome:

- La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ediciones Mayo Barcelona 2002. En este libro se expone por primera vez el Síndrome de Ulises.
- Ansiedad y depresión en los inmigrantes (Comp) Ediciones Mayo. Barcelona. 2003.
- Exclusión social y salud mental (Comp) Ediciones Mayo. Barcelona 2008.

⁴ Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados

- “La emigración en el siglo XXI. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. 2005. Volumen V, Nº 21. pág. 39-53
- Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). En *Vertex*. Revista Argentina de Psiquiatría. Nº 60. Volumen XVI. Pág. 105-113. Abril 2005
- Estrés límite y salud mental: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Migraciones. 2006. Número 19, pago 59-85. Editado por el Instituto de estudio de las migraciones, Universidad de Comillas-Madrid)
- Escala de Evaluación del estrés y el duelo migratorio como factor de riesgo en salud mental (Escala Ulises). Presentación el Congreso de la Sección de Psiquiatría transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría Kamakura. Japón, 11-14 abril 2007

4.1. ABORDAJE DEL SÍNDROME DE ULISES

El Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple conocido comúnmente como «Síndrome de Ulises», es un conjunto de síntomas derivados como estresores graves asociados a la emigración. Está vinculado de forma directa con las múltiples experiencias migratorias de duelo a las que se enfrentan estas personas, así como las dificultades que deben ir superando a lo largo de todo el proceso para adaptarse al nuevo contexto.

Uno de los factores que más contribuyen e influyen su aparición es la falta de recursos económicos a la que se enfrentan un alto porcentaje de personas en situación de emigración.

La nomenclatura habitual de este síndrome hace referencia a Odiseo, héroe de la mitología griega que fue como «Ulises» en el mundo romano. Ulises era un semidiós que a duras penas sobrevivió a los terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, sin embargo, la sociedad actual tan sólo son personas de carne y hueso que viven episodios tan dramáticos o más que los descritos en la Odisea. Según se narra en la *Ilíada* y la *Odisea*, los dos textos épicos de la Antigua Grecia, tras participar en la Guerra de Troya, Ulises navegó durante 10 años superando grandes adversidades y pasando por múltiples y peligrosas dificultades antes de llegar a casa.

El término fue creado y se fue haciendo más popular en la década de 1990 por Joseba Achotegui, fundador y director de «SAPPiR»⁵ del Hospital *Sant Pere Claver* de Barcelona.

Joseba Achotegui, es psiquiatra y profesor titular de la Universidad de Barcelona, y trabaja en el ámbito de la salud mental y la migración desde los años 80. Describe el «Síndrome de Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple» o «Síndrome de Ulises» en 2002.

Achotegui designa este término como «un trastorno caracterizado por la relación que existe entre los distintos estresores derivados de la migración y aculturación, y una constelación de síntomas». (Achotegui Loizate, 2006)

En 2010, tras el Congreso «Migración, Salud Mental y Transculturalidad en el siglo XXI» organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría, se fundó la RED ATENEA, que corresponde a un espacio de intercambio de opiniones y experiencias de ayuda, de investigaciones y de iniciativas que tienen como fin último mejorar la protección de la salud mental de las personas inmigrantes

⁵ Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados

4.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SÍNDROME DE ULISES

Los migrantes viven una realidad muy particular en la que sus problemas no se asemejan a los problemas de otras personas, que, por sus circunstancias y condiciones más favorables de vida, no han tenido que salir de su país de origen. (Achotegui, 2009)

Tal y cómo expresa el Dr. Joseba Achotegui, cuando las condiciones de vida son tan difíciles que no existe la posibilidad de superarlas y la persona entra en una situación de crisis constante, hacemos referencia al Síndrome de Ulises.

Es importante tener presente que el Síndrome de Ulises no es una enfermedad, ya que se ubica en el ámbito de la salud mental, en el límite entre los problemas de salud mental y las enfermedades de salud mental. Dicho argumento, se refleja en un artículo de Joseba Achotegui (2006) donde el doctor el «Síndrome de Ulises» en el nivel 3 dentro de los niveles de salud mental, entre los problemas de salud mental como el estrés, el nerviosismo y la tristeza (nivel 2) y los trastornos o enfermedades mentales como la ansiedad, depresión o estrés postraumático (nivel 4).

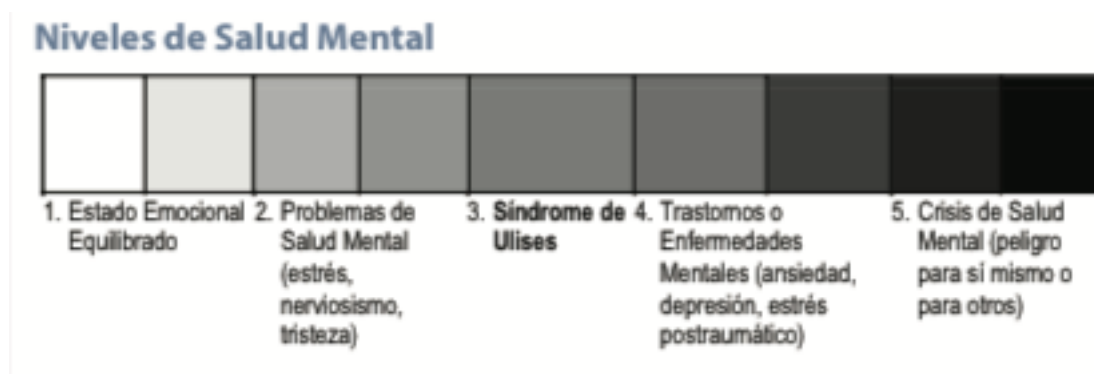


Ilustración 5. Niveles de Salud Mental. Joseba Achotegui (2008)

Ahora bien, emigrar se está convirtiendo cada vez más en un proceso que conlleva tal nivel e intensidad de estrés que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. El conjunto de síntomas derivados que conforman este Síndrome constituye un grave problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes.

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida, viene de la mano de una serie de ventajas, así como de inconvenientes. Existe un «lado oscuro» al que se le conoce como duelo migratorio, duelo complejo y difícil, sobre todo si las circunstancias personales o sociales del inmigrante son problemáticas hasta el punto de desestructuración de su propia identidad como persona.

El concepto de migración ha cambiado, y las migraciones se están convirtiendo en procesos muy duros y peligrosos, que ponen en riesgo la vida de los individuos. Se considera que la migración es un factor de riesgo cuando se dan las siguientes situaciones:

- Si existe vulnerabilidad, es decir, el inmigrante no está sano o muestra algún tipo de discapacidad.
- Si el nivel de estresores es muy elevado: el medio de acogida es hostil
- Si se dan ambas condiciones (Páez Alcarria, 2015)

A continuación, se definirán dos términos claves que ayudarán a contextualizar todos aquellos estresores que afectan en la vida diaria de una persona inmigrante.

Se entiende por estrés «*un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas y las capacidades de respuesta del sujeto*» y por duelo «*el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto*» (Achotegui, 2009).

Existen tres tipos de duelo: por un lado, se encuentra el duelo siempre que se identifica con buenas condiciones migratorias, en segundo lugar, el duelo complicado donde se dan altas dificultades para la elaboración del propio duelo, por ejemplo, cuando algún individuo emigra dejando la familia en el país de origen pero existe la posibilidad de reagruparse. En último lugar se encuentra el duelo extremo, dado cuando el individuo no tiene ninguna capacidad de superar y adaptarse al duelo, y en este ámbito es donde se ubicaría el «Síndrome de Ulises»

El estrés y el duelo migratorio se diferencian de otros duelos por las siguientes características (Achotegui, 2006):

- Es un duelo parcial, ya que el país de origen no desaparece y existe la posibilidad de contactar con él vía Internet o teléfono.
- Es un duelo recurrente que provoca un ir y venir emocional al país de origen, reavivando vínculos que pueden entorpecer la elaboración de la separación.
- Es un duelo vinculado a aspectos infantiles arraigados, condicionando todo lo vivido en la infancia.
- Es un duelo múltiple, todo lo de alrededor de la persona cambia.
- Es un duelo que afecta a la identidad, ya que existe un gran cambio en la personalidad del inmigrante.
- Es un duelo que conlleva una regresión psicológica, debido a que todos esos cambios generados, provocan a su vez actitudes de inseguridad que derivan en multitud de conducta.
- Es un duelo que se manifiesta en etapas, relacionadas con la elaboración psicológica del proceso del duelo.
- Es un duelo cuya elaboración utiliza defensas psicológicas.
- Es un duelo con sentimientos de ambivalencia hacia el país de origen y el de acogida, ya que las emociones de amor y rabia se combinan con los vínculos originarios y el proceso de adaptación al nuevo país.
- Es un duelo que afecta a los autóctonos y a los que se quedan en el país de origen. El ser humano es un ser social por naturaleza, de modo que todos sus cambios influyen en su red social, en la familia y en la pareja.
- El segundo duelo migratorio, en el que el regreso del inmigrante a su país se vive como una nueva migración.
- Es un duelo migratorio transgeneracional, ya que continúa en generaciones posteriores.

Existen los llamados siete duelos clásicos de la migración:

- Familia y amigos: vinculado a la separación de la familia y amigos, la pérdida de la red familiar y de los vínculos infantiles.
- Lengua: la pérdida de contacto con la lengua materna para el uso cotidiano hace difícil la expresión de los aspectos íntimos. Es un esfuerzo mayor tener que aprender y adaptarse a la nueva lengua del país de acogida importante para poder comunicarse y relacionarse con lo demás.
- Cultura: pérdidas de valores, hábitos, costumbres, religión y formas de vida propios de esa cultura nueva.
- Tierra: la pérdida del paisaje, olores, luz. Conllevan desubicación para el inmigrante.
- Estatus social: pérdida del nivel social situando al inmigrante en el último eslabón social, sobre el que dependen sus papeles, trabajo, vivienda...
- Contacto con el grupo étnico: conlleva la pérdida del grupo de referencia donde nos identifican y reconocen, lo que genera inseguridades y temores.
- Riesgos para la integración física: los viajes peligrosos, la indefensión, y el riesgo de expulsión suponen la pérdida de la seguridad. (Achotegui, 2009)

4.3. DELIMITACIÓN DE LOS ESTRESORES Y DUELOS DE LOS INMIGRANTES EN SITUACIÓN EXTREMA

Los estresores que definen el «Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple» y las dificultades que más afectan psicológicamente a los migrantes son:

La soledad por la separación con los seres queridos, el fracaso por el proyecto migratorio, falta de oportunidades a la llegada al país receptor, la lucha por la supervivencia que se basa en dos grandes áreas (alimentación y vivienda), miedo y terror por los peligrosos viajes migratorios que viven las personas migrantes (viajes en pateras, coacciones de mafias, abusos.)

Esta combinación de soledad, fracaso en los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror por la incertidumbre continua son la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, el Síndrome de Ulises. (Achotegui, 2009)

4.4. FACTORES QUE POTENCIAN EL SÍNDROME DE ULISES

Los factores que potencian el «Síndrome de Ulises» son siete. En primer lugar, tenemos la combinación de varios factores, ya que dicha multiplicidad hace que las personas se sientan sobrecargadas emocionalmente. Otro punto importante, es la cronicidad, ya que las personas que padecen dicho síndrome lo sufren durante varios meses o incluso años. Por otro lado, se encuentra la intensidad emocional de los estresores y no menos importante la debilitación de las propias fuerzas a consecuencia de la sintomatología sufrida. Otros factores son la intensidad, la ausencia de control, la deficiencia sanitaria y los estresores clásicos en relación a los siete duelos.

4.5. SINTOMATOLOGÍA

El duelo y los estresores responden a la pérdida del mundo de referencia propio del inmigrante y de la propia identificación. Como es evidente, la vivencia tan prolongada de situaciones de estrés tan intensas afecta a la personalidad de la persona y a su homeostasis, al sistema hormonal y muscular, todo ello conlleva una multitud de síntomas diferenciados en áreas.

1. Síntomas del área depresiva: tristeza, que expresa el sentimiento de fracaso, indefensión, el llanto, debido

a la dificultad ante las situaciones límite, y la culpa, por haber abandonado a sus familiares. La culpa se manifiesta en la rabia, en una defensa ante lo que pueda venir.

2. Síntomas del área de la ansiedad: relacionado con la lucha por conseguir los objetivos propuestos y la tolerancia a la frustración; la tensión, nerviosismo en cuanto a las decisiones tomadas, las constantes preocupaciones...
3. Síntomas del área de la somatización: lo mental y lo físico se expresan de forma combinada. Debido a la tensión acumulada se producen somatizaciones, especialmente la cefalea, la fatiga, cansancio, pérdida del apetito, los dolores de estómago y molestias osteomusculares como respuestas a esas situaciones de estrés vividas.
4. Síntomas del área confusional: fallos de memoria, en la atención, desorientación. Causando muchas veces mentiras en las relaciones familiares para que los suyos no sufran ni se preocupen.
5. Interpretación cultural de la sintomatología: Las pérdidas socioculturales que conlleva la migración se condensan en conflictos personales ante el nuevo país y el otro, y la pertenencia a dos culturas forma parte de un proceso de aprendizaje de vida.

Tal y como señala Achotegui (2009) en su Artículo sobre el Síndrome de Ulises, y desde la perspectiva de la evolución del cuadro clínico del Síndrome podemos destacar que estos pacientes muestran una variabilidad temporal en sus síntomas, es decir, existen temporadas en las que están mejor, pero luego puede ocurrir que recaigan, dependiendo del contexto cambiante en el que se encuentran.

5. CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO, NORMATIVO

La inmigración es un fenómeno que aporta gran relevancia a la demografía de nuestro país. Nuestro país ha pasado de ser un país de emigración a convertirse en un país receptor de inmigración.

En España en 2003, según el Ministerio del Interior, databan 1.448.671 extranjeros con permiso de residencia.

Se describirá de manera breve y argumentada la secuencia histórica que han seguido las migraciones, especialmente la inmigración extranjera en España a lo largo de los años.

En la época que va hasta 1950, España era un país meramente agrario en el que los españoles emigraban hacia países de América, y tras la I Guerra Mundial hacia diferentes países europeos. En ese momento, nuestro país contaba con 56.000 inmigrantes, es decir, emigraban muchos españoles y venían menos extranjeros.

Entre 1950 y 1975 existe un elevado crecimiento económico, dándose un notorio cambio de los empleos, pasando de predominar el sector agrario a aumentar el sector industrial. Fue en este momento cuando casi 5 millones de personas emigraron desde zonas rurales hacia zonas urbanas en busca de una mejor calidad de vida y calidad laboral. Fue en 1975 cuando aumentó la inmigración procedente de Portugal, Reino Unido, Alemania y Francia. La mayoría de los inmigrantes llegaban a nuestro país por razones políticas, la mayoría huyendo de dictaduras latinoamericanas.

A partir de 1975 con el final del régimen franquista, España se encontraba en condiciones especiales ya que se dio un refuerzo en los sectores públicos y a nivel social. A pesar de esto, la recesión internacional afectó de manera creciente a la economía española y a la sociedad. Dicho periodo se caracterizó por un estancamiento de población y un descenso en la natalidad, paralizando la emigración masiva existente. Esta época está caracterizada también por la reestructuración del mercado de trabajo de España que ha ido aumentando con los años, lo que produjo una “atracción” del resto del globo terráqueo (Cachón Rodríguez, 2001)

Concretando un poco más, se pasará a hablar de la Comunidad Autónoma de Aragón donde residen 133.237 extranjeros (IAEST, 2017) lo que supone un 10,10% de nuestra población. En Zaragoza concretamente y centrando nuestro objeto de estudio se puede decir que es una Comunidad Autónoma con una gran centralidad que permite el paso de población.

La ciudad de Zaragoza se configuró como un gran «islote industrial» (Carmen Gallego, 2001) por lo que se convirtió en la ciudad que recibía mayor cantidad de población debido a su situación geográfica. En Zaragoza la llegada de inmigrantes se ve predominante entre el colectivo masculino frente al femenino, aunque en las últimas décadas dicha tendencia se está invirtiendo, también cabe añadir que la población inmigrante es predominantemente de edades tempranas entre 20 y 39 años.

Por otro lado, en cuanto al contexto normativo en relación con el ámbito de inmigración, podemos encontrar distintas referencias legales que marcan las normas y leyes que rigen la forma de actuación hacia este colectivo.

En primer lugar, destacamos la **Constitución Española de 1978**, el artículo 149 en el que se establece que «El Estado tiene competencia exclusiva sobre las materias relativas a Nacionalidad, Inmigración,

emigración, extranjería, y derecho de asilo», haciendo referencia éste a la responsabilidad que tiene el Estado respecto a la situación del colectivo inmigrante.

El **Régimen general de Extranjería**, en el que se encuentra destacada, la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, se encuentra el Artículo 2 bis, referente a la Política migratoria.

Tal y como se establece en dicho régimen, «Todas las Administraciones Públicas basarán el ejercicio de sus competencias vinculadas con la inmigración» respetando así el principio de integración social de los inmigrantes, a través de políticas transversales dirigidas a toda la ciudadanía. En el Artículo 2 Tercero, relativo a la integración de los inmigrantes, se expresa que «Las Administraciones Públicas incorporarán el objetivo de la integración entre inmigrantes y sociedad receptora, con carácter transversal a todas las políticas y servicios públicos, promoviendo la participación económica, social, cultural y política de las personas inmigrantes, en los términos previstos en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en las demás leyes, en condiciones de igualdad de trato».

De acuerdo con los criterios y prioridades del **Plan Estratégico de Inmigración**, el Gobierno y las Comunidades Autónomas, acordarán en la Conferencia Sectorial de Inmigración programas de acción bienales para reforzar y mantener la integración social de los inmigrantes. Tales programas serán financiados con cargo a un fondo estatal para la integración de los inmigrantes, que se dotará anualmente, y que podrá incluir fórmulas de cofinanciación por parte de las Administraciones receptoras de las partidas del fondo.

En el Artículo 12 del Régimen general de Extranjería, relativo al Derecho a la asistencia sanitaria, se establece que «Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria», respetando así, un derecho básico y fundamental de todos los individuos.

En el Artículo 69, relativo al Apoyo del movimiento asociativo de los inmigrantes, se expresa la responsabilidad de los poderes públicos para impulsar el fortalecimiento del movimiento asociativo entre el colectivo inmigrante, apoyando a los sindicatos, organizaciones empresariales y otras organizaciones no gubernamentales que, sin ánimo de lucro, favorezcan la integración social y faciliten ayuda económica, tanto a través de los programas generales como en relación con sus actividades específicas.

Cabe destacar también, el **Foro para la Integración Social de los inmigrantes**, expresado en el Artículo 70 y correspondiente al órgano de consulta, información y asesoramiento en materia de integración de los inmigrantes. Está constituido de forma tripartita y equilibrada por representantes de las Administraciones Públicas, de las Asociaciones de Inmigrantes y de otras organizaciones con interés e implantación en el ámbito migratorio, incluyendo también a las organizaciones sindicales y empresariales más representativas.

Se compone de estos cuatro aspectos apartados claves:

- Régimen de ciudadanos de la Unión Europea
- Régimen de movilidad internacional
- Régimen de Asilo
- Instrucciones de la Secretaría General de Inmigración y Emigración

A continuación, se contextualizará la salud mental desde una perspectiva social, realizando una breve síntesis sobre cuál ha sido la evolución.

Todo comienza en la literatura sagrada, dónde tuvieron lugar los primeros informes realizados en occidente sobre los múltiples problemas de salud mental. En la prehistoria, las culturas más complejas atribuían el término de locura a los castigos de los dioses, dónde el diagnóstico era impuesto por los Chamanes, y la cura correspondía a diversas pócimas o brebajes fabricados por ellos mismos. Durante la edad media las formas de cuidado se centraron en el aislamiento del individuo.

A partir del siglo XVII se impuso en la sociedad una visión manicomial del trastorno mental, tratándolos cómo alguien diferente, y dejándolos aislados del resto de los individuos. La asistencia a los enfermos mentales en el mundo occidental comenzó a cambiar cuando en el siglo de la Ilustración, siglo XVIII y comienzos del XIX, *Philippe Pinel* dio a conocer e impulsó el llamado Tratamiento Moral. Estos cambios se habían ido introduciendo en sociedad española ya desde el siglo XV, concretamente en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de la ciudad de Zaragoza.

A pesar de todo, para aquel entonces, las condiciones de atención e intervención social en España desde finales del siglo XVIII eran muy pobres y escasas, por lo que se podía observar un claro retraso en la asistencia y tratamiento de las personas con algún tipo de enfermedad mental.

El gran avance se produjo a través de la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, cuando los propios servicios de asistencia al enfermo mental se integran en el sistema sanitario general, rompiendo con la marginación que había sufrido este colectivo durante muchos años.

En la actualidad, entendemos por problema psiquiátrico, todos aquellos grados de deterioro de tipo psicológico (emocional, cognitivo o comportamental) que precisan de una atención especializada por parte de un profesional del ámbito de la salud mental, tanto si la persona que lo padece es consciente de esa necesidad y pide ayuda de forma voluntaria, como si es el entorno de esa persona la que solicita la ayuda profesional.

Esa atención es de tipo integral, ya que no sólo se encarga de prestar cuidados al que ya padece una enfermedad de tipo mental, sino que también acompaña en los procesos de prevención, promoción de la salud y rehabilitación de las posibles discapacidades que se puedan originar a lo largo de la vida del individuo. Además de esto, es considerada como una atención global en la que se combinan múltiples recursos sanitarios, educativos, sociales, laborales y judiciales, y en comunidad, ya que lo que se pretende es no separar al enfermo mental de su entorno propio, salvo en situaciones excepcionales.

En definitiva, se trata de una red asistencial compuesta por diversos niveles de atención especializados y adecuados a cada situación concreta, combinados con una serie de dispositivos puestos a disposición del individuo como objeto principal de la intervención, de forma que en el momento en el que sea necesario, el paciente sea atendido y acompañado a lo largo de toda la evolución de su enfermedad mental. (Servicios Aragonés de Salud, 2003)

Profundizando más en el «Síndrome de Ulises», la OMS (Organización Mundial de la Salud) expresa que «*la salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*», sino «*un estado de completo bienestar físico, mental y social*».

Referente a esto, y a pesar de que «El Síndrome de Ulises» no se identifica con una enfermedad mental ni con un tipo de trastorno, es importante conocer bien en qué consiste la enfermedad de salud mental.

Centrándonos en la normativa referente a la salud mental, encontramos que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desde 2006, establece un marco de referencia relativo a inmigración, en el que se expresa lo siguiente:

A Nivel Estatal en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, se destaca el Artículo 20, «*Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general*».

En Aragón, según la *ORDEN de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo*, se regula a través del Sistema de Salud de Aragón, el funcionamiento de la Comisión para los Ingresos y el seguimiento de los pacientes pertenecientes a los centros sanitarios de rehabilitación de salud mental y de las comunidades terapéuticas de deshabitación.

En el Artículo 3 de la *LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón*, se establece también que «Todas las personas tendrán garantizada la atención en situación de urgencia y emergencia», lo cual nos expresa que en cualquier situación de urgencia o extrema necesidad de una persona inmigrante, éste tiene pleno derecho a ser atendido en materia de salud por las instituciones sanitarias aragonesas, cubriendo así las necesidades demandadas.

Algunas publicaciones relativas a éste ámbito, y que siguen la misma línea de actuación, involucrándose también con la inclusión, el respeto y la integración de las personas inmigrantes en nuestra sociedad son:

«*La Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón. Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, 2003*» dónde resaltamos frases como:

«*Diariamente nos encontramos con desajustes en el patrón del sueño, que llevan a nuestros pacientes a un consumo, excesivo a veces, de hipnóticos, o a una vivencia angustiada y desequilibrante de sus problemas de sueño y descanso*».

«*Las relaciones tanto en el núcleo familiar como en el de pertenencia, se afectan notablemente. Las familias se constituyen en el principal cuidador y necesitan intervenciones de los profesionales tanto en los aspectos relativos al aumento de conocimientos sobre la enfermedad como estrategias para aumentar la capacidad de contención. Aparecen sensaciones de soledad, dificultades de establecer y mantener relaciones, participar en colectivos sociales, asistir a programas formativos, mantener o buscar empleo, manejo del dinero*»

6. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

«El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El Trabajador Social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida» (Dr. Richard C. Cabot. 1915)

Según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias:

1. La intervención cotidiana de los trabajadores sociales sanitarios se ajusta a unos criterios profesionales que vienen avalados por la existencia de una titulación específica, en los propios términos que marca el Art. 36 de la Constitución.
2. Los trabajadores sociales sanitarios se agrupan en la correspondiente organización colegial, creada por la Ley estatal, que permite asegurar el control profesional adecuado a los términos de la normativa estatal. (*Generalitat Conselleria de Sanitat*, 2012)

La disciplina de Trabajo Social ha estado influenciada desde sus inicios por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica. En la década de los 70 existía una gran escasez de recursos sociales a nivel globalizado, provocando así un nivel muy bajo de beneficencia y asistencia social.

Durante éstos años, la figura del Asistente Social mostraba cierta discordancia tanto en el ámbito sanitario como en el psiquiátrico, pero poco a poco fue transformándose haciendo que los/las trabajadoras sociales adquirieran hábitos de aprendizaje más completos, para saber identificar objetivamente los problemas, y poder así proponer actuaciones enmarcadas dentro de una línea de intervención terapéutica.

Más adelante, en la década de los 80, se produce un gran avance, así como un cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser un sujeto reconocido y valorado con derechos y obligaciones de intervención psicológica y social.

En la década de los 90, se da una gran demanda de necesidades por parte de los enfermos mentales, desbordando los ámbitos de intervención sanitaria, psiquiátrica. Dichas necesidades se relacionan con la dificultad para el funcionamiento psicosocial autónomo de los individuos, debido a una variabilidad de factores como la pobreza, la falta de empleo, el aislamiento social, la discriminación...

Desde la perspectiva de trabajo social hay que hacer frente a todos estos aspectos que dificultan la vida de los enfermos mentales, por ello es necesario realizar una intervención integral en la que no sólo se atienda su problemática psiquiátrica si no también las desventajas que se producen en el individuo referentes a las dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación y la integración social, fomentando la inclusión normalizada en la comunidad. Esta integración social y atención sanitaria, se lleva a cabo desde los diferentes centros especializados en problemas de Salud Mental, distribuidos por el territorio (Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles, Hospitales de Día...).

A nivel normativo, en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, se especifican mediante el *Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre de 2006*, las prestaciones enmarcadas dentro de la Atención Especializada, argumentadas de la siguiente manera (Eva Garcés, 2010):

- Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y la hospitalización.

- La atención a la salud mental incluye las actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios, y el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, incluyendo el tratamiento ambulatorio, la rehabilitación las intervenciones individuales y familiares.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastorno de conducta y alimentaria comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene de forma coordinada con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...) con el fin último de promover y fomentar la integración de las diferentes disciplinas dentro del ámbito de la salud mental para conseguir así una intervención integral.

Relativo a los Servicios de Salud Mental se trabaja desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, utilizando una metodología que combina aspectos psicoterapéuticos, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Por lo que hablamos de un Trabajo Social que va íntimamente ligado a la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, y que proporciona una guía fundamental para la intervención clínica.

Las funciones más específicas del Trabajador Social dentro de éste ámbito, las podemos sintetizar en lo siguiente:

La atención directa, prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de padecer problemas de índole social, en relación con un problema de salud. Cuyo objetivo principal se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia, mediante tales como la detección de situaciones de riesgo, valoraciones socio familiares, diagnósticos sociales, planificación de la intervención, entrevistas, información y orientación, seguimiento o evaluación entre otras.

Tras todo ello, tal y cómo argumenta Eva Garcés (2010) las claves principales para el desarrollo del Trabajo Social en Salud Mental son la especialización, la formación continuada y la definición de un Perfil Profesional.

Para concluir con dicho apartado se considera necesario nombrar la importancia que posee el trabajo social comunitario como motor de cambio en la sociedad. El trabajo social comunitario es un proceso llevado a cabo para fomentar y fortalecer el bienestar social de todos los individuos, en este caso, el colectivo inmigrante. Esto se consigue a través de factores como la utilización, potenciación o creación de recursos partiendo de la base de que el principal recurso para dicho logro es la propia comunidad, y por lo tanto debe ser tenida en cuenta en cualquier intervención que se realice.

Para llevar a cabo una correcta intervención social comunitaria es primordial la creación de un actor de cambio: la comunidad misma, entendida esta como un conjunto de personas que comparten unos intereses,

un conocimiento, una capacidad para llegar a acuerdos, para compartir estrategias y para evaluar su progresión en la sociedad.

7. RECURSOS SOCIALES

Relativo al ámbito de la salud mental, existen una gran variedad de recursos sociales, prestaciones y servicios. Concretamente desde el Servicio Aragonés de Salud, se nos ofrece una amplia cartera de servicios de atención y asistencia para paliar aquellos problemas derivados de la salud mental que pueden aparecer en los individuos tras una situación traumática a lo largo de la vida.

A continuación, se señala la Cartera de Servicios clasificados según su tipología.

- ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA: Centros de Salud Mental
- ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN BREVE: Hospitales Generales
- ATENCIÓN EN HOSPITAL DE DÍA: Hospitales Generales
- PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: Consulta ambulatoria, Hospital de Día y Hospitalización.
- CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL O CENTROS DE DÍA: Rehabilitación y Reinserción
- UNIDADES REHABILITADORAS DE MEDIA ESTANCIA (UME)
- UNIDADES ESPECÍFICAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (ULE)
- RESIDENCIAS Y PISOS SUPERVISADOS, TUTELADOS, PLAZAS HOSTELERAS EN PENSIONES CONCERTADAS
- DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN SOCIOLABORAL: Centros Ocupacionales

OTRAS ENTIDADES DEDICADAS A LA ATENCIÓN SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

-ASAPME (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental)

-Fundación Rey Ardid

Por otro lado, y relativo al ámbito de la inmigración, contamos también con una amplia variabilidad de recursos y servicios destinados a la ayuda y la intervención social de las personas inmigrantes. Además, existen múltiples entidades dedicadas al colectivo inmigrante y a fomentar su integración social, institucional, educativa, cultural y laboral dentro de la comunidad de Zaragoza.

El IASS (Instituto de Servicios Sociales) ofrece varios servicios de atención, información y orientación para las personas extranjeras. Por ello cabe destacar en primer lugar, el Servicio de Consultas y Tramitación Jurídica para Inmigrantes en Aragón, y, además, el Servicio de Consultas Presenciales y/o telefónicas llevado a cabo desde La Casa de las Culturas de Zaragoza, para cualquier asunto relacionado con la población inmigrante.

La Comunidad Autónoma de Aragón, proporciona una guía práctica de recursos para inmigrantes de Zaragoza⁶, aportados desde el Ayuntamiento de Zaragoza, entre los cuales podemos destacar:

1. INFORMACIÓN Y TRÁMITES RELATIVOS A EXTRANJERIA:

- Oficina Única de Extranjería
- Comisaría de Policía
- Registro Civil
- Subdelegación del Gobierno de Aragón
- Delegación del Gobierno-Área de extranjeros
- Centro de Información Socio laboral e Inmigración
- Servicio al solicitante de asilo y al refugiado de la Cruz Roja
- Ministerio de Interior
- Servicio de Orientación y Atención Jurídica al Inmigrante (SAOJI)
- Servicio de Orientación y Atención Social al Inmigrante (SOASI)

2. ASESORAMIENTO JURÍDICO

- Centro de Información Socio laboral e Inmigración: Asistencia y orientación Jurídica al Inmigrante (SAOJI)
- Real Colegio de Abogados de Zaragoza
- UGT
- Centro de Información para Trabajadores Extranjero (CITE)
- SOS Racismo
- Cruz Roja
- Fundación Canfranc

3. EMPADRONAMIENTO: Cuando dispongas de un domicilio deberás presentarte en el Ayuntamiento de Zaragoza o en la Junta Municipal o Junta Vecinal de tu barrio y solicitar un formulario de alta individual o colectivo (para todos los miembros del hogar).

4. ¿CÓMO SOLICITAR LA TARJETA SANITARIA?

Deberás dirigirte al centro de salud correspondiente a tu domicilio, con:

1. Certificado de empadronamiento
2. Fotocopia y original del pasaporte o del documento de identidad(DNI)

⁶ <https://www.zaragoza.es/contenidos/educacionybibliotecas/enlaces.pdf>

3. Nº de afiliación a la Seguridad Social (se solicita en la Tesorería de la Seguridad Social que te corresponda según tu barrio)

Te expedirán la tarjeta sanitaria individual que te acreditará como usuaria del Sistema Nacional de Salud. La tarjeta también te habilita para la prestación farmacéutica de la Seguridad Social (medicamentos).

Se te asignará un médico de cabecera.

5. SERVICIO DE COMIDAS

- Albergue Municipal- Comedor Social
- Comedor social de la Parroquia Nuestra Señora del Carmen
- Comedor social de la Hermandad del Santo Refugio
- Fundación ADRA Aragón

6. SERVICIO DE ASEO

- Albergue Municipal
- CAFA

7. SERVICIO DE ROPERO

- Albergue Municipal
- Cáritas

8. SERVICIO DE TRADUCCIÓN, INTERPRETACIÓN Y MEDIACIÓN

- Servicio de Traducción e Interpretación de la Casa de las Culturas
- SAMI. Servicio de apoyo a la mediación intercultural

9. CARNÉ DE CONDUCIR

- Jefatura Provincial y Local de Tráfico

10. ENVIO DE CARTAS Y/O DINERO

- Oficina de Correos y Telégrafos de tu barrio. La oficina principal está situada en el centro de Zaragoza.
- Locutorios habilitados o entidades bancarias (cajas y bancos)

11. ASESORAMIENTO:

- Oficina de Información de Vivienda en Aragón
- UGT. Bolsa de vivienda para inmigrantes
- Registro de vivienda protegida de Aragón, cuyos requisitos son:
 - Ser mayor de edad (18 años) o menos emancipado legalmente
 - Tener necesidad de vivienda
 - Estar empadronado alguno de los miembros de la unidad de convivencia en Aragón.
 - Cumplir los límites de ingresos máximos y mínimos establecidos en cada caso.
- Fundación Federico Ozanam. Bolsa de vivienda

12. PROYECTOS DE VIVIENDAS PARA INMIGRANTES:

- Fundación El Tranvia
- Fundación San Ezequiel Moreno
- ACISJF (Asociación Católica de Servicios a la Juventud Femenina)

13. ALOJAMIENTOS GRATUITOS

- Albergue Municipal del Ayuntamiento de Zaragoza
- Hermandad del Santo Refugio
- AINKAREN
- Cáritas

14. ATENCIÓN A PERSONAS SIN DOCUMENTACIÓN

- Cruz Roja
- Médicos del Mundo
- CASSIM. Centro de atención socio sanitaria para inmigrantes

15. CENTROS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES (CMSS): ofrecen información, valoración, diagnóstico y orientación a la población en cuanto a los derechos, recursos e intervenciones sociales que les pueda corresponder. Además, proporcionan servicios de ayuda a domicilio, recursos de alojamientos, prestaciones económicas y de emergencia social.

16. ENTIDADES QUE IMPARTEN CURSOS DE ESPAÑOL COMO LENGUA EXTRANJERA:

- Casa de las Culturas
- CODEF
- OSCUS
- Fundación El Tranvía
- Cruz Roja
- YMCA
- CEPAIM
- ADRA Aragón

17. ORIENTACIÓN LABORAL

- Oficinas del Instituto Aragonés de Empleo (INAEM)
- Instituto Aragonés de la Juventud
- Fundación San Ezequiel Moreno
- Federico Ozanam
- UGT

8. ANÁLISIS FORMULARIO ASOCIACIONES

A continuación, se analizarán de manera exhaustiva los formularios realizados por las 16 entidades colaboradoras, a través de las nueve preguntas propuestas en la plataforma *Google Formularios*.

- **¿Es una de las líneas de actuación de su organización trabajar con colectivo inmigrante dentro de la ciudad de Zaragoza?**

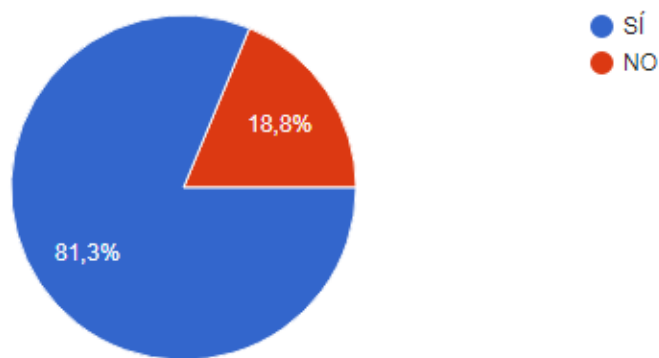


Gráfico 4. Entidades encuestadas que trabajan con el colectivo inmigrante. Fuente: Formularios Google

Tal y como se puede observar en la gráfica, de las 16 entidades que han colaborado en el estudio, a través del cuestionario on-line, existe un alto porcentaje (81,3%) que trabaja con colectivo inmigrante, y cuya principal línea de actuación es trabajar para mejorar la situación del colectivo inmigrante en la ciudad de Zaragoza, cubriendo así todas aquellas necesidades que demanden los usuarios.

El otro tanto por ciento restantes (18,8%) de las entidades colaboradoras, no tienen como principal línea de actuación, la intervención social en éste colectivo, a pesar de que en situaciones puntuales también atienden las demandas de la población inmigrante.

- **¿En qué rango de edad se encuentra el colectivo inmigrante con el que trabajan?**

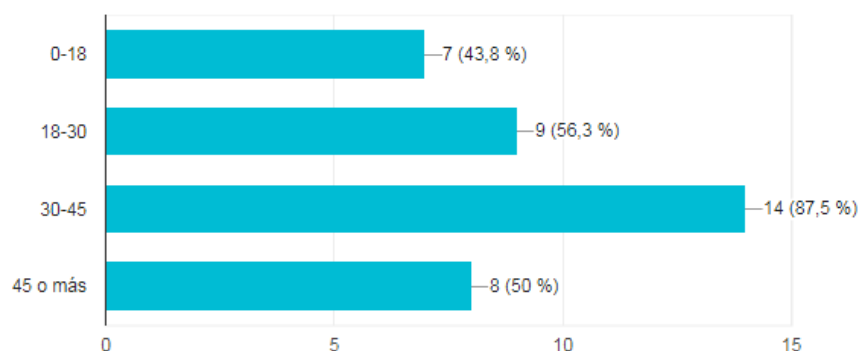


Gráfico 5. Rangos de edad. Fuente: Formularios Google

En el siguiente gráfico se puede observar cómo de las 16 entidades que han respondido al cuestionario y que colaboran en la mejora de la situación del colectivo inmigrante, 14 entidades, con edades comprendidas entre los 30-45 años, son las que más predominan. Este rango de edad quizás se identifica con la parte de la población inmigrante que más demanda necesidades y ayuda para la mejora de sus condiciones de vida y las de su familia.

Se puede identificar también con el colectivo que está en fase de búsqueda de empleo y que, por ello, acuden a cursos de formación y de aprendizaje del idioma en busca de un trabajo con unas condiciones salariales básicas y en general una evolución de su estabilidad social y familiar. Por otro lado, podemos observar también que de las 16, son 9 entidades cuyas edades están comprendidas entre los 18-30 años, las que muestran también un porcentaje alto, debido principalmente a que está relacionada con la fase educativa de los hijos, y muchas familias demandan apoyo educativo para una buena evolución de los hijos en el ámbito académico.

Sin embargo, de las entidades restantes, son sólo 8 las que atienden a inmigrantes de edades comprendidas entre los 0-18 y 7, las que atienden a dicha población con edades a partir de los 45 años, a pesar de que se puede ver que están igualadas, y aunque según el gráfico, demandan menos ayuda social o se interviene desde las entidades sociales de forma menos intensiva, también son demandantes de ayudas o recursos así como prestaciones sociales para mejorar su calidad de vida, ya que hasta los 18 años, aunque dependan todavía de sus familiares, son ellos mismos los que buscan alternativas para mejorar la situación de los hijos menores de edad, y sin embargo a partir de los 45 años, todavía se demanda la búsqueda de empleo, o en muchas ocasiones ayudas económicas para sobrellevar el día a día.

- **¿Cuál es el número aproximado de inmigrantes que acuden a la organización?**

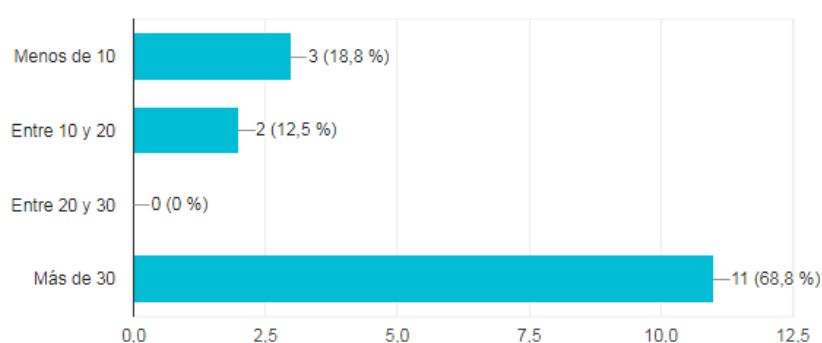


Gráfico 6. Total de usuarios de las diferentes entidades. Fuente: Formularios Google

En la siguiente gráfica se puede observar cómo el porcentaje más alto de inmigrantes que acuden a las entidades sociales en busca de ayuda, es de más de 30 personas, lo cual nos muestra que de las 16 entidades que han respondido al cuestionario, 11 reciben personas inmigrantes que demandan algún tipo de necesidad, y que existe un elevado grado de inmigrantes que requieren de ayudas o recursos de cualquier tipo, sociales, culturales, educativos, sanitarios, de vivienda... con el fin de mejorar sus condiciones de vida en el país

receptor. Sin embargo, en 3 de las entidades sólo acuden aproximadamente de media, unas 10 personas, y en los otros 2 restantes, sólo acuden cómo máximo unos 20 inmigrantes demandantes de necesidad.

- **Desde el punto de vista profesional, ¿Cual/cuáles son los problemas (psicológicos, emocionales, físicos, afectivos, culturales, sociales...) a los que se enfrenta el colectivo inmigrante a su llegada al país receptor?**

Tras analizar las 16 respuestas aportadas por las entidades colaboradoras en este cuestionario, se puede sacar en claro, que uno de los problemas que más afectan al colectivo inmigrante, es la falta de una red de apoyo familiar y social, la escasez de dinero y la dificultad para el idioma. Dichos factores provocan en la persona inmigrante una situación de crisis emocional, física, cultural, social y afectiva acompañada de un sentimiento de nostalgia y soledad en muchas ocasiones, que los acompaña durante su día a día. Además, otro de los problemas a los que se enfrentan y que les genera un sentimiento de preocupación constante es la falta de recursos económicos, ya que muchos de ellos vienen con muy poco o nada de dinero desde sus países de origen, y les cuesta mucho salir adelante en el país receptor, sobre todo a la hora de la alimentación.

La mayoría de las personas inmigrantes, sienten una gran incertidumbre de lo que va a pasar con ellos y con su familia en un futuro no muy lejano.

A través de las entrevistas realizadas de forma directa a las entidades colaboradoras con dicho colectivo, pudimos saber qué muchos de los usuarios que han abandonado su país por diversas circunstancias y que han tenido que integrarse en otro país muy distinto al suyo, están sujetos a un programa de protección internacional que tiene un límite de duración, por lo que a la mayoría de estos, saber que en algún momento esa protección se va a terminar, les preocupa bastante, y les genera cierta ansiedad y malestar general al pensar qué va a ser de ellos tras la finalización de esos programas de protección, de intervención y ayuda social aportados por las distintas entidades sociales que colaboran con ellos para la mejora de su situación.

Por otro lado, otro de los aspectos que se puede añadir es que, el hecho de enfrentarse sólo a una sociedad distinta a la tuya, con una cultura diferente, otro idioma, arrastrando cargas familiares o a veces problemas de salud, y partiendo de una situación de vulnerabilidad, provoca en los individuos un gran componente de estrés y coste emocional, unido a un sentimiento de nostalgia y soledad que muchas veces puede acarrear una depresión.

Aún es más, que muchos de los inmigrantes que llegan a otro país porque han tenido que salir del suyo por las circunstancias que sean, se enfrentan en diversas ocasiones a situaciones de rechazo y discriminación de las personas autóctonas (por sus costumbres, vestimenta, religión etc....) provocando en ellos un sentimiento de desconfianza y miedo a la población zaragozana.

Para concluir, es importante destacar también uno de los aspectos problemáticos que más sentimiento de angustia y desesperación provoca en el colectivo inmigrante, y que es a su vez es uno de los trámites más necesarios y obligatorios a la hora de trasladarse a vivir a otro país. Estamos hablando de la falta de regularización de su situación legal en el país, es decir, la falta de papeles, ya que sin ellos no puedes hacer prácticamente nada en el país receptor y te expones a que te lleven de vuelta a tu país de origen. Sin esta regularización de los papeles, no pueden acceder al mercado laboral, no pueden trabajar y por lo tanto no ingresan dineros en sus casas ni en sus familias, tampoco pueden tener una vivienda ni vivir en unas circunstancias medias de vida, aspecto que empeora la situación de la familia inmigrante en la adaptación a la sociedad y en la vida cotidiana.

- **¿Cuál es la principal demanda del colectivo inmigrante en su entidad?**

Tras analizar las 16 respuestas dadas por las entidades colaboradoras de nuestro proyecto de investigación, la ayuda o necesidad principal que demandan las personas inmigrantes que llegan a un país receptor es mayoritariamente aprender el idioma. Es por eso que muchos acuden a cursos de español, para así adaptarse e integrarse socialmente. La gran mayoría, realizan cursos de empleo para formarse y así poder buscar un trabajo para poder vivir el día a día y poder sacar adelante a su familia. Otro tanto, viene del país receptor ya con una formación cualificada, pero que, en muchas ocasiones por la falta de oportunidad, no se les reconocen los títulos obtenidos, o incluso los dejaron en el país de origen por las circunstancias en las que tuvieron que marcharse.

La gran mayoría de éstas situaciones, van unidas a la necesidad de búsqueda de ayuda en la tramitación de la residencia y de los papeles, así como en la demanda de recursos económicos y sanitarios, protección social, educación para los hijos, ayuda para los asuntos legales y civiles...

Según las entrevistas realizadas de forma directa a los participantes de nuestro estudio, podemos sacar en claro que, muchos de los inmigrantes que vienen solos pero que al tiempo, una vez que han conseguido mejorado su situación en el país receptor y ya tienen una adecuada estabilidad social, van a su país de origen a buscar a su familia, y se las traen al país receptor, produciendo una reagrupación familiar, en dónde la principal necesidad demandada es la educación de los hijos, la búsqueda de servicios como, refuerzo educativo, cursos del idioma, actividades de ocio y tiempo libre que les permitan desenvolverse en la nueva sociedad e integrarse. Para este colectivo, lo más importante es encontrar un trabajo para poder desarrollar su vida con mayor autonomía y dependencia, y poder sacar adelante a su familia, teniendo una estabilidad económica que les aporte un adecuado nivel de vida.

Sin embargo, otro de los aspectos que pudimos observar en las entrevistas y que también se reflejan en las respuestas dadas en el cuestionario, siendo de gran importancia para las personas inmigrantes que ha tenido que emigrar a otro país, es la necesidad de estar junto a sus seres queridos, y vivir en una sociedad libre de amenazas, de peligros, con unas condiciones dignas de vida, para que los hijos de estas familias se encuentren libres en sociedad, desarrollando poco a poco una vida futura normalizada.

- **¿Su organización posee un plan estratégico de actuación para trabajar con este colectivo (sensibilización, educación para el desarrollo...)? En caso afirmativo, exponga de forma breve**

Actualmente, existen multitud de entidades dedicadas a ayudar al colectivo inmigrante en un amplio abanico de ámbitos sociales, culturales, económicos, legales etc... cuyo principal objetivo es mejorar la situación de estas personas que por diversos motivos han tenido que abandonar su país de origen y se han visto perdidos en una nueva sociedad que desconocían por completo. Por todo esto, todas estas entidades colaboradas e involucradas con este colectivo diseñan diversos planes o mecanismos de actuación para la intervención social de dicho colectivo.

Tras analizar las 16 respuestas de las entidades participantes sobre cuál es el plan estratégico que siguen para mejorar su situación en la sociedad, encontramos que de entre toda la multitud de entidades dedicadas al colectivo inmigrante, cada una tiene como objetivo común, intervenir en aspectos básicos y concretos de la vida de una persona en sociedad, es decir, la mayoría de ellas, actúan sobre casos concretos que los propios inmigrantes demandan o que otra entidad les ha puesto en contacto para la ayuda de un caso puntual, que esté relacionado con el ámbito al que se dedica la entidad.

Todas las entidades coinciden en que el fin último que llevan a cabo, es mejorar la integración de los inmigrantes en la sociedad, acompañándolos en la variabilidad de trámites que puedan hacer desde las administraciones, o instituciones sociales, así como desde entidades sanitarias, educativas... Además de acompañándolos también en la búsqueda de empleo y vivienda, en la adaptación a la lengua del país receptor y la participación en las actividades de ocio y tiempo libre de la sociedad receptora.

Muchas de éstas organizaciones, llevan a cabo campañas de sensibilización sobre todo en los colegios, o en instituciones importantes, para conseguir de esta manera, difundir mensajes de realidad apoyando y sensibilizándose socialmente con el colectivo inmigrante con el objetivo de paliar el trato discriminatorio, el racismo, la exclusión social, o todas aquellas situaciones por las que pasan las personas inmigrantes y que les hace sentirse muchas veces en peligro, discriminadas o apartadas de la sociedad.

- **Desde su punto de vista, ¿Cuáles creen que deberían ser las actuaciones sociales prioritarias para mejorar la situación de los inmigrantes en Zaragoza**

Las 16 asociaciones que han respondido al formulario coinciden en varios puntos. En primer lugar, creen que una de las actuaciones sociales prioritaria para la mejora del colectivo inmigrante son la inserción laboral, la mejora de los procedimientos administrativos y el apoyo social.

Además, creen que deberían ser las diferentes asociaciones que trabajan con este colectivo las encargadas de crear un espacio de «*coworking*» para agilizar los trámites relativos a la acogida, temas legales y laborales, redes sociales, información y orientación, algo que ven escaso.

En concreto, tres de las asociaciones encuestadas coinciden en que la visibilidad del colectivo inmigrante en la sociedad es muy escasa, y añaden que es por este motivo por el que no logran una total inserción social.

La totalidad de las asociaciones expone que tanto los programas de integración como las políticas de inclusión son muy escasas y deficitarias, un punto clave para la adhesión a nuestra sociedad.

Un tema importante que añaden los encuestados es el ámbito económico ya que apelan que sin los permitentes trámites legales es inviable lograr una estabilidad económica para desarrollar su vida cotidiana en el país de origen, en este caso España.

El punto clave a destacar en esta respuesta, son los apoyos sociales, donde el 100% de los encuestados lo señalan como actividad prioritaria para la mejora de la situación de los inmigrantes en Zaragoza. Sin una red de apoyo es inviable poder responder a otras cuestiones más complejas, ya que consideran que son temas “secundarios”, y es más necesario conseguir que el usuario se sienta escuchado, aceptado, reconocido y así poder fomentar con ellos la participación social y la integración.

- **¿Crees que el colectivo inmigrante se encuentra en situación de vulnerabilidad? Justifica tu respuesta**

A excepción de dos encuestados, el resto concluye que el colectivo inmigrante se encuentra en situación de vulnerabilidad y los motivos son varios. Apelan a la falta de seguridad, el momento de incertidumbre en la llegada al país receptor, red de apoyo inexistente, racismo y xenofobia, falta o inexistencia de documentación, conflictos para la integración social y cultural, proceso migratorio complicado, problemas en

la adaptación, condiciones laborales precarias, indefensión permanente y estereotipos, prejuicios y desconfianza hacia dicho colectivo.

La principal causa de dicha vulnerabilidad, según los encuestados, es la falta de seguridad a la llegada a nuestro país, ya que los usuarios se encuentran en un momento de excesiva incertidumbre e inseguridad y no tienen un “guía” claro en el camino a seguir.

Apelan a que la sociedad de acogida no les facilita las ayudas necesarias para lograr mejorar su situación debido a que existe un gran desconocimiento e incultura sobre su situación y el porqué de su llegada a España.

Si considera que existe algún aspecto destacable dentro de dicha temática, expongo a continuación. Gracias

Algunos datos relevantes en dicha respuesta por parte de los encuestados son que las personas inmigrantes que vienen a nuestro país deberían ser informadas desde su país de las posibilidades reales que van a encontrar a su llegada al país receptor. Además, concluyen que es necesario el papel de los trabajadores para la integración de los inmigrantes, debido a que consideran que somos una pieza fundamental en el proceso migratorio. Añaden que es necesario abarcar la temática del «Síndrome de Ulises» desde la red de Servicios Sociales y sanitarios porque es un ámbito poco conocido y de creciente demanda.

Por último, cabe añadir que todos los encuestados destacan la falta de orientación que reciben los usuarios inmigrantes a la llegada a nuestro país, algo necesario.

9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ELABORACIÓN PROPIA

En la siguiente gráfica, se analizarán los datos obtenidos a través de la colaboración de los 100 usuarios participantes en el estudio.

Dicha gráfica, corresponde al ámbito del proceso migratorio, compuesto por 7 ítems.

- ÍTEM 1: Dificultad en el viaje al país receptor
- ÍTEM 2: Acogida en la llegada al país receptor
- ÍTEM 3: Servicios Ofertados a la Llegada al país receptor
- ÍTEM 4: Satisfacción del proceso migratorio
- ÍTEM 5: Arrepentimiento del proceso migratorio
- ÍTEM 6: Sensación de fracaso migratorio
- ÍTEM 7: Necesidad de atención sanitaria durante el proceso migratorio

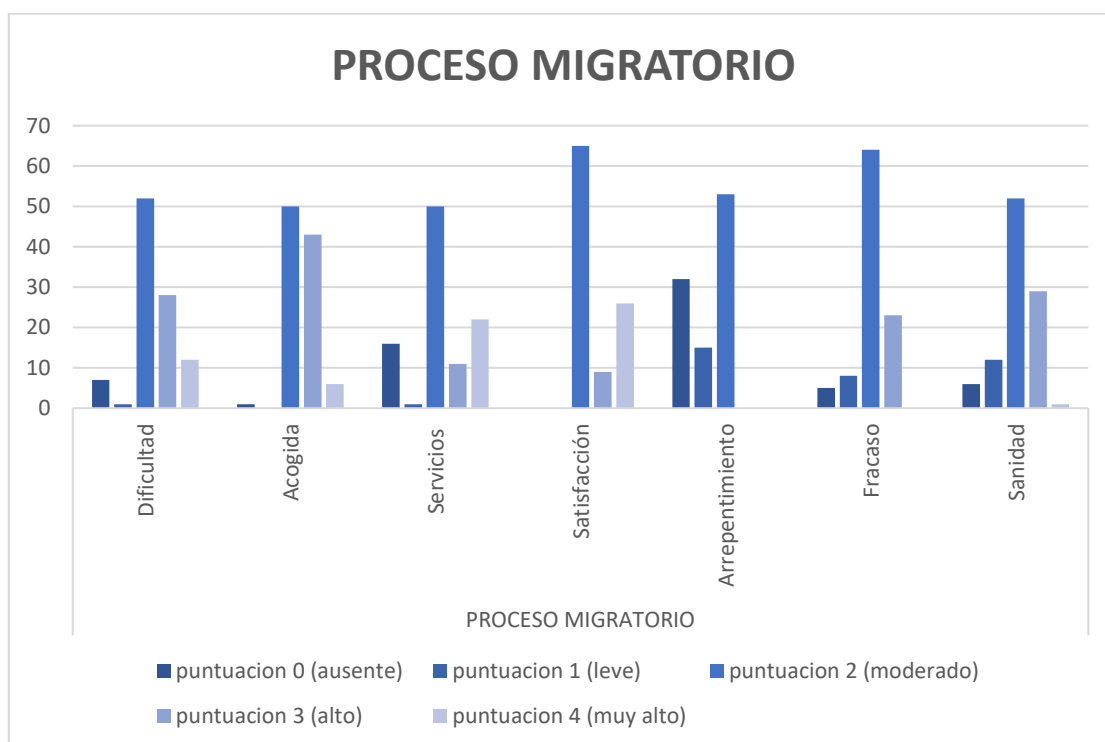


Gráfico 7. Proceso Migratorio Fuente: Elaboración Propia

Como se puede observar en el gráfico, la puntuación media de respuesta en el ámbito «proceso migratorio» es de 2, correspondiendo a un nivel moderado en cuanto al resultado del transcurso y la llegada al país receptor. Cabe destacar que a rasgos generales la población inmigrante muestra un alto grado de satisfacción con el proceso migratorio llevado a cabo desde su país de origen.

A partir de esta premisa, se pasará a analizar de forma individual cada ítem.

En el ÍTEM 1, se puede observar que el rango de respuestas que más predomina corresponde a la puntuación de 2, es decir, muestran dificultad moderada con respecto a la llegada al país receptor. Cabe destacar que sólo 10 de los usuarios entrevistados, han tenido una alta dificultad durante su proceso migratorio.

En el ÍTEM 2, se puede observar la buena acogida que han tenido los entrevistados tras su llegada al país receptor, debido a que las puntuaciones predominantes se encuentran entre 2 (moderado) y 3 (alto).

El ÍTEM 3, muestra cómo los servicios ofertados a la llegada no cumplen las expectativas de los entrevistados, sólo 20 de los entrevistados, coinciden en que los servicios son muy favorables (puntuación 4), en contraste a los 50 que consideran que no son del todo adecuados (puntuación 2).

En el ÍTEM 4, destaca la ausencia de insatisfacción en el proceso migratorio, debido a que la mayoría de las respuestas oscilan entre moderado (puntuación de 2), alto (puntuación de 3) y muy alto (puntuación de 4).

En el ÍTEM 5, relativo al sentimiento de arrepentimiento de los usuarios tras tener que emigrar a otro país, muestra cómo a modus general, la tendencia media es moderada (puntuación de 2). A este dato se le puede añadir, que 32 personas, no sienten ningún tipo de arrepentimiento por el proceso migratorio.

En el ÍTEM 6, se observa cómo la mayoría de los entrevistados, concretamente 62, poseen una sensación de fracaso moderada (puntuación 2). Cabe destacar que ninguno de los entrevistados señala un alto grado de fracaso.

El ÍTEM 7, muestra la necesidad sanitaria a la llegada al país receptor, destacando la escasez de individuos con alta demanda sanitaria, es decir, la mayoría de los entrevistados (52) muestran niveles moderados-altos de necesidad sanitaria.

Por último, cabe destacar que el ÍTEM más relevante dentro del ámbito del proceso migratorio y que corresponde al índice más alto de respuestas, es “Satisfacción del proceso migratorio, contando con un total de 100 respuestas.

La siguiente gráfica, corresponde al ámbito familiar, compuesto por 5 ítems.

- ÍTEM 8: Nivel de apoyo en el proceso migratorio
- ÍTEM 9: Acompañamiento
- ÍTEM 10: Nivel de contacto con los familiares del país de origen
- ÍTEM 11: Apoyo familiar en el país de acogida
- ÍTEM 12: Culpabilidad de separación de los miembros familiares

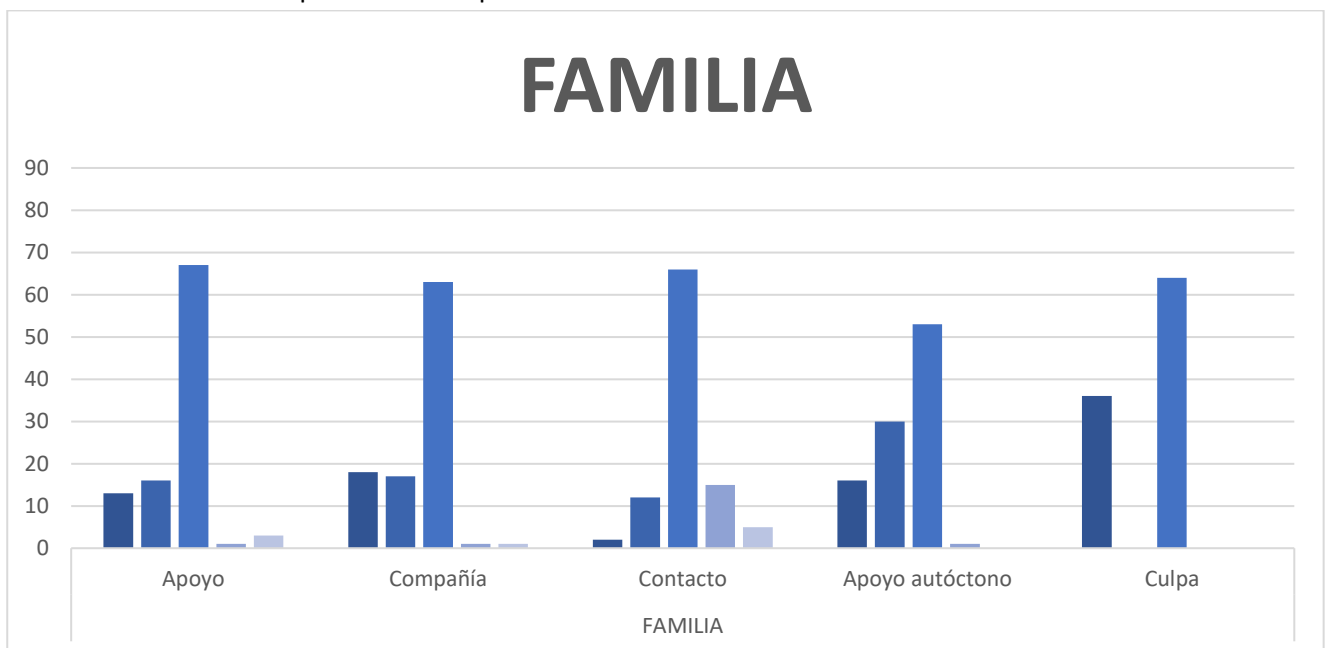


Gráfico 8. Ámbito familiar. Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico referente al ámbito familiar se observa como la media respuesta coincide con el promedio de la gráfica anterior, siendo de 2 el índice de respuesta media, lo cual quiere decir que predomina el nivel moderado de puntuación en los aspectos relativos al ámbito familiar.

A nivel individual, analizaremos los diferentes ítems de este ámbito:

El ÍTEM 8, refleja cómo los individuos entrevistados poseen un nivel de apoyo medio durante el proceso migratorio, proviniendo éste de su familia de origen. Otro dato significativo, es que sólo 3 de los usuarios entrevistados, poseen un alto nivel de apoyo familiar durante su proceso migratorio.

EL ÍTEM 9, muestra cómo la mayoría de los entrevistados, viajan acompañados al país receptor, junto con alguno de sus familiares o personas de su entorno cercano, dato que corresponde a 63 de los entrevistados, cuya respuesta es de puntuación 3, es decir, nivel moderado de acompañamiento.

El ÍTEM 10, refleja cómo tan sólo 2 de los 100 entrevistados, no poseen ningún tipo de contacto con sus familiares del país de origen. En cambio, 66 de los usuarios entrevistados, mantienen un contacto bastante frecuente.

En el ÍTEM 11, se observa que ninguno de los entrevistados posee apoyo familiar en el país receptor, de manera que 53 de los 100 entrevistados, muestra algún tipo de apoyo en el país receptor, siendo este miembro externo del núcleo familiar.

En el ÍTEM 12, referente al sentimiento de culpabilidad por la separación de los miembros familiares, cabe destacar que 64 de los entrevistados, siendo éste el índice de respuestas más alto, sienten un nivel moderado de culpabilidad por haber emigrado. En cambio, 36 de los entrevistados, carecen de sentimiento de culpa.

Podemos destacar, que “El nivel de apoyo en el proceso migratorio” es el aspecto que más relevancia adquiere entre los usuarios entrevistados.

La gráfica expuesta a continuación hace referencia al ámbito sanitario y está compuesta de diez ítems renombrados de la siguiente manera:

- ÍTEM 13: Nivel de ansiedad
- ÍTEM 14: Nivel de miedo
- ÍTEM 15: Nivel de soledad
- ÍTEM 16: Nivel de tristeza, llanto
- ÍTEM 17: Nivel de insomnio
- ÍTEM 18: Nivel de nerviosismo, intranquilidad
- ÍTEM 19: Nivel de felicidad
- ÍTEM 20: Nivel de satisfacción
- ÍTEM 21: Existencia de síntomas físicos, psíquicos o sensoriales pre/durante el proceso migratorio
- ÍTEM 22: Grado de vitalidad

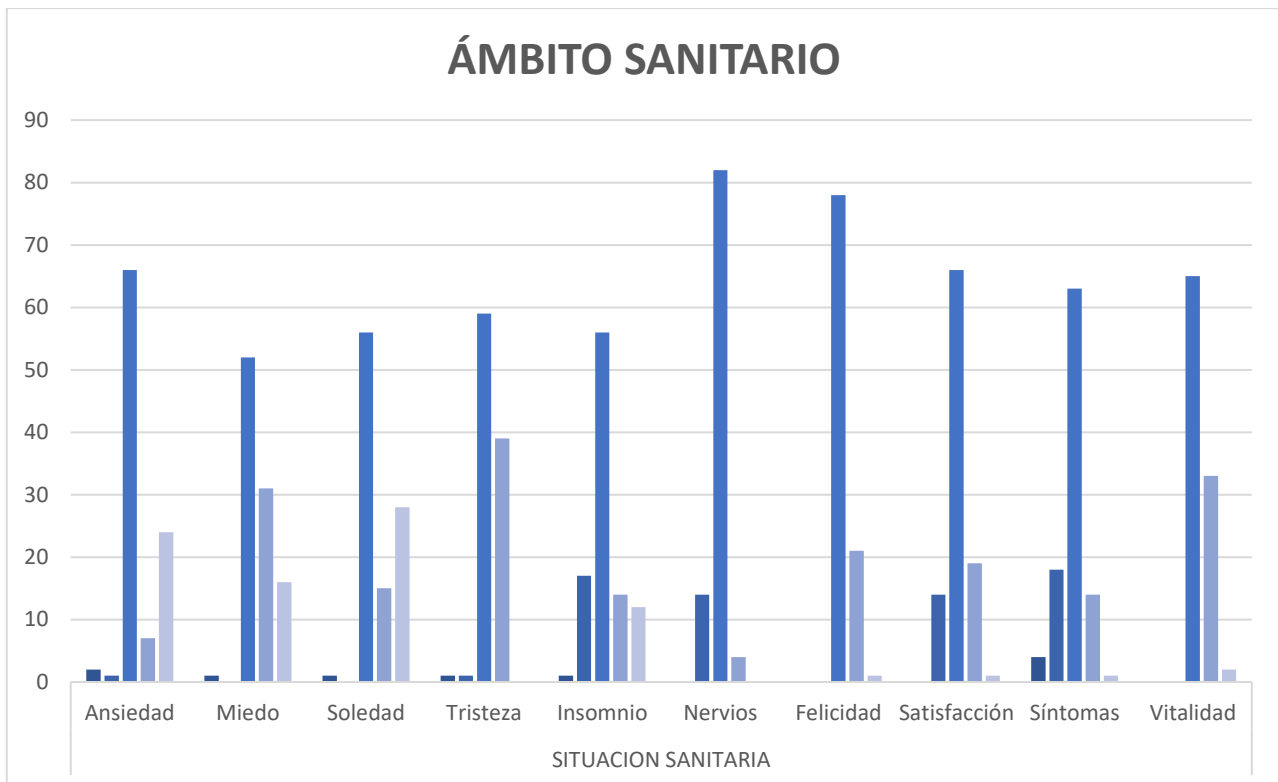


Gráfico 9. Ámbito sanitario. Fuente: Elaboración Propia

El índice medio de respuesta obtenido en la gráfica referente a la situación sanitaria refleja un nivel moderado respecto al total de población entrevistada, es decir, la mayoría se encuentra en una situación estable.

Se analizará cada ítem de forma individual para sacar conclusiones más específicas:

En el ÍTEM 13 se pueden destacar tres peculiaridades. Por un lado, solo dos personas de las entrevistadas carecen de ansiedad, en cambio 24 entrevistados de los 100 muestran unos muy altos niveles de ansiedad, aunque el grado más elevado corresponde a 66 de los 100 entrevistados, que se encuentran en situación moderada (puntuación 2).

El ÍTEM 14 refleja el miedo sufrido por los entrevistados en el proceso migratorio, donde se puede observar que 52 de los usuarios entrevistados presentan una sensación de miedo de nivel medio en la escala. En cambio, 47 de los individuos participantes se encuentran en los niveles de alto y muy alto.

El ÍTEM 15 muestra el grado de soledad de los entrevistados en el proceso migratorio, predominando los individuos que sufren un nivel de soledad medio, siendo estos un total de 56. En cambio, 28 de los usuarios se encuentra en niveles de soledad muy elevados, coincidiendo con la puntuación 4 sobre 4.

En el ÍTEM 16 destaca la peculiaridad de uno de los usuarios que no siente tristeza tras el proceso migratorio, a pesar de que el índice medio de respuesta coincide con un nivel medio/alto de tristeza respecto a su situación migratoria.

El ÍTEM 17 refleja que la mayoría de los entrevistados, en concreto 56 usuarios, tiene problemas insomnio debido a las circunstancias sobrellevadas. También cabe destacar, que 17 de los entrevistados muestran leves problemas de sueño.

El ÍTEM 18, se destaca que de los 100 entrevistados todos muestran una sensación de nerviosismo o intranquilidad en mayor o menor medida respecto a diferentes factores migratorios. El índice medio de respuestas obtenidas refleja que 82 de los usuarios entrevistados muestran un nivel medio de nerviosismo o intranquilidad, lo cual quiere decir que existen diversos factores que perturban su rutina diaria.

En el ÍTEM 19, relativo al nivel de felicidad de los usuarios solamente una persona manifiesta tener un grado alto de felicidad, dato que contrasta con las 78 personas entrevistadas que expresan tener un nivel medio de felicidad ante su proceso migratorio (puntuación 2 sobre 4).

El ÍTEM 20 refleja los niveles de satisfacción derivados la situación sanitaria de los usuarios y destaca notablemente, con 66 de los 100 entrevistados, un nivel moderado de satisfacción en cuanto su bienestar general.

El ÍTEM 21 hace referencia a la aparición de síntomas físicos, psíquicos, sensoriales... que se presentan en el usuario tras el proceso migratorio sufrido. En base a este aspecto la puntuación media de respuestas corresponde a un nivel moderado de dicha aparición, lo cual nos indica que la gran mayoría (63 usuarios) sufren algunos síntomas puntuales o duraderos tras el proceso migratorio. Tan solo uno de los entrevistados padece de un alto grado de síntomas de este tipo.

El ÍTEM 22 refleja el grado de vitalidad de los usuarios, predominado un alto grado de vitalidad entre los entrevistados, de los cuales 65 muestran un nivel medio de vitalidad y 33 un nivel alto. No existen usuarios que a pesar del proceso migratorio sufrido presenten niveles bajo de vitalidad, lo que nos indica la mayoría de la población entrevistada muestra un punto de vista positivo respecto a su futuro.

Cabe destacar en último lugar que el índice medio de respuestas, sobre el cual los usuarios muestran más importancia corresponde a los ítems relativos a “nivel de insomnio” y “nivel de nerviosismo o intranquilidad”.

La gráfica expuesta a continuación hace referencia al ámbito laboral y está compuesta de nueve ítems renombrados de la siguiente manera:

- ÍTEM 23: Dificultad para encontrar empleo
- ÍTEM 24: Grado de formación académica
- ÍTEM 25: Trabajo en el país receptor
- ÍTEM 26: Acceso al mercado laboral
- ÍTEM 27: Nivel de integración laboral
- ÍTEM 28: Nivel de riesgo en el trabajo desempeñado
- ÍTEM 29: Reconocimiento de derechos laborales
- ÍTEM 30: Sentimiento de igualdad
- ÍTEM 31: Sentimiento de discriminación

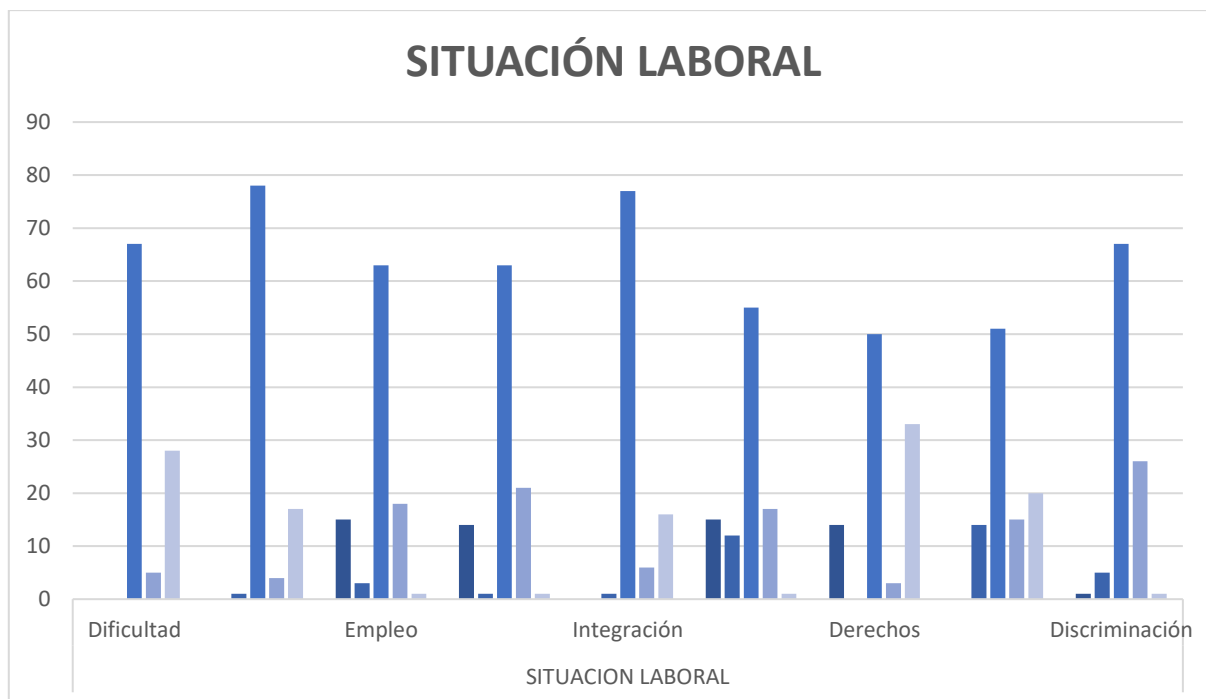


Gráfico 10. Situación laboral. Fuente: Elaboración Propia

El índice medio de respuesta en dicho gráfico se sitúa en torno a la puntuación 2 (moderado), lo cual quiere decir que los individuos entrevistados muestran niveles medios, satisfactorios en cuanto a sus circunstancias laborales.

A continuación, pasaremos a describir individualmente cada uno de los ítems sobre los que se compone dicho ámbito:

El ÍTEM 23 destaca por la ausencia de oportunidades en la búsqueda de empleo para los usuarios entrevistados, sin embargo, existe una dificultad media para 67 de los entrevistados a la hora de encontrar trabajo y una dificultad muy elevada para 28 de los usuarios.

El ÍTEM 24 muestra el grado de formación académica que poseen los individuos entrevistados. Podemos destacar en primer lugar que ninguno de los usuarios carece de algún tipo de formación, destacando que 78 de los entrevistados han obtenido a lo largo de su trayectoria niveles medios de formación procedentes del país de origen. Solo 17 de los entrevistados poseen muy altos de formación académica.

El ÍTEM 25 refleja la existencia de trabajo en el país receptor, respecto al cual solamente uno de los usuarios entrevistados manifiesta no tener ningún tipo de problema en el empleo. Sin embargo, el nivel medio de los usuarios correspondiendo con 63, presentan un nivel medio de dificultad frente a un puesto de trabajo. Es decir, han tenido trabajo de manera puntual.

El ÍTEM 26 referente al acceso al mercado laboral destaca notablemente que 14 de los usuarios no tienen acceso al mundo laboral, frente a los 63 usuarios con un nivel medio de oportunidad.

El ÍTEM 27 destaca por la óptima integración laboral de la gran mayoría de los entrevistados conociendo con los niveles moderado (puntuación 2 de 4), alto (puntuación 3 de 4) y muy alto (puntuación 4 de 4).

El ÍTEM 28 referente al riesgo o peligrosidad del trabajo desempeñado refleja a rasgos generales que los usuarios no muestran niveles de riesgo en los trabajos desempeñados, obteniendo un índice de respuesta medio de 55 usuarios, los cuales han respondido a niveles medio, moderados de riesgo laboral.

El ÍTEM 29 refleja en mayor medida un pleno reconocimiento de los derechos laborales de los inmigrantes entrevistados. Cabe destacar que 14 de los usuarios no se sienten reconocidos en cuanto a derechos en el trabajo desempeñado.

El ÍTEM 30 muestra el sentimiento de igualdad que sienten los usuarios entrevistados dentro del mercado laboral. Se destaca un nivel medio de igualdad entre los usuarios.

El ÍTEM 31 señala la discriminación sufrida por los usuarios dentro del mercado de trabajo, donde predomina niveles medio – altos de discriminación laboral.

El índice medio de respuesta corresponde a los ítems relativos a “nivel de riesgo en el trabajo desempeñado”, “reconocimiento de derechos laborales” y “sentimiento de discriminación”, aspectos sobre los cuales los usuarios muestran mayor preocupación.

La gráfica expuesta a continuación hace referencia a la situación económica y está compuesta de cinco ítems renombrados de la siguiente manera:

- ÍTEM 32: Nivel Económico
- ÍTEM 33: Existencia de ayudas económicas del país receptor
- ÍTEM 34: Satisfacción por el salario percibido
- ÍTEM 35: Nivel de cobertura de las necesidades básicas
- ÍTEM 36: Ayuda económica al país autóctono

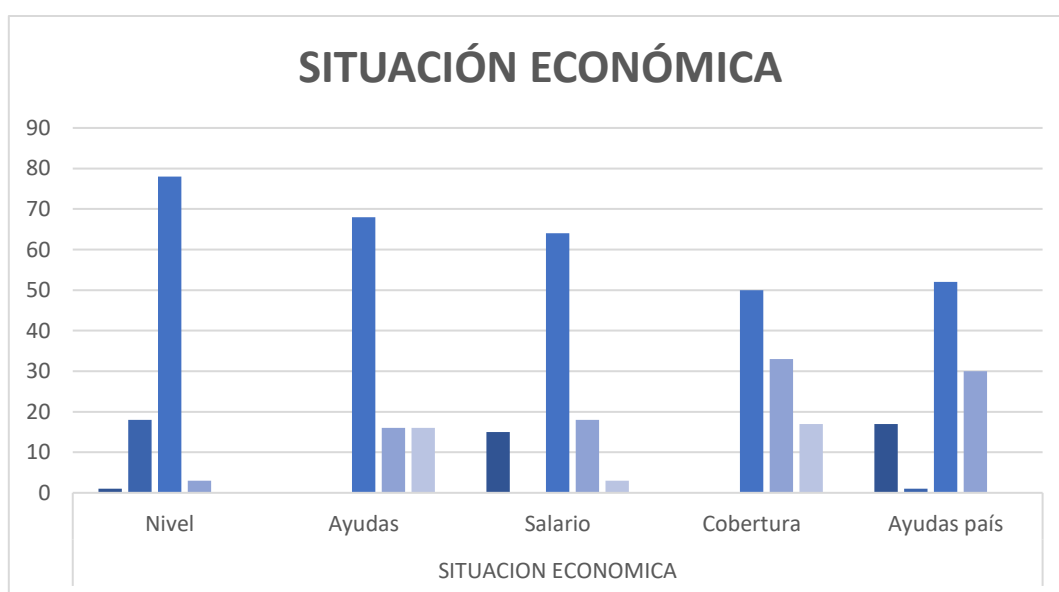


Gráfico 11. Situación Económica. Fuente: Elaboración Propia

El índice medio de respuestas corresponde a un nivel moderado de satisfacción económica de los usuarios entrevistados.

A continuación, se detallará cada uno de los ítems del ámbito económico:

En el ÍTEM 32, destacada notablemente un nivel medio de ingresos económicos, dato que corresponde a 78 de los 100 entrevistados. En contraposición, sólo uno de los usuarios, carece de ingresos económicos.

En el ÍTEM 33, predomina la existencia de ayudas económicas del país de receptor, destacando que 68 de los entrevistados reciben ayudas económicas a nivel medio y los restantes, presentan niveles altos y muy altos de ayudas económicas a la llegada y durante el transcurso del proceso migratorio.

En el ÍTEM 34, referente a la satisfacción por el salario percibido, predomina un alto grado de entrevistados con elevados niveles de conformidad ante el salario percibido. Sin embargo, 15 de lo entrevistas muestra una completa insatisfacción por éste, debido a que no cubre sus necesidades básicas.

En el ÍTEM 35, se observa cómo la mayoría de los usuarios sientes cubiertas sus necesidades básicas, encontrándose un 63 de los entrevistados, en unos niveles moderados, y 17 de ellos, en niveles muy altos de cobertura. Debido a esto, podemos argumentar que, a pesar de no estar satisfechos con el salario recibido, las ayudas económicas que reciben ayudan a cubrir sus necesidades.

En el ÍTEM 36, destaca el envío de remesas al país autóctono, debido a que 82 de los usuarios tienen la capacidad de enviar dinero a los familiares del país de origen, pero, sin embargo, 17 de los 100 entrevistados, no poseen la capacidad económica para poder enviar remesas a su país.

El índice medio de respuestas muestra que los ítems más destacados, y sobre los cuales los usuarios presentan mayor importancia y preocupación se identifican con “El nivel económico” y “La satisfacción por el salario percibido”

La gráfica expuesta a continuación hace referencia a la situación cultural y está compuesta de seis ítems renombrados de la siguiente manera:

- ÍTEM 37: Conocimiento de la lengua del país receptor
- ÍTEM 38: Conocimiento de las tradiciones culturales y/o costumbres
- ÍTEM 39: Adaptación a la lengua del país receptor
- ÍTEM 40: Adaptación a la vestimenta del país receptor
- ÍTEM 41: Nivel de continuidad de la cultura de origen

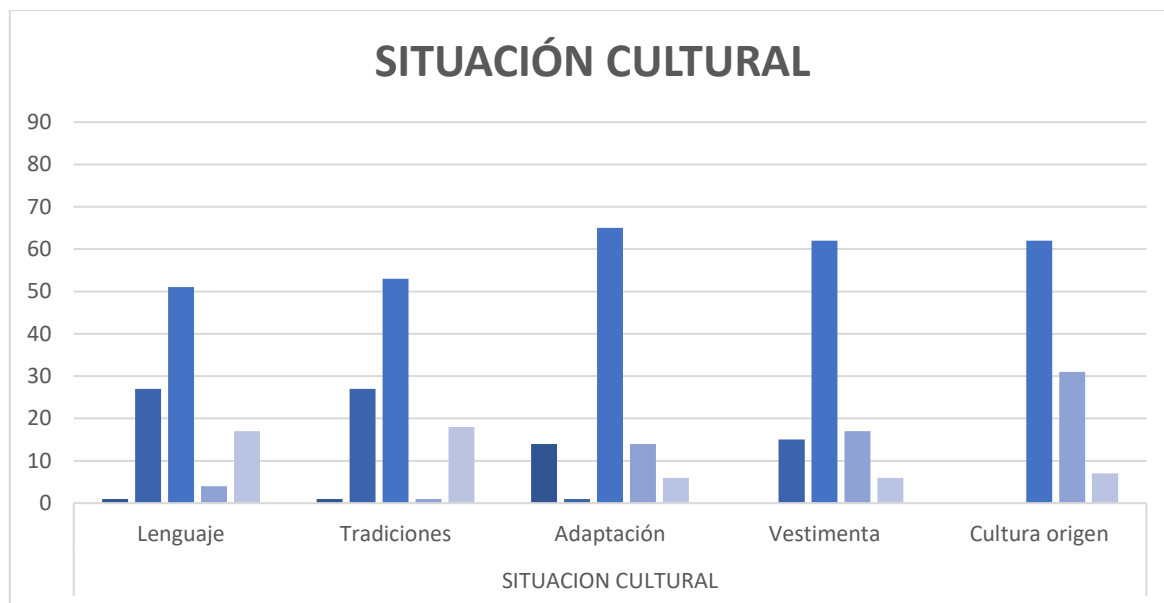


Gráfico 12. Situación cultural. Fuente: Elaboración propia.

El índice medio de respuestas corresponde a un nivel medio (puntuación 2 sobre 4) de conocimiento cultural del país receptor o continuidad de la cultura de origen.

A continuación, se destaca cada uno de los ítems que componen dicho ámbito:

En el ÍTEM 37, destaca notablemente la ausencia del conocimiento de la lengua del país receptor, debido a 78 de los usuarios, muestran niveles ausentes o leves frente a 17 de los usuarios, que presentan niveles muy altos de conocimiento de la lengua.

En el ÍTEM 38, predomina un nivel medio-moderado de conocimiento de las costumbres o tradiciones del país receptor, debido a que tan sólo uno de los entrevistados, desconoce totalmente los ritos culturales.

En el ÍTEM 39, se puede observar un alto nivel de adaptación a la lengua del país de acogida, siendo este dato contrapuesto al ítem 37 en el que la mayoría de los entrevistados de la lengua, pero acaban adquiriéndola, lo cual les permite generalmente, adaptarse de forma óptima al país de origen.

En el ÍTEM 40, referente a la adaptación a la vestimenta del país receptor, destaca la gran asimilación del total de población entrevistada, correspondiéndose a niveles medios y altos.

En el ÍTEM 41, se refleja la continuidad de la cultura de origen, dónde la totalidad de los usuarios, en mayor o menos medida, siguen llevando a cabo las tradiciones culturales de su país de origen.

Cabe destacar, en último lugar, que el índice medio de respuestas corresponde con los ítems relativos a "Adaptación a la lengua del país receptor", debido a que los usuarios consideran que es un aspecto fundamental para la plena integración en un país desconocido para ellos.

La gráfica expuesta a continuación hace referencia a la situación social y está compuesta de doce ítems renombrados de la siguiente manera:

- ÍTEM 42: Integración en la sociedad
- ÍTEM 43: Participación en la comunidad
- ÍTEM 44: Reconocimiento de los derechos sociales
- ÍTEM 45: Necesidad de asistencia social
- ÍTEM 46: Respeto social e igualdad de oportunidades
- ÍTEM 47: Nivel de protección social
- ÍTEM 48: Conocimiento de los Servicios Sociales
- ÍTEM 49: Conocimiento de la Seguridad Social
- ÍTEM 50: Acceso a los Servicios Sociales
- ÍTEM 51: Acceso a la Seguridad Social
- ÍTEM 52: Conocimiento del Trabajo Social
- ÍTEM 53: Nivel de ocio y tiempo libre

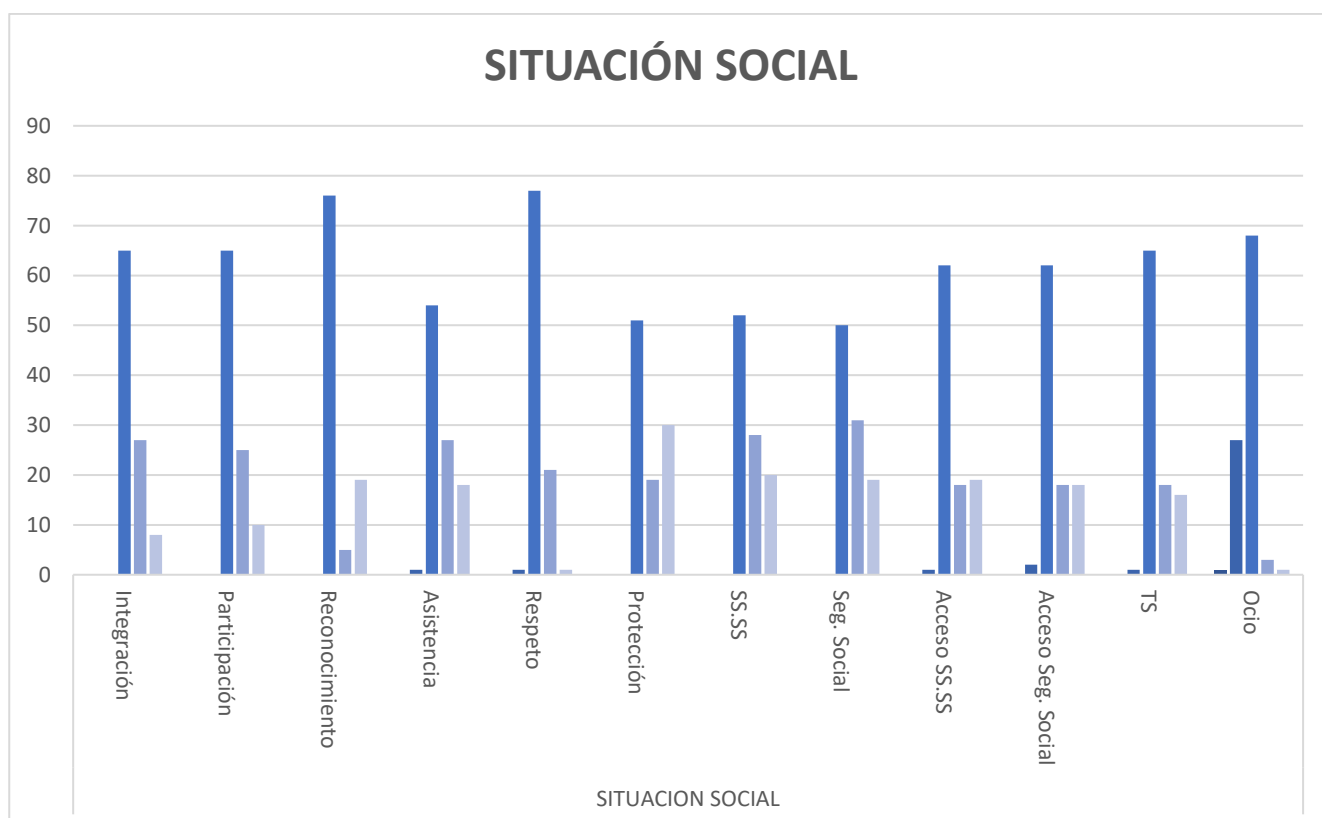


Gráfico 13. Situación social. Fuente: Elaboración propia.

El índice medio de respuestas corresponde a niveles moderados en cuanto a la satisfacción en el ámbito social de los usuarios entrevistados.

A continuación, se describirá cada uno de los ítems de forma específica:

En el ÍTEM 42, destaca la gran integración en la sociedad de los usuarios entrevistados, correspondiendo 65 usuarios a un nivel medio de integración, 27 a un nivel alto y 8 a un nivel muy algo de inclusión social.

En el ÍTEM 43, se observa cómo la mayoría de los usuarios entrevistados participan de manera activa en la comunidad, siendo 65 de los usuarios los que manifiestan tener un nivel medio de participación social.

En el ÍTEM 44, referente al reconocimiento de los derechos sociales, destaca notablemente que 76 de los 100 usuarios, se encuentran moderadamente reconocidos socialmente, y 19, presentan un alto grado de reconocimiento social.

En el ÍTEM 45, se puede observar que la totalidad de los usuarios, requieren asistencia social para cubrir sus necesidades. 81 de los entrevistados se encuentran en niveles medios-altos, y 18 poseen niveles muy altos de asistencia social.

En el ÍTEM 46, todos los usuarios se encuentran plenamente respetados y en igualdad de oportunidades respecto a la población autóctona, debido a que 77 de los entrevistados, señalan encontrarse en un nivel medio de respeto social e igualdad.

En el ÍTEM 47, referido al nivel de protección social, destaca que 30 de los usuarios, poseen un nivel muy alto de protección social, y ninguno de los 100 entrevistados presenta desprotección, aspecto destacable para el mantenimiento de su bienestar social.

En el ÍTEM 48, 49, 50 y 51, relativos al conocimiento de los Servicios Sociales, Seguridad Social y acceso a los mismos, se puede observar cómo la gran mayoría de los usuarios poseen altos niveles de conocimiento acerca de estos ámbitos, y niveles más elevados todavía, en el acceso a los mismos.

En el ÍTEM 52, referente al conocimiento del Trabajo Social, 99 de los entrevistados, manifiestan conocer la figura del trabajador social, pero, sin embargo, 1 de los entrevistados no tiene una noción clara de dicha disciplina social.

En el ÍTEM 53, se observa un bajo- medio de ocio y tiempo libre en el país de acogida, lo cual nos indica que a pesar de encontrarse integrados en la sociedad y participar activamente en la comunidad, no desempeñan actividades que fomenten su ocio y tiempo libre.

Cada destacar por último lugar, que el índice medio de respuestas corresponde a los ítems relativos a “la necesidad de asistencia social” aspecto sobre el cual los usuarios muestran más preocupación.

La gráfica expuesta a continuación hace referencia a la situación de la vivienda y está compuesta de cinco ítems renombrados de la siguiente manera:

- ÍTEM 54: Satisfacción con la vivienda
- ÍTEM 55: Nivel de adaptación en la vivienda
- ÍTEM 56: Adaptación en la comunidad vecinal
- ÍTEM 57: Respeto a la intimidad propia en la vivienda
- ÍTEM 58: Satisfacción por los servicios percibidos (luz, agua, gas...) en la vivienda

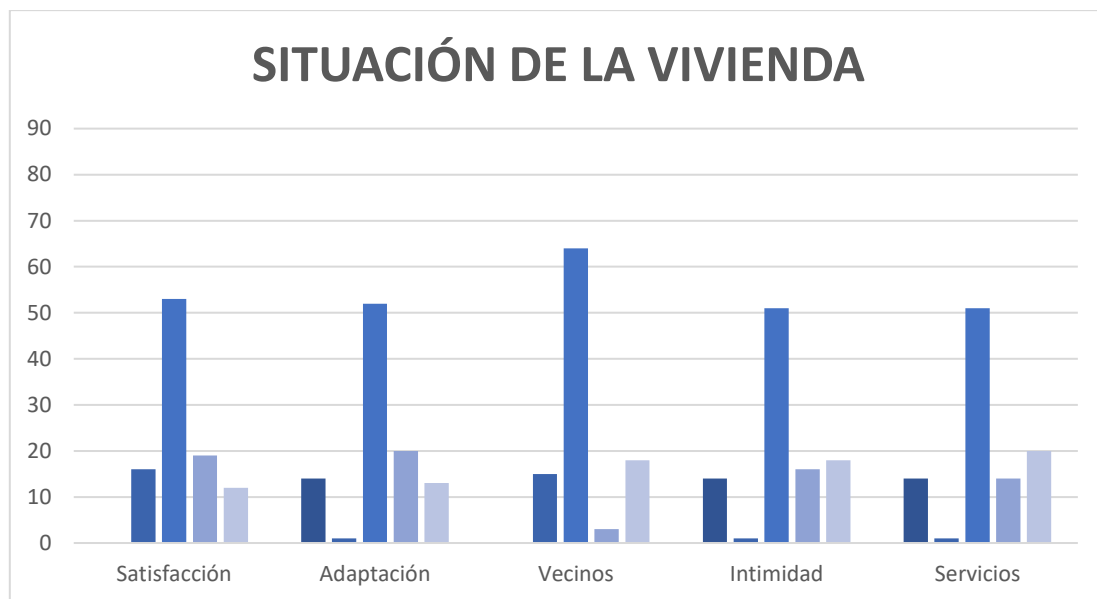


Gráfico 14. Situación de la vivienda. Fuente: Elaboración propia

El índice medio de respuestas se corresponde con niveles medios de conformidad respecto a la vivienda.

A continuación, se detallará cada uno de los ítems de dicho ámbito de manera individual:

En el ÍTEM 54, en cuanto a la satisfacción con la vivienda, 72 de los entrevistados se encuentran en un nivel medio-alto, 12 se sienten plenamente satisfechos, pero, sin embargo, 16 encuentran condiciones deficitarias en sus hogares.

En el ÍTEM 55, destacan 14 entrevistados con un nivel ausente de adaptación en su propia vivienda, frente a 13 que se sienten plenamente adaptados.

En el ÍTEM 56, destaca la discrepancia con el ítem anterior, debido a que, sin sentirse adaptados en sus hogares, sí los están en la comunidad vecinal. Cada señalar, que 64 de los entrevistados, se sienten medianamente adaptados en la comunidad y 18 con una plena integración vecinal.

En el ÍTEM 57, referente al respeto a la intimidad en la vivienda, destaca que 77 de los usuarios se encuentran en un promedio alto de respeto frente a 14 que manifiestan que se vulnera su derecho a la intimidad.

En el ÍTEM 58, se puede observar que la mayoría de los usuarios, concretamente 75, se encuentran satisfechos con los servicios de su vivienda, frente a los otros 15 restantes que se sienten descontentos con los mismos.

El índice medio de respuestas muestra que los ítems con mayor relevancia de este ámbito corresponden a “Nivel de adaptación en la vivienda”, debido a que consideran que es un aspecto fundamental para desarrollar su vida de manera digna.

10. ANALISIS ENTREVISTAS

En este apartado se van a analizar los resultados generales obtenidos de las entrevistas realizadas a los usuarios inmigrantes que han participado en la investigación. El total de entrevistados a lo largo de estos seis meses corresponde a cien usuarios.

El análisis de las entrevistas se llevará a cabo en base a las preguntas realizadas a los usuarios en las entrevistas, y en relación a los 7 duelos del “Síndrome de Ulises”, descritos por Joseba Achotegui (2009), en la Revista Migración y Salud mental, para abordar de una forma más concreta la realidad vivida por el colectivo inmigrante.

En el estudio, han participado 57 personas pertenecientes al sexo masculino y 43 al femenino, comprendiendo edades entre 18-65 años, tal y cómo se cita en la muestra de población seleccionada del Gráfico 1 de la página 14.

Tras analizar los datos, se puede observar cómo el continente que más ha predominado en el estudio es América, con un total de 30 usuarios distribuidos en 12 Nacionalidades. Pese a ello, el país con mayor número de personas entrevistadas es Marruecos, en el cual predomina el sexo femenino, con un total de 10 mujeres entrevistadas.

Durante el estudio, se ha analizado e investigado cuales son las principales razones por las que los usuarios participantes tuvieron que emigrar a otro país. A continuación, se exponen dichos factores:

En primer lugar, cabe destacar el alto porcentaje de personas que tuvieron que emigrar en busca de una mayor calidad de vida, predominando en el estudio, países como Guinea, Camerún, Honduras, Senegal, Países Bajos, Rumania, Gambia, Cabo verde y Costa de Marfil.

Otros factores por lo que las personas entrevistadas emigraron, se identifican con motivos bélicos, como es el caso de Siria, debido a la guerra existente en el país, motivos políticos, como es el caso de Venezuela, donde la totalidad de los entrevistados argumentan la necesidad de huida tras la situación del régimen político establecido en el país y motivos familiares, en los que destaca la reagrupación familiar, en la cual, en un primer momento emigró un miembro de la familia, generalmente el marido, como es el caso de las personas marroquíes entrevistadas.

Según el testimonio de las personas entrevistadas, la reagrupación familiar se produce tras varios meses o incluso años, dependiendo de la situación. El marido es el que emigra en busca de una mayor calidad de vida y una estabilidad económica suficiente. Tras alcanzar esto, regresa a su país de origen y trae a su familia consigo al país receptor, produciéndose así la reagrupación familiar. Éste fenómeno, además de ser predominante en el colectivo marroquí, también se da en países como Colombia o Costa de Marfil.

En correlación con el argumento anterior, las personas que proceden de América o Europa generalmente vienen acompañadas por uno o más miembros familiares, como es el caso de Polonia, Países Bajos, Paraguay, Nicaragua, Perú y Chile. En cambio, las personas que vienen de países del Norte de África realizan el viaje al país receptor en solitario y en unas condiciones muy deficitarias.

La premisa anteriormente expuesta, tiene relación directa con “El duelo por la Familia” en el que los individuos entrevistados carecen en gran medida de redes familiares de apoyo al llegar al país receptor. Los que conlleva a sufrir una serie de estresores posteriores descritos.

Cabe destacar también, que estos viajes se realizan en diferentes medios de transporte, dependiendo del país de procedencia del que vengan. Como se puede observar en el siguiente gráfico, el medio de llegar más común es el avión, representado por 59 de los entrevistados, procedentes generalmente de países como China, Colombia, Ecuador, Rumania, Venezuela y Uruguay. Sin embargo, existe un alto porcentaje de usuarios que, por sus circunstancias, y debido a la situación en el país de origen, tienen que emigrar en patera, siendo éstos un total de 26 entrevistados, y procedentes de Guinea, Camerún, Togo, Senegal, República Democrática del Congo, Gambia y Costa de Marfil. Otros medios comunes, son el coche y el barco, siendo éstas un total de 11 personas de las entrevistadas. El medio más inusual es el autobús.

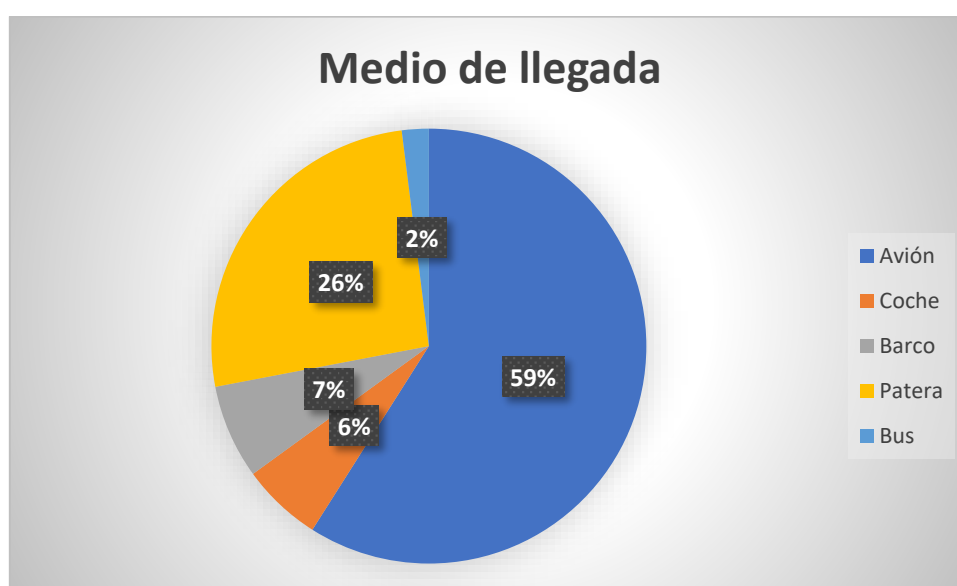


Gráfico 15. Medio de Llegada. Fuente: Elaboración propia

En cuanto al ámbito laboral, se va a realizar una comparativa entre la existencia de empleo del país de origen y el país receptor. Por un lado, en el país de origen, 87 de los entrevistados afirman tener empleo estable en diferentes sectores, tales como Industria, Construcción, Comercio, Enfermería, Ganadería. El número restante de entrevistados, no poseían trabajo en su país. Por otro lado, y en discrepancia con el trabajo en el país de origen, 92 de los entrevistados carecen de empleo en el país receptor, y solamente 8 usuarios poseen empleos en distintos sectores, donde destacan la Hostelería y Trabajos Domésticos.

En concordancia con la situación laboral, existe el llamado “Duelo por el estatus social”. La mayoría de los entrevistados que carecen de empleo en el país receptor, carecen también de un nivel social elevado, argumentando que dependen directamente de tramitación de sus documentos legales, y por ello se ven descolgados del eslabón social impuesto en la sociedad receptora, es el caso de personas procedentes de Venezuela, Guinea, Honduras, Senegal y Cabo Verde.

En cuanto a la situación laboral y en relación con la documentación, factor clave, una de las usuarias argumenta que:

«no porque este no tengo el permiso de trabajo y es ya al mes que viene, pues es la razón principal, sin el permiso no puedo trabajar»

En relación con los sentimientos así como la sintomatología sufrida durante el proceso migratorio por los usuarios inmigrantes entrevistados, y fundamentando eso en base a los estresores que definen el “Síndrome de Ulises”, cabe destacar que los sentimientos más predominantes son el insomnio (72 de los 100 entrevistados), tristeza (45 usuarios), miedo (37 usuarios), sentimiento de huida (15 usuarios), soledad (84 usuarios), ansiedad (16 usuarios) y terror por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (24 usuarios).

Dentro de este apartado se pueden destacar los siguientes testimonios expuestos de manera literal:

«Tentaron contra mi vida, mas de una vez, me robaron y es fuerte pues»

«Solo salir de Venezuela fue horrible, ese transito es horrible, ya uno viene con una tristeza, con problemas encima y con el miedo de que nos fueran a regresar, que no nos dejaran entrar, muchas cosas que uno piensa en ese momento en el que uno esta por así decirlo escapando y se pregunta muchas cosas, pero ahora mismo bueno, vamos y lo impresionante fue que al salir de Venezuela una atención, un cariño»

La mayoría de los entrevistados, muestran una combinación de los diferentes síntomas nombrados, a causa de la situación que padecen y de las circunstancias, así como obstáculos sobrevenidos que les impiden llevar a cabo una rutina de vida normalizada.

Respecto a la adaptación de los usuarios en cuanto al lenguaje del país receptor, ámbito relacionado con el “Duelo por la Lengua”, existe un alto grado de dificultad para el aprendizaje la nueva lengua, ascendiendo el número de entrevistados, a 90, frente a los 10 restantes, a los cuales el lenguaje no les ha supuesto ningún inconveniente. Dicho aspecto, está relacionado directamente con una variabilidad de factores de integración social, que les impide comunicarse y relacionarse de forma adecuada en su nueva etapa. Los 90 usuarios que tienen dificultades lingüísticas proceden de países tales como Marruecos, Togo, Rumania, Japón, Polonia India, Siria y Senegal. Sin embargo, las personas procedentes de Venezuela, Ecuador, Nicaragua, Colombia, Paraguay o Chile no muestran ninguna dificultad, por la similitud de la lengua.

En este ámbito cabe destacar el siguiente testimonio

«Si, el primer año echaba de menos todo, mi madre mi hermano, no sabia hablar el medico. Lo que mas me costo fue el lenguaje»

Cómo se puede extrapolar de las entrevistas realizadas a los usuarios, son principalmente cuatro tipos de ayuda las que perciben los usuarios pre y durante el proceso migratorio. En primer lugar, destaca notablemente las ayudas económicas referentes a, pisos supervisados, ayudas por familia numerosa, ayudas por hijo a cargo, prestación para la vivienda, subsidio por desempleo y ayuda para la cobertura de las necesidades básicas. En segundo lugar, referente a las ayudas psicológicas, se observa un elevado nivel de usuarios que necesitan algún tipo de apoyo psicológico para mejorar su bienestar socioemocional, destacando aquí las terapias familiares. Otra ayuda clave para el desarrollo personal son las ayudas en relación con la lengua del país receptor, dónde la mayoría de los usuarios reciben clases de apoyo a la lengua, clases de castellano, proporcionado esto por diferentes entidades que colaboran con este colectivo. En último lugar, se encuentran las ayudas referidas a la formación para el empleo, destacando cursos específicos para cada sector laboral y proporcionado información, así como orientación para el empleo.

Todas las ayudas anteriormente descritas, son proporcionadas en gran medida por entidades como, CEPAIM, YMCA, Cruz Roja, Sociedad San Vicente de Paul, ACCEM y Fundación San Ezequiel Moreno, entre otras.

Respecto a la cuestión cultural y en relación con el «Duelo por la Cultura» descrito por Joseba Achotegui se pueden extrapolar los siguientes resultados. Una alta proporción de los entrevistados sigue llevando a cabo las tradiciones culturales de su país de origen, siendo el total de estos de 78 de los 100 entrevistados, el 22 de los usuarios restantes siguen manteniendo la cultura de origen, pero en combinación con la cultura del país receptor ya que consideran que deben adaptarse a las dos identidades. Cabe destacar el testimonio de una entrevistada de origen marroquí, la cual expone que en su país de origen no vestía velo, en cambio, a la llegada al país receptor consideró la posibilidad de vestirlo para mantener su identidad originaria.

Pasando a hablar del nivel de contacto que muestran los usuarios entrevistados con los miembros familiares del país de origen se puede concluir que la gran mayoría (91 de los usuarios) muestran un alto nivel de comunicación rutinaria con alguno de los miembros familiares a través de medios como la “videollamada”, “redes sociales” o “WhatsApp”. Estas personas argumentan que este hecho es una vía bastante favorable para su situación, debido a que anteriormente debían hacerlo en los locutorios o a través de cartas, lo que producía grandes retrasos en la comunicación. Excepcionalmente, los otros nueve entrevistados no poseen ningún tipo de contacto con sus familiares debido a motivos como el deterioro de la relación familiar o causa de conflictos bélicos producidos en el país autóctono.

Por último y profundizando en uno de los temas centrales de la investigación se abarcará la figura del trabajo social en este colectivo y en relación con el Síndrome de Ulises.

Tal y como se observa en las respuestas aportadas por los participantes, la disciplina de Trabajo Social es altamente conocida entre los entrevistados, sin embargo, muchos de ellos no recurren de manera autónoma a sus servicios, debido a que son destinados directamente a entidades con profesionales de este ámbito. Los usuarios manifiestan que en el momento de la llegada al país receptor la función del Trabajador Social es un factor clave para la acogida, aunque argumentan que en los meses posteriores la necesidad de acompañamiento y orientación es escasa, ámbito que consideran fundamental para su adaptación en la sociedad. Pese al argumento anterior, la mayoría de los usuarios coinciden en la óptima información aportada por estos profesionales en cuanto a asesoramiento, búsqueda de recursos, prestaciones, servicios, entre otros. Sin embargo, a través de los datos obtenidos tanto de los usuarios y de los profesionales entrevistados existe una falta de comunicación, comprensión y desarrollo de las habilidades emocionales, necesarias para la plena intervención con los usuarios del colectivo inmigrante.

Tras las entrevistas realizadas a los profesionales de Trabajo Social y a la muestra de población seleccionada se argumenta que la sociedad no tiene conciencia de la realidad del colectivo inmigrante, ni siquiera se plantean la existencia de toda esta variabilidad de dificultades sufridas en el proceso migratorio. Esto, tampoco permite afrontar los cambios adecuados ni mejorar la situación de este colectivo por la falta de herramientas para la cobertura de las necesidades.

Como se puede observar a lo largo de las 100 entrevistas que se han realizado con usuarios de diferentes nacionalidades la situación de vulnerabilidad sufrida por dichos usuarios a la llegada al país receptor es de elevada debilidad, existiendo múltiples estresores que pueden acabar desencadenando en el «Síndrome de Ulises». Este síndrome, del que tanto se ha hablado en esta investigación, posee una gran cantidad de síntomas que en mayor o menor medida son sufridos por los usuarios que se han entrevistado.

11. CONCLUSIONES

Tras un análisis exhaustivo de toda la información recabada durante estos meses sobre la situación del colectivo inmigrante en la ciudad de Zaragoza, y la actuación del Trabajo Social en relación con el «Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple del Inmigrante» o «Síndrome de Ulises» se pueden sacar en claro algunas conclusiones generales.

En primer lugar, es importante destacar que previamente al estudio, la hipótesis principal sobre el Síndrome de Ulises, era que la población inmigrante de la ciudad de Zaragoza se encuentra en una situación de vulnerabilidad y exclusión social, y que la gran mayoría de los inmigrantes padecían algunos de los siete duelos que caracterizan el síndrome, presentando una variabilidad en la sintomatología de estresores, cómo ansiedad, insomnio, soledad, miedo, incertidumbre, tristeza por la separación de los miembros familiares...

Tras la investigación, se ha comprobado que la hipótesis de la que se partía respecto a la situación de este colectivo es efectiva, y tras analizar las respuestas dadas por los usuarios participantes del estudio, podemos afirmar que todas las personas inmigrantes en mayor o menor medida padecen del “Síndrome de Ulises”.

Las demandas de los usuarios varían de acuerdo con el lugar dónde se presentan, no son estáticas. Tras la llegada al país receptor, las principales demandas tienen que ver con temas legales muy concretos, ausencia de empleo y por tanto dificultades económicas que los llevan a situaciones de precariedad y, por consiguiente, a manifestar estados de salud más deficitarios.

Cuando ya están asentados en el país receptor las demandas suelen relacionarse más con procesos de reagrupación familiar, en aquellos usuarios que les ha sido difícil emigrar junto a la familiar nuclear.

Desde el punto de vista de los Trabajadores Sociales que han colaborado en el estudio, la falta de empleo es una preocupación constante para el colectivo inmigrante, debido a que el acceso al trabajo depende de su estatus migratorio y su incorporación a la sociedad de destino, factores que suponen el empeoramiento de su situación económica. Para ellos, carecer de empleo supone perder el principal capital social por el que emigraron, es decir, el trabajo, surgiendo en algunas ocasiones la posibilidad de retornar a su país, hecho que es concebido como un fracaso y que al mismo tiempo se convierte en una preocupación más para el propio individuo y para su familia.

Otro aspecto clave a destacar, es que la gran mayoría de los entrevistados muestran satisfacción por los apoyos, ayudas y servicios obtenidos en el país receptor, sin embargo, a pesar de que cuando han ido a una institución en busca de apoyo han conseguido lo que deseaban. Muchos de ellos argumentan que no han salido del todo satisfechos con cómo se hace la intervención, o con el trato recibido por parte de los trabajadores sociales, resaltando la falta de habilidades emocionales, y caracterizándolos de poco amables, muy fríos y distantes.

Varios de los entrevistados coinciden también en la idea de que las instituciones sociales, en este caso los Trabajadores Sociales, tienden a minimizar la situación del inmigrante, y a no tomar en consideración en los planes de intervención, los sentimientos, percepciones y emociones de los propios usuarios, dedicándose tan sólo a realizar una intervención puntual para resolver únicamente aspectos de tipo material, sin tener en cuenta cómo se siente esa persona y por todo lo que está pasando.

Además, existe una falta de actividades grupales de apoyo mutuo, dónde las personas puedan compartir en un ambiente seguro y tranquilo, todo el conjunto de estresores, sentimientos y emociones vinculadas al proceso migratorio sufrido. Manifiestan que hace falta mayor formación en habilidades emocionales, una mejora de la práctica del Trabajo Social que cuente con un trato más cercano, con más contacto con las personas y las comunidades y más enfocada en el reconocimiento de las cualidades y características de los usuarios para construir con ellos un proceso de intervención integral y efectivo.

Ahora bien, tras todas estas conclusiones extraídas tanto de las entrevistas directas a los usuarios y profesionales como de las escalas de valoración pasadas a los mismos, se van a determinar cuáles son los roles principales que debe adoptar el profesional de Trabajo Social en su intervención con el colectivo inmigrante.

En primer lugar, para realizar una intervención más efectiva, es necesaria una mejora en el trato con los usuarios, adoptando actitudes más cercanas y amables, que generen confianza y comodidad en los usuarios, fomentando dentro de la comunidad de Trabajo Social un mayor aprendizaje de las habilidades emocionales.

En segundo lugar, es primordial que los profesionales de trabajo social tengan en consideración y reconozcan todos aquellos sentimientos, percepciones, pensamientos y emociones de los usuarios a la hora de realizar una intervención. Es importante que sean conscientes de la situación por la que está pasando el individuo, y ayudarle no sólo desde el punto de vista material (ayudas económicas, vivienda, empleo...) sino también desde el punto de vista del fortalecimiento de sus capacidades, habilidades y aspectos psicosociales para mejorar así su bienestar social y de salud.

En tercer lugar, es necesario la realización de actividades grupales de apoyo mutuo, dónde las personas puedan compartir en un ambiente seguro y tranquilo todo el conjunto de estresores, sentimientos y emociones vinculadas al proceso migratorio.

En cuarto lugar, los trabajadores sociales deben realizar una formación continuada en el aprendizaje de habilidades emocionales, que cuente con un trato más cercano, y un mayor contacto con las personas y las comunidades. Es necesaria una reelaboración de los instrumentos de observación, diagnóstico y seguimiento, y que contemplen no sólo los problemas, las necesidades y riesgos sino también que permitan identificar las potencialidades, capacidades y puntos fuertes a nivel personal, familiar y comunitario.

Es importante referir que los mecanismos de atención a la población inmigrante analizados en el estudio, así como la red de servicios de atención social, se enmarcan en un Estado de Bienestar en proceso de consolidación. Dichos servicios y prestaciones pueden ser concebidos como un derecho de todos los ciudadanos, y como una forma de protección ante situaciones de exclusión y vulnerabilidad encaminados a paliar las posibles necesidades de la población.

El Trabajador Social es el punto de unión entre la comunidad y el individuo por lo que tiene que afianzar las redes relacionales mediante una intervención tanto individual como grupal, teniendo en cuenta todo el conjunto de factores que rodean al individuo y a su grupo de pertenencia (religión, raza, sexo...) realizando acciones que partan del conocimiento y finalicen en una intervención integral y sistémica.

La intervención social del trabajador social con inmigrantes tiene que ser capaz de fortalecer la intervención de tipo psicosocial, potenciando al máximo estrategias de fortalecimiento de las redes de apoyo y la promoción de grupos de apoyo mutuo y de apoyo social.

La figura del trabajador social es imprescindible en la recepción de los migrantes, así como en la intervención con el beneficiario del recurso, persiguiendo en todo momento la integración e inserción social de la persona inmigrante en un nuevo contexto desconocido para la persona. Por todo ello, es necesario que exista un mayor conocimiento de la disciplina de Trabajo Social, cómo base fundamental para promover el cambio, el fortalecimiento y la mejora en la sociedad.

En definitiva, el Trabajo Social en el colectivo inmigrante debe basar su intervención en una atención social especializada, orientación, atención para la inserción social e información y asesoramiento durante todo el proceso migratorio.

12. BIBLIOGRAFÍA

Achotegui Loizate, J. (2006). Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Migraciones*, (19), 59.

Achotegui Loizate, J. (2015). *Perverse identities: Identities in conflict*

Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: Una perspectiva psicopatológica y psicosocial. *Medicina Y Cultura*, , 88-100.

Achotegui, J. (2002a). *La depresión en los inmigrantes. una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.

Achotegui, J. (2002b). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Migración Y Salud Mental*, , 163-171.

Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, (46), 163.

Acosta Ramírez, L. M., Bohórquez Velasco, Y. M., Duarte Garzón, E. F., González Osorio, A., & Rodríguez Hoyos, I. C. (2012). *Trabajo social en el área de la salud*. Documento en construcción. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Perfiles%20y%20competencias%20TrabajoSocial_Salud.pdf

Aires de Pablos, S. (2015). *El enfermo mental y la enfermería a lo largo de la historia*

Ayuntamiento de Zaragoza. *Guía práctica de recursos de Zaragoza para inmigrantes*. Recuperado de <https://www.zaragoza.es/contenidos/educacionybibliotecas/enlaces.pdf>

Ayuntamiento de Zaragoza. (2016). Datos de población provisionales de la ciudad de Zaragoza. *Cifras De Zaragoza*, , 5-72. Recuperado de <http://www.zaragoza.es/contenidos/estadistica/Cifras-Zaragoza-2016-1.pdf>

Cachón Rodríguez, L. (2001). La formación de la España inmigrante: Mercado y ciudadanía., 95-126. Recuperado de http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_097_06.pdf

Características de los inmigrantes con Síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. (2010). *Norte De Salud Mental*, 8(37), 2.

Colectivo Ioé. (2005). *La sociedad española y la inmigración extranjera*. Madrid. Recuperado de <https://www.colectivoioe.org/uploads/187713c2f84ff75059034e565a80546cb1c2dee8.pdf>

Consejo General de Trabajo Social. La especialización en ciencias de la salud del trabajo social. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especialización%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

Emigrar en situación extrema. el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). (2004). *Norte De Salud Mental*, V, 39-53.

Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de ulises : Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPiR in Barcelona = *social and demographic study on immigrants with the ulysses syndrome: Study on 1.110 immigrants attended at SAPPiR in Barcelona*. (2015). *Norte De Salud Mental*, 13(52), 70.

Eva M^a Garcés Trullenque. (2010). El trabajo social en salud mental. *Cuadernos De Trabajo Social*, Vol.23

Figueroba, A. (2017). Síndrome de Ulises: El estrés crónico en personas inmigrantes. *Psicología Y Mente*,

Fundación CEPAIM. (2013). Catálogo de buenas prácticas en acción intercultural en España y en Europa. Recuperado de <http://cepaim.org/wp-content/uploads/2014/01/catálogo-de-buenas-prácticas.pdf>

Gallego Ranedo, Carmen. (2001). Espacio, discurso y memoria de los procesos migratorios en Aragón.

García Arboleda, M., & Guillén Gestoso, C. (2013). Incidencia del síndrome de Ulises en Andalucía. Universitat Rovira I Virigili. Tarragona. Recuperado de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8402/Tesis_Inmigracion_C.Gallego.pdf?sequence=5

Gavín, I., & Franco, P. (1996). *Propuesta metodológica para el trabajo social con inmigrantes*. Madrid: Siglo veintiuno editores s.a.

Generalitat Conselleria de Sanitat. (2012). *Guía de intervención de trabajo social sanitario* Recuperado de http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf

Gobierno de Aragón. Servicio aragonés de salud. Recuperado de http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.03_salud_mental.detalleDepartamento#section2

Grinberg, L., & R. (1994). *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Madrid: Alianza editorial.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Plan nacional de acción para la inclusión social del reino de España 2013-2016*. Madrid: Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf

Observatorio Permanente de la Inmigración. (2017). *Extranjeros residentes en España a 31 de diciembre de 2017. principales resultados*

Odriozola, M. S. (2006). *Nuevos retos de los servicios sociales para el colectivo inmigrante en la comunidad autónoma vasca*.

Páez Alcarria, A. (2015). *Inmigración y salud: Consecuencias del proceso migratorio*

Pedro Herrera, D. d., & Gómez Bahillo, C. A. (2013). Dinámicas de integración de los adolescentes extranjeros reagrupados en zaragoza 2009-2010.

Pedro Herrera, María Dolores de, Martínez Callaghan, J., & Ventura de Pedro, T. (2018). Somos de aquí y allá: Las dinámicas de integración social y educativa de los jóvenes inmigrantes y sus familias.

Sánchez Ramos, J. M. (2011). *Un recurso de integración social para niños/as adolescentes y familias en situación de riesgo: Los centros de día de atención a menores*

Servicio Andaluz de Salud. *Escala de ansiedad de Hamilton*. Recuperado de http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., . . . Ribera, A. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, 135-150. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>

13. ANEXOS

ANEXO 1. SINDROME DE ULISES

	VULNERABILIDAD	ESTRESORES
Duelo por la familia	Simple	Simples
	Complicada	Complicados
	Extrema	Extremos
Duelo por la lengua	Simple	Simples
	Complicada	Complicados
	Extrema	Extremos
Duelo por la cultura	Simple	Simples
	Complicada	Complicados
	Extrema	Extremos
Duelo por la tierra	Simple	Simples
	Complicada	Complicados
	Extrema	Extremos
Duelo por el estatus social	Simple	Simples
	Complicada	Complicados
	Extrema	Extremos
Duelo por el grupo de pertenecía	Simple	Simples
	Complicada	Complicados
	Extrema	Extremos
Duelo por los riesgos físicos	Simple	Simples
	Complicada	Complicados
	Extrema	Extremos

RECUENTO

	Simples	Complicados	Extremos
Vulnerabilidad			
Estresores			
Duelos			

OBSERVACIONES

Factores protectores	
Factores culturales	
Factores agravantes	

Factores subjetivos	
Otros factores	
Comentarios generales	

ANEXO 2. ESCALA DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE / INCAPACITANTE
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos	0	1	2	3	4

acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo, inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular. Suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los parpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO 3. ESCALA DE ELABORACIÓN PROPIA

AMBITOS	ÍTEMS	PUNTUACION
PROCESO MIGRATORIO	1. Dificultad en el viaje al país receptor	0 1 2 3 4
	2. Acogida en la llegada al país receptor	0 1 2 3 4
	3. Servicios ofertados a la llegada al país receptor (medios sanitarios...)	0 1 2 3 4
	4. Satisfacción del proceso migratorio	0 1 2 3 4
	5. Arrepentimiento del proceso migratorio	0 1 2 3 4
	6. Sensación de fracaso migratorio	0 1 2 3 4

	7. Necesidad de atención sanitaria durante el proceso migratorio	0 1 2 3 4
FAMILIA	8. Nivel de apoyo en el proceso migratorio	0 1 2 3 4
	9. Acompañamiento	0 1 2 3 4
	10. Nivel de contacto con los familiares del país de origen	0 1 2 3 4
	11. Apoyo familiar en el país de acogida	0 1 2 3 4
	12. Culpabilidad de separación de los miembros familiares	0 1 2 3 4
	SITUACION SANITARIA	13. Nivel de ansiedad
14. Nivel de miedo		0 1 2 3 4
15. Nivel de soledad		0 1 2 3 4
16. Nivel de tristeza, llanto		0 1 2 3 4
17. Nivel de insomnio		0 1 2 3 4
18. Nivel de nerviosismo, intranquilidad		0 1 2 3 4
19. Nivel de felicidad		0 1 2 3 4
20. Nivel de satisfacción		0 1 2 3 4
21. Existencia de síntomas físicos, psíquicos o sensoriales pre/durante el proceso migratorio		0 1 2 3 4
22. Grado de vitalidad		0 1 2 3 4
SITUACION LABORAL	23. Dificultad para encontrar empleo	0 1 2 3 4
	24. Grado de formación académica	0 1 2 3 4
	25. Trabajo en el país receptor	0 1 2 3 4
	26. Acceso al mercado laboral	0 1 2 3 4
	27. Nivel de integración laboral	0 1 2 3 4
	28. Nivel de riesgo en el trabajo desempeñado	0 1 2 3 4
	29. Reconocimiento de derechos laborales	0 1 2 3 4
	30. Sentimiento de igualdad	0 1 2 3 4

	31. Sentimiento de discriminación	0 1 2 3 4
ECONOMICA	32. Nivel económico	0 1 2 3 4
	33. Existencia de ayudas económicas del país receptor	0 1 2 3 4
	34. Satisfacción por el salario percibido	0 1 2 3 4
	35. Nivel de cobertura de las necesidades básicas	0 1 2 3 4
	36. Ayuda económica al país autóctono	0 1 2 3 4
	SITUACION CULTURAL	37. Conocimiento de la lengua del país receptor
38. Conocimiento de las tradiciones culturales y/o costumbres		0 1 2 3 4
39. Adaptación de la lengua del país receptor		0 1 2 3 4
40. Adaptación en la vestimenta del país receptor		0 1 2 3 4
41. Nivel de continuidad de la cultura de origen		0 1 2 3 4
SITUACION SOCIAL	42. Integración en la sociedad	0 1 2 3 4
	43. Participación en la comunidad	0 1 2 3 4
	44. Reconocimiento de derechos sociales	0 1 2 3 4
	45. Necesidad de asistencia social	0 1 2 3 4
	46. Respeto social / Igualdad de oportunidades	0 1 2 3 4
	47. Nivel de protección social	0 1 2 3 4
	48. Conocimiento de los Servicios Sociales	0 1 2 3 4
	49. Conocimiento de la Seguridad Social	0 1 2 3 4
	50. Acceso a los Servicios Sociales	0 1 2 3 4
	51. Acceso a la Seguridad Social	0 1 2 3 4
	52. Conocimiento de Trabajo Social	0 1 2 3 4
	53. Nivel de ocio y tiempo libre	0 1 2 3 4

SITUACIÓN DE LA VIVIENDA	54. Satisfacción con la vivienda	0 1 2 3 4
	55. Nivel de adaptación en la vivienda	0 1 2 3 4
	56. Adaptación en la comunidad vecinal	0 1 2 3 4
	57. Respeto a la intimidad propia en la vivienda	0 1 2 3 4
	58. Satisfacción por los servicios percibidos en la vivienda (luz, agua, gas...)	0 1 2 3 4

*0: ausente, 1: leve, 2: moderado, 3: alto, 4: muy alto.

ANEXO 4. ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

- Nombre / ¿Cuántos años tienes?
- ¿En qué país naciste?
- ¿Por qué viniste a Zaragoza? ¿has residido antes en otros lugares?
- ¿Cuánto tiempo llevas en Zaragoza?
- ¿Viniste solo/a o acompañado?
- ¿Cómo viniste? Cuéntanos cómo ha sido tu proceso migratorio
- ¿Has dejado familiares en tu país? ¿Mantienes contacto con ellos? ¿Los miembros de tu familia trabajan? ¿Envías dinero periódicamente a tu familia de origen?
- ¿De qué trabajabas en tu país? ¿Tienes trabajo aquí? ¿Te costó mucho encontrarlo? ¿Crees que el salario que percibes cubre tus necesidades?
- ¿Qué formación académica posees? ¿Sigues formándote?
- ¿Con quién vives aquí? ¿Estás a gusto en la comunidad en la que resides? ¿Has tenido algún tipo de conflicto dentro de ella? ¿Algún aspecto que gustaría mejorar?
- ¿Has participado en actividades de ocio dentro de la comunidad? ¿Te has sentido integrado dentro de ella?
- ¿Ha supuesto una dificultad adaptarte al lenguaje del país receptor? ¿Y a la cultura?
- ¿Qué sentimiento tuviste al llegar a España? ¿Ha cambiado en estos meses?
- ¿Cómo te sientes emocionalmente?
- ¿Has tenido crisis de estrés, ansiedad, insomnio etc.? Cuéntanos brevemente
- ¿Has necesitado atención profesional? (psicológica, psiquiátrica, asistencial)
- ¿Te has sentido integrado en la sociedad? O por el contrario ¿Te has sentido discriminado?
- ¿Te has sentido reconocido tanto por la sociedad como por las instituciones? ¿Te han ayudado en los momentos en los que lo has necesitado?
- ¿Te has sentido valorado, escuchado y apoyado socialmente?
- ¿Consideras que se respetan tus derechos dentro de la sociedad?
- ¿Has tenido contacto con Trabajadoras Sociales? ¿Por qué motivo? ¿Han cubierto tus necesidades?
- ¿Has cumplido las expectativas que tenías? ¿Te sientes satisfecho? ¿Cambiarías algo?
- ¿Qué piensas hacer en un futuro? ¿Desearías volver a tu país?

ANEXO 5. FORMULARIO ONLINE

2016/2018

SÍNDROME DE ULISES

SÍNDROME DE ULISES

Este cuestionario forma parte de un estudio sobre el "Síndrome de estrés crónico y múltiple del Inmigrante" o "Síndrome de Ulises" realizado por dos alumnas de Trabajo Social en la asignatura "Trabajo Fin de Grado" de la Universidad de Zaragoza.

El síndrome de Ulises se puede delimitar como un conjunto de síntomas derivados como estresores graves asociados a la emigración, es un cuadro de estrés psicológico que afecta a los Inmigrantes cuando se exponen a situaciones extremas derivadas del proceso migratorio.

Le pedimos que complete este cuestionario para poder conocer y estudiar vuestro punto de vista y la situación del colectivo Inmigrante en vuestras entidades y respecto a dicho Síndrome.

Si hubiera en su entidad alguna persona(s) que tenga mayor información sobre el tema, por favor, háganle llegar el cuestionario para que sea ella quien lo responda.

Gracias por su participación.

***Obligatorio**

1. Nombre de su entidad *

2. ¿Es una de las líneas de actuación de su organización trabajar con colectivo Inmigrante dentro de la ciudad de Zaragoza? *

Marca solo un óvalo.

SÍ

NO

3. ¿Qué colectivos predominan en su organización? *

4. ¿En qué rango de edad se encuentra el colectivo Inmigrante con el que trabajan?

Selecciona todos los que correspondan.

0-18

18-30

30-45

45 o más

5. ¿Cuál es el número aproximado de Inmigrantes que acuden a la organización?

Selecciona todos los que correspondan.

Menos de 10

Entre 10 y 20

Entre 20 y 30

Más de 30

6. Desde el punto de vista profesional, ¿Cuáles son los problemas (psicológicos, emocionales, físicos, afectivos, culturales, sociales...) a los que se enfrenta el colectivo inmigrante a su llegada al país receptor? *

7. ¿Cuál es la principal demanda del colectivo inmigrante en su entidad? *

8. ¿Su organización posee un plan estratégico de actuación para trabajar con este colectivo (sensibilización, educación para el desarrollo...)? En caso afirmativo, exponga de forma breve. *

9. Desde su punto de vista, ¿Cuáles creen que deberían ser las actuaciones sociales prioritarias para mejorar la situación de los inmigrantes en Zaragoza?

10. ¿Crees que el colectivo inmigrante se encuentra en situación de vulnerabilidad? Justifica tu respuesta *

11. Si considera que existe algún aspecto destacable dentro de dicha temática, exponga a continuación. Gracias

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Con la tecnología de
 Google Forms

