



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Esta tesis doctoral contiene un índice que enlaza a cada uno de los capítulos de la misma.

Existen asimismo botones de retorno al índice al principio y final de cada uno de los capítulos.

[Ir directamente al índice](#)

Para una correcta visualización del texto es necesaria la versión de [Adobe Acrobat Reader 7.0](#) o posteriores

Aquesta tesi doctoral conté un índex que enllaça a cadascun dels capítols. Existeixen així mateix botons de retorn a l'índex al principi i final de cadascun dels capítols .

[Anar directament a l'índex](#)

Per a una correcta visualització del text és necessària la versió d' [Adobe Acrobat Reader 7.0](#) o posteriors.

T
2004
014

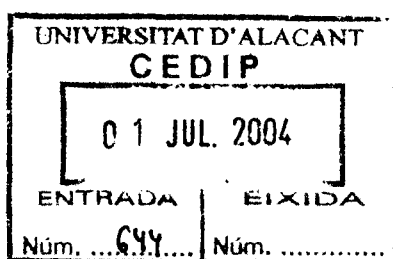


Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

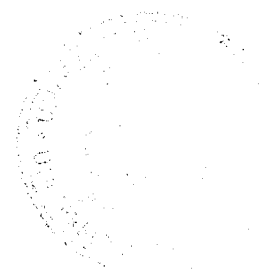
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tesis doctoral

**EL CHOQUE CULTURAL EN LAS SOCIEDADES EUROPEAS.
ANOMIA E INTEGRACIÓN SOCIAL**



Rosa Maria Albert Sanchis



Director: D. Antonio Alaminos Chica

Programa de doctorado Sociedad y cultura contemporáneas

Año 2004



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La hipercivilización que provoca la tendencia anómica y la tendencia egoísta tiene también como efecto aguzar los sistemas nerviosos, volverlos excesivamente sensibles; por esta misma razón son menos capaces de ser constantes en su apego a un objeto definido, se someten menos a cualquier disciplina, y son más propensos a la irritación violenta y a la depresión exagerada. (Durkheim, El Suicidio: 440-441)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I INTRODUCCIÓN | 1 |
| II PRESUPUESTOS TEÓRICOS | 3 |
| 1 Aculturación | 3 |
| 2 Aculturación y salud mental | 6 |
| 3 Teorías, modelos y estrategias de aculturación | 9 |
| 4 Tipologías de aculturación | 14 |
| 5 Teorías tradicionales | 15 |
| 5.1 Sentimientos de dolor y pérdida | 15 |
| 5.2 Fatalismo (<i>locus of control</i>) | 17 |
| 5.3 Teoría de la emigración selectiva | 19 |
| 5.4 Teoría de las expectativas | 20 |
| 6 Teorías modernas | 20 |
| 6.1 Acontecimientos negativos de la vida | 21 |
| 6.2 Disminución del soporte social | 22 |
| 6.3 Valor de las diferencias | 23 |
| 6.4 Teoría de las habilidades sociales | 24 |
| 6.5 Herramientas básicas | 25 |
| 6.6 Enfoque comunicacional | 26 |
| 6.7 Incertidumbre y ansiedad | 27 |
| 6.8 <i>Culture shock</i> | 28 |
| 7 El concepto de salud y trastorno mental | 31 |
| 8 El concepto sociológico de anomia | 34 |
| 9 Dimensión psicológica de la anomia: depresión, ansiedad y estrés | 44 |
| 9.1 Depresión | 44 |
| 9.2 Ansiedad | 51 |
| 9.3 Estrés | 66 |
| 10 Trastornos de adaptación | 78 |
| 11 Clasificación del estrés de aculturación dentro de | 81 |

las clasificaciones internacionales

| | |
|---|-----|
| III INVESTIGACIÓN EMPÍRICA | 86 |
| 1 Diseño de la investigación | 86 |
| 2 Desarrollo del escalamiento de control | 87 |
| 2.1 Objetivos | 87 |
| 3 Desarrollo del escalamiento de aculturación | 94 |
| 3.1 Objetivos | 94 |
| 3.2 Contenido y estructura del escalamiento de aculturación | 97 |
| 4 Desarrollo del escalamiento de estrés | 102 |
| 4.1 Objetivos | 102 |
| 4.2 Contenido y estructura del escalamiento de estrés | 102 |
| 4.3 Relación del estrés de aculturación con el consumo de alcohol, tabaco y drogas. | 105 |
| IV PARTE CUALITATIVA | 107 |
| 1 Análisis cualitativo exploratorio. | 107 |
| 1.1 Características a destacar de los entrevistados y las entrevistas. | 107 |
| 1.2 Razones para venir a España. | 109 |
| 1.3 Competencia intercultural. | 112 |
| 1.4 Nuevas tendencias de la migración. | 116 |
| 1.5 Falta de perspectivas de estabilidad económica. | 120 |
| 1.6 Relaciones sociales. | 122 |
| 1.7 Los problemas de los residentes extranjeros mayores en España. | 125 |
| 1.8 Los problemas de los residentes extranjeros más jóvenes en España. | 130 |
| 1.9 El problema de la inseguridad ciudadana. | 132 |
| 1.10 Problemas para la integración. | 134 |
| 1.11 Sentimiento de pertenencia. Nacionalidad y costumbres. | 140 |

| | |
|--|-----|
| 1.12 Problemas de salud. | 149 |
| 1.13 Interés en la política española. | 153 |
| 1.14 Problemas con las leyes españolas y las infraestructuras. | 157 |
| 2 Conclusiones del análisis cualitativo. | 162 |
| | |
| V PARTE CUANTITATIVA | 169 |
| 1 Selección de la muestra y aplicación del cuestionario. | 169 |
| 2 Análisis descriptivo sobre el estrés de aculturación. | 177 |
| 2.1 Distribuciones de frecuencias en el escalamiento de aculturación. | 181 |
| 2.2 Distribuciones de frecuencias en el escalamiento de estrés. | 186 |
| 3 Análisis exploratorio de la dimensionalidad del estrés de aculturación. | 192 |
| 3.1 Análisis dimensional del escalamiento de aculturación. | 192 |
| 3.2 Análisis dimensional del escalamiento de estrés. | 197 |
| 3.3 Conclusiones del análisis dimensional del estrés de aculturación. | 203 |
| | |
| VI CONCLUSIONES FINALES | 213 |
| VII BIBLIOGRAFÍA | 219 |
| VIII ANEXOS | 247 |



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



I INTRODUCCIÓN

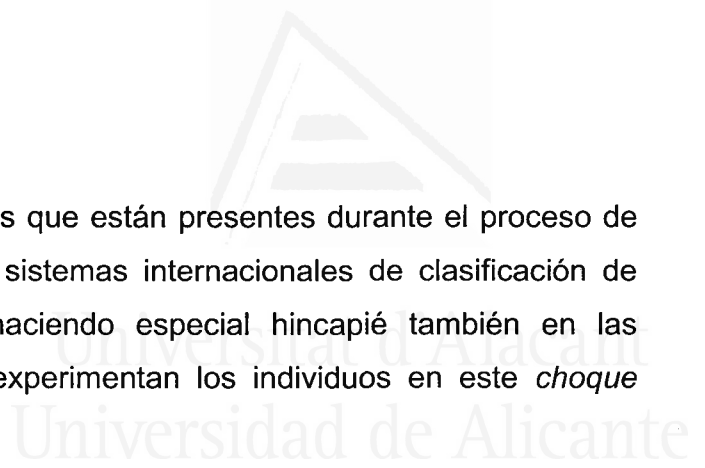
Las evidencias acumuladas sugieren que los procesos de aculturación están vinculados a los cambios de comportamiento que experimentan los individuos al entrar en contacto con otras culturas diferentes, pudiendo derivar estos cambios en algunos trastornos psicológicos e incluso somáticos. Durante este proceso es posible que el individuo pierda algunos de los elementos o rasgos propios de su cultura de origen en aras de la nueva cultura. La dirección de los cambios aculturativos está abierta a un sinnúmero de posibilidades, que dependerán sobretodo de la personalidad del individuo y de las características de la cultura huésped.

Con la finalidad de poder averiguar que mecanismos están involucrados en estos procesos aculturativos, esta tesis de investigación utilizará algunas herramientas sociales, como son los escalamientos desarrollados por algunos investigadores, que pueden ayudar a encontrar los aspectos más relevantes. En este sentido, se elaborará un escalamiento propio tomando como base estos escalamientos que ayude a identificar cuáles son los signos y síntomas más influyentes en estos procesos.

El estudio de la aculturación constituye una de las áreas de investigación más importantes en la sociedad europea actual. El conflicto entre los diferentes valores sociales supone una fuente potencial de desorganización social, que puede llevar al individuo a comportarse de una manera anómica. La idea de la anomia está vinculada a algunas teorías modernas como es la teoría de la disminución del soporte social y a algunos conceptos como el que se refiere a la distancia cultural que se da entre el residente extranjero y la cultura huésped. Un ejemplo que puede asociar la hipótesis de *culture shock* y la anomia vendría dado por el cambio de comportamiento que experimenta un individuo en su esfuerzo por integrarse en una cultura nueva para él, que derivará sobretodo del conflicto de valores que surge del *choque* entre ambas culturas.

Teniendo en cuenta que cada sociedad evalúa lo que es estar sano o enfermo a la luz de una situación existente en la misma, determinada por el desarrollo económico, educativo, político, etc,.. y lo que hoy representa salud para una sociedad puede no serlo dentro de unos años, esta tesis de investigación, desde la triangulación metodológica, intentará

dilucidar cuales son los factores más relevantes que están presentes durante el proceso de aculturación, atendiendo principalmente a los sistemas internacionales de clasificación de trastornos mentales DSM IV y CIE 10 y haciendo especial hincapié también en las consecuencias derivadas de la anomia que experimentan los individuos en este *choque* cultural.





II PRESUPUESTOS TEÓRICOS

1 ACULTURACIÓN

Es posible definir *el concepto de aculturación*¹ desde el ámbito de la antropología y desde el ámbito de la sociología (los estudios sociológicos en los Estados Unidos han prestado especial atención a los grupos migratorios mientras que los antropólogos se han concentrado en grupos no migrantes y no occidentales).

Para comprender el proceso de aculturación es necesario referirse a la cultura, y a partir de ésta poder entender este proceso como un proceso de abandono de reglas de comportamiento social y cultural propias y de absorción de formas de comportamiento propias de otra cultura, es decir, una de las culturas modifica su comportamiento de modo voluntario y progresivamente va asumiendo otros comportamientos culturales no propios. De hecho, Kluckhohn (1951) la definió como: "la cultura consiste en formas de pensar, sentir, y reaccionar adquiridas y transmitidas mediante símbolos que constituyen el distintivo de los diferentes grupos humanos" (pp.86). Por su parte, Matsumoto (1996) piensa que la cultura es un conjunto de actitudes, valores, creencias y comportamientos que son compartidos por un grupo de personas y transmitidas de una generación a la siguiente por medio del lenguaje o por medio de otras formas de comunicación. Esta definición sugiere que la cultura se mantiene y posiblemente cambia en la medida en que los individuos interactúan y se comunican.

Los primeros estudios sobre aculturación se dieron en relación con la diversidad étnica, así como también de la existencia de culturas específicas, de manera que la primera definición de aculturación data aproximadamente del año 1880; Fue introducida por antropólogos americanos, aunque este modelo fue perdiendo capacidad explicativa frente a las transformaciones de las sociedades modernas y en 1935 se publicó una memoria para el estudio de la aculturación en el *American Journal of Sociology*, que definió un marco

¹ Según Aguirre Beltrán (1992), el vocablo "aculturación" está formado por una preposición (ad), que tanto en latín como en inglés y en castellano tiene un significado que denota cercanía, unión, contacto. Esta es la razón por la que etimológicamente este vocablo significa "contacto de culturas".

interpretativo y una forma de interpretación del concepto de aculturación estableciendo una distinción teórica entre la difusión y la asimilación que apunta a niveles diferentes de interacción entre individuos de sociedades o culturas distintas. Pero fue en 1936 cuando Redfield y sus colaboradores definieron este proceso de la siguiente manera: “La aculturación incluye aquellos fenómenos resultantes de la interacción entre grupos de individuos con culturas diferentes que permanecen en continuo contacto directo con los subsiguientes cambios en el patrón original de las culturas de referencia de un grupo o de ambos grupos”...bajo esta definición la aculturación se distingue de cambio cultural, lo que constituye solo un aspecto del proceso de aculturación, y de la asimilación, que es al mismo tiempo una fase de aculturación. (pp. 149-152). También se puede diferenciar como difusión², la cual se da en todos los sitios donde frecuentemente se asienta el fenómeno sin que ocurran otros tipos de contacto entre gente, aunque esto también constituye solo un aspecto del proceso de aculturación. (*Acculturation, Theory, Models and some New Findings*, pp. 9).

Una de las definiciones de aculturación más conocidas es la de Barnett (1954) que considera que el cambio cultural se inicia por la conjunción de dos o más sistemas culturales autónomos. Esta definición considera aspectos demográficos y ecológicos que comprenden los contactos interétnicos y las transformaciones de los roles sociales, producto de la interacción de individuos pertenecientes a sociedades diferentes, pero iguales en términos de desarrollo.

En 1987 Burnam y sus colaboradores definieron la aculturación como el proceso de cambio en el cual los individuos de una cultura modifican sus comportamientos para poder adaptarse a otra cultura.

En 1954 el SSRC (*Social Science Research Council*) define el concepto de aculturación de la siguiente manera: “El cambio cultural que se inicia por medio de la conjunción de uno o más sistemas culturales autónomos. El cambio de aculturación puede ser la consecuencia de: una transmisión cultural directa, o puede derivarse de causas no culturales, tales como las ecológicas o demográficas inducidas por una cultura influyente;

² Una definición del concepto de aculturación dentro de la corriente de la difusión viene de la mano de Herskovits (1964) quien afirma que es la “transferencia de elementos o rasgos de una cultura a otra cuyo proceso y dispositivos solo estamos en situación de deducir porque su manifestación ha ocurrido en un tiempo ahistórico”, lo que implica que sería un fenómeno histórico con pasado, presente y futuro por lo que es posible someterlo a observación.

puede retrasarse mediante ajustes internos que son consecuencia de la aceptación de pautas alienadas o puede ser una adaptación reactiva de tradicionales modos de vida” (pp. 974). Para el SSRC la incorporación de nuevos rasgos sería esencialmente un proceso creativo que podría tener consecuencias destructivas especialmente si se fuerza el proceso de incorporación (según estos autores, bajo coerción se pierde la autonomía cultural y se bloquean los mecanismos creativos, además de perder la prerrogativa de poder integrar lo que el grupo quiere y rechazar el resto).

Otra perspectiva considera que existe una cultura en una posición superior de poder, que al entrar en contacto con otra impone sus reglas de comportamiento social y cultural, ya que considera a la cultura subordinada como anómica; Desde esta perspectiva el concepto de aculturación sería en términos operativos un indicador de desestructuración social y cultural. Gaete (1995), en este sentido, se refiere al concepto de aculturación como un proceso de pérdida paulatina de elementos o rasgos propios de una cultura, por lo que este concepto se asocia al contacto interétnico multilineal o dialéctico. Una interpretación más correcta del concepto de aculturación es la que lo define como un proceso multidimensional en el que la dirección del cambio está abierta (Keefe , 1980).

En un nivel psicológico, la aculturación se refiere a los cambios que se dan en un individuo que participa en una situación de contacto cultural (una persona que está siendo influenciada directamente por una cultura externa y por la cultura cambiante de la que este individuo es miembro). Hay dos razones para mantener estos dos niveles, la primera, incide en que el comportamiento individual interactúa con el contexto cultural mientras tiene lugar; La segunda razón se basa en que no todos los individuos participan o cambian en el mismo sentido, sino que existen grandes diferencias en el proceso de aculturación psicológica, incluso entre individuos que viven en el mismo lugar. Así pues, se requiere medir y conceptualizar de forma diferente los dos niveles (Graves, 1967).

El cambio en el estilo de comunicación puede afectar de manera importante los procesos interpersonales. Las redes sociales son las estructuras mediante las que los fenómenos macroestructurales ejercen influencia en los individuos (Granovetter, 1973). Así, algunos sociólogos se refieren a estas redes como “estructuras de oportunidad”, en un sentido, las redes sociales proporcionan a la gente un soporte social, compañía, consejo,

información y acceso a los recursos (Falloon & Pederson, 1985; Holmes-Eber & Riger, 1990). El estatus de refugiado está asociado a un aumento del comportamiento psicótico (Harding and Looney, 1977), es decir, el status de refugiado tiene una mayor incidencia de trastornos mentales debido a un tipo de vida aislado por las barreras que impone el lenguaje, y este aislamiento da lugar a sentimientos de inseguridad y ansiedad comparables a los que experimentan las personas sordas, teniendo en cuenta las reacciones paranoicas que en estas personas se observan. La composición de la estructura de las redes sociales ayudan a explicar un amplio rango de comportamientos sociales, desde la movilización del soporte social hasta los roles (Mueller, 1980). De acuerdo con esto, la identidad étnica incluye las ataduras sociales que cada uno tiene con su comunidad.

2 ACULTURACIÓN Y SALUD MENTAL

La aculturación involucra a los cambios resultantes derivados del contacto mantenido entre dos culturas diferentes (Berry, Trimble, & Olmedo, 1986). La tendencia de considerar patológico los procesos de aculturación y sus resultados, pueden deberse en parte a la historia del estudio de la aculturación en psiquiatría y en psicología clínica. El estrés de aculturación es el concepto (Berry, Kim, Minde & Mok, 1987); En este caso, los individuos entienden que ellos están enfrentando los problemas que resultan del contacto entre culturas diferentes, que no pueden manejarse fácil o rápidamente, tan solo mediante el ajuste o la asimilación. En un sentido más amplio de los paradigmas de estrés y adaptación, está la aproximación de Lazarus y Folkman (1984) que se refiere al proceso que se da en los individuos cuando se enfrentan con los problemas de aculturación por vez primera y a lo largo del tiempo, por tanto, el estrés de aculturación consiste en una reacción de estrés a los retos de los acontecimientos de la vida que están enraizados en la experiencia de la aculturación; Más recientemente, Endler y Parker (1990) identificaron una tercera estrategia a la hora de manejarse: evitación-orientación. Todavía no está claro como las dos estrategias de manejo o coping se relacionan con las estrategias de aculturación, porque ambas están probablemente involucradas en las estrategias de asimilación e integración, sin embargo, la tercera (evitación-orientación), se asemeja a una estrategia de separación, y posiblemente de marginación.

La relación de las enfermedades mentales con el fenómeno de la emigración se considera desde hace tiempo importante en cualquier investigación fisiopatológica entre la población portorriqueña. La incidencia de trastornos mentales en esta población se debe desde hace tiempo al choque de una transición brusca entre un mundo familiar a un mundo nuevo no familiar. El dolor que supone el desarraigo y la pérdida de identidad está involucrado en la aparición de problemas psicológicos (Fitzpatrick, 1971; Minuchin y col., 1967). Un tema importante en todos los estudios de los trastornos mentales de esta población es el cambio cultural debido al fenómeno de la emigración que se ve reflejado en un conflicto intergeneracional entre padres e hijos. La nueva cultura causa un gran nivel de incertidumbre e aislamiento (Trautman, 1961). Quizá el factor real que opera en los trastornos mentales de la población portorriqueña, no es tanto el fenómeno de la emigración, sino el fenómeno de la aculturación entendida como un proceso que conlleva estrés. (Fitzpatrick, 1971).

Las evidencias acumuladas sugieren que el estrés de aculturación puede incluso tener implicaciones importantes para la salud mental. Algunos investigadores han llegado a la conclusión de que cuanto mayor es el nivel de estrés de aculturación, mayor es el riesgo de desarrollar problemas psicológicos, especialmente los primeros meses de contacto con la nueva sociedad (Yeung y Schwartz, 1986; Zheng y Berry, 1991).

Tizón (1989) plantea la migración como un conflicto psicosocial que afecta a los inmigrantes, a los habitantes del lugar de recepción y a los que se quedan en el lugar de origen, sin emigrar. En esos tres grupos existen repercusiones psicológicas, sociales y biológicas. Señala como características de expresión psicopatológica: depresión, somatización, hipocondría y paranoia.

Varios autores han hecho un listado de las variables relacionadas con la salud mental de los inmigrantes. Por ejemplo, Morrison en 1973 hizo un listado de diez. Son las siguientes:

| Variables que intervienen con anterioridad a la emigración: | Variables que intervienen durante la emigración | Variables que intervienen después de la emigración |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Personalidad del emigrante • Experiencias de la vida • Formación cultural • Razones para dejar su anterior residencia • Razones para trasladarse a una nueva residencia | <ul style="list-style-type: none"> • estrés por el cambio | <ul style="list-style-type: none"> • Actitud en el entorno del emigrante • Situación política • Presión hacia la aculturación • Oportunidades económicas • Homogeneidad del entorno actual • Satisfacción de las expectativas y aspiraciones • Personalidad del emigrante |

(adaptación de *Culture Shock*, 1986: pp.106-107)

Morrison intentó explicar por qué el fenómeno de la emigración afecta a los grupos de manera diferente, y la manera en que son afectados, además de los factores que intervienen en este proceso.

3 TEORÍAS, MODELOS Y ESTRATEGIAS DE ACULTURACIÓN

El concepto de las estrategias de aculturación puede usarse de varias formas, específicamente, cuando se intentan entender orientaciones nacionales, institucionales e individuales en grupos culturales dominantes y no dominantes. Las generalizaciones que se han hecho en base a un amplio rango de hallazgos empíricos permiten a los investigadores proponer que las políticas y programas que buscan mejorar las relaciones interculturales, deberían enfatizar un acercamiento de la integración al proceso de aculturación, esto también es verdad en las políticas nacionales, organizaciones institucionales y los objetivos de grupos etnoculturales, y esto también sirve para los individuos de la sociedad que los acoge, así como para los miembros de grupos de aculturación no dominantes (Berry, 2002).

De acuerdo con el modelo de aculturación desarrollado por Szapocznik, Scopetta, Kurtines y Aranalde (1978), el proceso de aculturación en el nivel individual consiste en una función lineal entre la cantidad de tiempo que una persona ha estado expuesto a la cultura huésped y la velocidad con que este proceso de aculturación se da, teniendo en cuenta la edad y la capacidad del individuo. La aculturación es conceptuada por este modelo apuntando a la esencia de este proceso que se dirige hacia el desarrollo de las diferencias intergeneracionales observadas clínicamente en el proceso de aculturación que se da en las familias de inmigrantes cubanos, especialmente en las diferencias intergeneracionales de los comportamientos aculturativos que se dan a lo largo del tiempo, ya que los miembros más jóvenes de la familia se aculturán más rápidamente que los miembros más mayores. El modelo explica que las diferencias más graves entre familias durante el proceso de aculturación suceden entre los hombres jóvenes y sus madres, sugiriendo que los conflictos intrafamiliares más graves ocurrirían entre estos miembros de las familias. El proceso puede ser unidimensional, bidimensional o multidimensional dependiendo del contexto cultural de los inmigrantes cubanos que llegaron a Miami. Sin el soporte necesario de la comunidad hispánica, el proceso de aculturación para muchos de estos emigrantes, especialmente los jóvenes ocurrió unidimensionalmente. Otros modelos unidimensionales de aculturación se han desarrollado atribuyendo los problemas de aculturación a los miembros del grupo minoritario quien sería el responsable de no haber tenido un proceso de asimilación que los hubiera integrado en la sociedad (Bourhis, Moïse, Perreault y Senécal, 1997).

El biculturalismo implica que el individuo puede participar en dos contextos culturales al mismo tiempo que pueden interactuar de forma efectiva con estos contextos para evitar el efecto negativo de acumulación como son los trastornos psicológicos o de comportamiento. La naturaleza de los modelos aculturación y biculturalización descritos pueden estar estrechamente relacionados con el contexto cultural en el que estos procesos tienen lugar. (Szapocznik y col., 1980a). El biculturalismo está relacionado generalmente con el ajuste, ambas dimensiones (biculturalismo e involucración cultural) determinan los niveles de ajustes extremos. El modelo reconoce explícitamente un componente o norma que se relaciona estrechamente con la intensidad de la exposición a la cultura huésped, y un componente patológico que se desvía de la norma, y que se refleja en unos niveles altos o, por el contrario, bajos de aculturación. Lo que hace que esta desviación de la norma sea inapropiado es que el individuo sea monocultural, y viva en un contexto bicultural. Así pues, los conceptos de monoculturalismo/biculturalismo proporcionan una explicación más detallada de las relaciones de los procesos de aculturación hacia un proceso de ajuste o adaptación. De acuerdo con Clark y col. (1976) la actual composición socioeconómica de la comunidad cubana en los Estados Unidos es una réplica completa de la estructura socioeconómica de Cuba.

La mayor evidencia acerca de la naturaleza del proceso de aculturación y sus implicaciones en los procesos de adaptación sugiere que en las comunidades biculturales una aculturación exagerada o un mantenimiento exagerado de la identidad étnica (una excluye la otra) sería negativo para la salud mental de los grupos inmigrantes. Este modelo de aculturación/biculturalismo (Szapocznik and Kurtines, 1980b) sugeriría que los efectos negativos de adaptación a una nueva cultura para la vida de los individuos en comunidades biculturales puede aminorarse animando al biculturalismo.

Entre los diferentes modelos que intentan explicar el proceso de aculturación destaca el modelo de Berry (1980), con dos variables: el respeto por la identidad cultural y la búsqueda de relaciones positivas. La combinación de ambas, ya sea en el ámbito individual o en el ámbito grupal van a unir o a enfrentar a los individuos, en cuatro situaciones diferentes:



1. *Asimilación*: el inmigrante abandona la cultura de origen y adopta la del país de destino buscando relaciones positivas. Esta asimilación se hace más patente en el caso de los hijos de inmigrantes y segundas generaciones, cuando el proceso de socialización o enculturación es exclusivo en la cultura del país receptor.

2. *Segregación*: Se caracteriza por la conservación de la identidad cultural; costumbres del país de origen y el rechazo hacia la cultura dominante.

3. *Marginación*: ni se conserva la identidad cultural ni se buscan relaciones positivas con la comunidad receptora; El proceso de aculturación es un fracaso y la identidad personal y social son desvalorizadas dando como resultado situaciones de anomia.

4. *Integración*: se produce integración cuando se conserva la identidad cultural y costumbres del país de origen y, al mismo tiempo, se incorporan códigos normativos y culturales, del nuevo contexto, al igual que se buscan y valoran las relaciones positivas con el país de acogida.

La investigación de los procesos de aculturación en los Estados Unidos, generalmente asume una línea continua unidireccional de cambio desde una cultura minoritaria étnica hacia la cultura mayoritaria inglesa. Los estudios de Spindler (1955) de los procesos de aculturación entre los indios Menomini presentan este modelo más gráficamente, pero hay otros estudios que también lo contemplan como un continuo (Brunner, 1956, Graves, 1967; Linton, 1940; Samora y Deane, 1956). Una alternativa para este modelo continuo es la ofrecida por Dohrenwend y Smith (1962) quienes postularon este proceso en dos dimensiones: mantenimiento o pérdida de la cultura tradicional y ganancia de nuevos valores culturales. También describen cuatro efectos del choque cultural que incluyen la alienación (cambio desde la cultura tradicional sin internalizar los patrones de la cultura dominante), reorientación (sustitución de los modelos tradicionales por otros modelos de la cultura dominante) nativismo (perpetuación de la cultura tradicional) y reconstitución (creación de

modelos culturales totalmente nuevos). En la práctica, sin embargo, hay que hacer énfasis solo en un proceso: la reorientación o lo que muchos investigadores denominan asimilación. La consideración del proceso de aculturación como un proceso multidimensional marcaría una vuelta hacia la definición de aculturación de Redfield, Linton y Herskovits (1936).

El modelo de Padilla (1980) combina elementos de los dos modelos previos. Como en el modelo continuo, el proceso de cambio se percibe como una sustitución de los rasgos nativos por los rasgos angloamericanos. Por otro lado, no se asume que el cambio es único y uniforme en su dimensión. Este modelo incluye dos elementos esenciales: conciencia cultural (*cultural awareness*) y lealtad étnica (*ethnic loyalty*). La conciencia cultural se refiere al conocimiento del individuo del material cultural específico (ej. lenguaje, valores, historia, arte, comida,..) del grupo cultural de origen y/o de la cultura huésped. Esta lealtad significa la preferencia del individuo de una cultura sobre la otra. Los índices de las preferencias y comportamientos de ambos, (*cultural awareness* y *ethnic identification*) dan una idea del grado de aculturación de un individuo.

El proceso de aculturación es multidimensional en este modelo. Este proceso ha sido visto a menudo como un proceso unitario dependiente solo de un nivel generacional del individuo o del grupo donde se da el cambio. De acuerdo con este punto de vista, la descendencia (segunda generación) de los inmigrantes (primera generación) se consideran más aculturados que sus padres debido a un mayor contacto con las instituciones de la cultura huésped (ej: sistema educativo) y más integrados que sus padres. La tercera generación se asume que está incluso más aculturizada que sus padres debido a la influencia socializante que reciben tanto en casa, como por los miembros de la cultura huésped. En este modelo, inicialmente se postula que hay al menos cinco dimensiones determinantes en el proceso de aculturación: lenguaje familiar y su uso, herencia cultural, etnia, orgullo étnico e identidad y distancia e interacción interétnicas. Las últimas tres dimensiones son menos obvias en su relación con el proceso de aculturación, pero son tan importantes como el lenguaje familiar y la herencia cultural.

Kuo (1976), por su parte, detectó cuatro problemas en los chinos americanos:

- *Aislamiento social*: la inmigración no solo involucraba a la separación física, sino también a la separación de un grupo de orientación de derechos mutuos, obligaciones y redes sociales de interacción, lo que es muy incómodo y perjudicial.

- *Choque cultural*: es causado por los sentimientos de los inmigrantes de ineficacia, pérdida de normas, inestabilidad de rol, y movimiento de rol.

- *Estrés del esfuerzo* para alcanzar objetivos: La discrepancia habitualmente larga entre las aspiraciones de los inmigrantes y sus logros reales.

- *Cambio cultural*: la adopción del núcleo americano de valores culturales da lugar a un cambio incómodo en el conocimiento, afecto y modelos de evaluación.

Aunque claramente relacionadas, estas cuatro teorías enfatizan diferentes hechos; por ejemplo, mientras tres de estas teorías sugieren tasas más altas de enfermedades mentales de los inmigrantes, la teoría de *goal striving stress* dice que la inmigración y los problemas de salud mental están inversamente relacionados; se especula que la variable más determinante en esta teoría es el estrés derivado de la lucha o el esfuerzo por alcanzar los objetivos, es decir, la diferencia entre los objetivos que se quieren alcanzar y los objetivos conseguidos. Por otra parte, la teoría de *cultural change* asume que la aculturación guarda una relación directa con el estrés psicológico mientras la teoría de *cultural shock* predice una relación inversa con éste.

Cada una de estas cuatro teorías se centra en un aspecto particular del proceso de adaptación del cambio de vida de los inmigrantes y contempla que este cambio es el factor que ejerce una mayor influencia en la salud mental de los inmigrantes.

4 TIPOLOGÍAS DE ACULTURACIÓN

Los únicos estudios que son relevantes y tipifican el proceso de aculturación son los propuestos por Clark y col., (1972, 1976, 1978) En estos estudios, la aculturación y la identidad étnica de los americanos mejicanos y los americanos japoneses encuestados fue comprobada (1972), se trata de un método que describe como se puede construir un escalamiento de aculturación para estudiar el grado de aculturación entre estos dos grupos étnicos. Establecen directamente tipologías entre estas dos poblaciones denominadas como “tipos de identidad étnica” (1976, 1978). De todo esto deriva:

- *Acculturative balance scale*: test que es capaz de medir el grado de conocimiento de la cultura tradicional popular en comparación con la cultura americana contemporánea.

- *Traditional Orientation*: se trata de un cuestionario que mide las actitudes y comportamientos de un individuo hacia su propio grupo étnico en base a sus actitudes individuales (en el lenguaje, afiliación religiosa, forma de comportamiento social, cultura).

- *Anglo-face*: refleja la intensidad del sentimiento de pertenencia al grupo mayoritario cultural, o sea, el grado en el que un individuo actúa ante los demás como perteneciente al grupo étnico o como americano.

Utilizando estas tres medidas Clark y sus colaboradores fueron capaces de establecer seis tipologías básicas (estas tipologías se generaron tomando como base los datos obtenidos de las encuestas de veintisiete americanos mejicanos y veintitrés americanos japoneses (lo que cambió el concepto tradicional unidimensional del proceso de aculturación hacia un proceso multidimensional que incluye la identidad étnica): las tipologías uno y dos son mayoritariamente los sujetos mayores de la primera generación de encuestados; los tipos tres y cuatro son mayoritariamente los sujetos de mediana edad; y los tipos cinco y seis son mayoritariamente jóvenes de la tercera generación de encuestados. En otras palabras, “cada generación tiende a dividirse por si misma en dos perfiles tipológicos que muestran dos patrones distintos de identidad étnica...” (Clark, 1976: pp. 233).

Un punto de vista alternativo es el que defiende que el proceso de aculturación es una variable independiente que motiva una ruptura de la familia extensa. Este punto de vista asume que la estructura familiar está basada en principios de interdependencia que van más allá de la familia nuclear que hace muchas distinciones basadas en la edad y en el sexo, y estos valores están desfasados, por lo que las estructuras pierden su integridad y se colapsan. Otras aproximaciones asumen que hay una relación inversa, unilineal, entre la familia extensa y el grado de aculturación: a mayor grado de aculturación, más se debilitan los lazos que unen la familia extensa.

Se ha intentado en numerosas ocasiones explicar el estrés de aculturación basándose en la necesidad de movimiento desde una cultura hacia otra. Algunas teorías³ que describen el choque entre culturas son:

5 TEORÍAS TRADICIONALES

Dentro de éstas tenemos las siguientes:

- Sentimientos de dolor y pérdida
- Fatalismo
- Teoría de la emigración selectiva
- Teoría de las expectativas

5.1 Sentimientos de dolor y pérdida

Contempla la emigración como una experiencia de pérdida. Esta teoría permite variaciones en la intensidad y duración de las etapas, pero no es capaz de explicar por qué para algunas personas este sentimiento de pérdida no tiene consecuencias negativas.

³ (En: Furnham and Bochner, *Culture Shock*, capítulos 7-9).

“Las emociones de la pérdida pueden mostrarse públicamente con lamentos y llanto, suprimidos o camuflados detrás de la máscara de algún otro afecto, como por ejemplo, riendo y llorando al mismo tiempo” (Averill, 1968: pp.722).

Bowlby identificó numerosas fases en las que pensó que el sentimiento de dolor podría acontecer, aunque ello formara parte del proceso. En la primera fase, la ira, el llanto y la ingratitud son expresiones en las que urge recobrar el objeto perdido. “...si nosotros negamos el sentimiento de dolor, negamos la importancia del significado por el que cada uno de nosotros ha luchado para dar forma a su propia vida. El sentimiento de pérdida significa dolor porque en él está comprometida nuestra propia experiencia personal”. (Bowlby, 1960: pp. 103).

Otros estudios intentan describir y clasificar las diferentes características del dolor como una fase de reacción de dolor típica debida a los cambios (Averill, 1968; Parkes, 1965; Lindemann, 1944).

- *Pena normal*: generalmente se caracteriza por shock emocional, desesperación, depresión y recuperación, aparece en un periodo entre tres y veinticuatro horas y suele durar meses después de la pérdida.

- *Pena exagerada*: donde todos los síntomas se intensifican y prolongan. El comportamiento, el cual enmascara una profunda depresión y apatía, se afecta, por lo que pueden aparecer rasgos neuróticos y psicóticos.

- *Pena abreviada*: como una genuina pero corta experiencia; Se da como consecuencia de la pérdida del objeto o la persona, que son reemplazados.

- *Pena inhibida*: ocurre cuando los síntomas o manifestaciones de la pena normal se enmascaran o inhiben, por lo que pueden aparecer con posterioridad en forma de síntomas psicosomáticos.

- *Pena anticipada*: es una pena abreviada con muchas de las características que ocurren antes que la pérdida se de.

- *Pena retrasada*: es una pena que se retrasa hasta mucho tiempo después de que la pérdida haya ocurrido.



5.2 Fatalismo (locus of control)

Estas teorías surgieron con la finalidad de sistematizar el estudio de la personalidad (ésta se adquiere y se transforma en el proceso de la vida a través de la interacción del individuo con su medio). Por tanto, las experiencias de una persona interfieren en los nuevos aprendizajes de ésta. Rotter⁴ (1990) encontró que hay personas que explican un acontecimiento como contingente a su propia conducta, lo cual define como individuos con un locus de control interno. También hay sujetos con un locus de control externo, son aquellos que identifican a los acontecimientos que les suceden como resultado de fuerzas ajenas o externas a ellos mismos y, que estas actúan independientemente de sus actos.

Según este autor, los efectos de un refuerzo sobre el comportamiento que lo precede dependen, en parte, del hecho de que la persona percibirá el premio o el refuerzo⁵ como contingente a su comportamiento (control interno). En este sentido, el término *control interno* se refiere a la creencia que tienen las personas de que su comportamiento determina aquello que les ocurre. Por otro lado, el control externo se define como la creencia de que los acontecimientos en los cuales las personas participan resultan del destino, de la suerte, del azar, de otros poderosos o de acciones sobrenaturales. El concepto de *locus* nace, pues, como un intento de entender las diferencias que existen de un individuo a otro en relación con la percepción del control de sus vidas (el individuo puede atribuir sus recompensas a su propia habilidad, a las fuerzas sociales o a los factores del destino).

El concepto de *afrontamiento o coping* se desarrolló entre los años 1940-50 por Lazarus y Folkman, quienes lo definieron como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas proporcionarán alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio, en definitiva, disminuirán el estrés.

⁴ Este autor considera el concepto de locus de control como una variable unidimensional que da lugar a dos valores: máxima internalidad y mínima externalidad; máxima externalidad y mínima internalidad.

⁵ El concepto de refuerzo se refiere a cualquier acción, condición o evento que afecte el movimiento individual en dirección a un objetivo determinado.

El objetivo del fenómeno del *coping* es el logro del equilibrio en la adaptación a la situación de enfermedad, pero es evidente que la conducta de afrontamiento también puede llegar a ser totalmente anormal y producir efectos negativos. En este sentido, las aportaciones de la psicología con respecto a los mecanismos de defensa utilizados por el yo son muy orientadoras, pues conviene recordar en este punto las múltiples fuentes de estrés que no pueden ser dominadas como los accidentes, inundaciones, guerras, terremotos, enfermedades malignas,.. en cuyo caso un afrontamiento eficaz incluye todo aquello que permite al individuo tolerar, minimizar, aceptar e incluso ignorar dichos acontecimientos estresantes que escapan a su control.

El concepto *conducta de enfermedad* fue desarrollado por Mechanic (1962), quien se refirió a los aspectos sociales del “estar enfermo”, es decir, a los distintos modos en que los síntomas del enfermar son percibidos y evaluados (o no) por los individuos, lo que estaría en relación con la existencia de una serie de normas, valores y miedos; E incluso, con la posible valoración de la enfermedad como una forma de obtener recompensas o castigos.

Es un concepto que sirve para conocer y medir los efectos sociales del proceso de enfermar. Los acontecimientos vitales negativos, ambiguos, inesperados y poco controlables se relacionan significativamente con trastornos psicológicos, aunque un locus de control interno y un optimismo de disposición pueden favorecer el ajuste y la buena afectividad en estas situaciones. Otra forma de manejar las demandas del medio es a través de una buena estrategia de afrontamiento, para la que existe dos categorías: afrontamiento centrado en las emociones (*afrontamiento dirigido al problema*) y afrontamiento activo (*estrategias de evitación*).

Los sujetos con síntomas depresivos frecuentemente usan la descarga de emociones en conjunto con las estrategias de evitación en un primer momento para proseguir con un afrontamiento activo, eficaz para asimilar los hechos estresantes y perpetuar la sensación de control situacional, esto es, el afrontamiento puede servir para una de dos funciones (Cohen, 1987): resolución de problemas o regulación de la emoción.

El apoyo social que la persona tenga es también determinante en la estrategia de afrontamiento que utilice, mientras más apoyo reciba, más probable es que utilice estrategias

activas. Los efectos del apoyo social se explican por cuatro mecanismos: porque inhibe conductas de riesgo y refuerza las saludables, porque disminuye el impacto del estrés y las conductas inadaptadas que causaría, porque valida las creencias de control y posibilita el manejo y, por último, la expresión de las emociones regulada por otros que permite disminuir el desgaste fisiológico provocado por el estrés. De esta manera, la intervención psicológica debería darse en la prevención y mejora de las variables ambientales, a nivel de las relaciones interpersonales, en la reestructuración cognitiva, la mejora de las habilidades sociales y la provisión de grupos de apoyo.

Algunos autores como Nelson y Cohen (1983) o Sandler y Lakey (1982) sugieren que un locus de control externo predominante se relaciona con una salud mental baja y una falta de adaptación al medio.

5.3 Teoría de la emigración selectiva

Basada en el neodarwinismo. La escuela evolucionista británica elaboró, a fines del siglo XIX, el primer paradigma antropológico del evolucionismo unilineal. Morgan (1877) propuso una división de la historia del hombre en tres etapas principales (salvajismo, barbarie y civilización) asociada respectivamente a pueblos de caza-recolección, agroalfareros/pastoriles, y con escritura, categorizados de acuerdo a una noción de progreso creciente aplicado a su tecnología y cultura material.

La emigración selectiva sugiere que son los emigrantes los que mejor se adaptan a las nuevas situaciones. Por ejemplo, Cochrane (1983) explica que en Inglaterra, son los hindúes los que se adaptan mejor a los cambios; Krupinski y col. (1973) en un estudio examinaron el efecto de la severidad de las experiencias de la guerra, prestando particular atención a los judíos, los polacos y los rusos, y concluyeron que fueron los inmigrantes judíos los que tenían unos índices más bajos de enfermedades psicóticas, pero sin embargo tenían los índices más altos en cuanto a síntomas neuróticos.

Esta teoría tiene algunas limitaciones al considerar que los procesos de selección de los emigrantes no están claros (suelen diferir de un país a otro); además, existen razones

sociales, políticas y económicas que hacen que los países siempre antepongan sus propias necesidades a las necesidades de los emigrantes. Finalmente, esta teoría tiene un ligero “olor” a racismo, porque sugiere que es la genética o la biología la que predetermina los rasgos de las razas y por tanto favorece o no que se de una adaptación adecuada al nuevo entorno.

5.4 Teoría de las expectativas

La idea básica es que el comportamiento de la persona está relacionado directamente con sus expectativas y los valores subjetivos de las consecuencias que pudieran derivarse de la acción. Sin embargo, esta teoría no especifica si las expectativas acerca de deseos particulares son más o menos importantes que otras. Tampoco explica por qué los deseos insatisfechos deriven en una mala adaptación.

Cochrane (1983) pensaba que las expectativas positivas se correlacionaban inversamente con la adaptación, por lo que la alineación era el resultado de estas expectativas fallidas. Por su parte, Littlewood and Lipsedge (1982) pensaban que algunos grupos no conseguían una buena adaptación porque sus expectativas eran irreales o utópicas; Por ejemplo, la gente que emigra por razones económicas.

6 TEORÍAS MODERNAS

Dentro de éstas tenemos las siguientes:

- Acontecimientos negativos de la vida
- Disminución del soporte social
- Valor de las diferencias
- Teoría de las habilidades sociales
- Herramientas básicas
- Enfoque comunicacional
- Incertidumbre y ansiedad
- Choque cultural (Culture shock)



6.1 Acontecimientos negativos de la vida

Una de las líneas que más investigación ha suscitado dentro del estrés, es, sin duda alguna, el análisis de los posibles eventos capaces de producir las respuestas y los efectos asociados al estrés. Holmes y Rahe (1967) La perspectiva de estos autores concibe el estresor como un agente de cambio vital, poco frecuente y con un gran impacto en la vida del sujeto. Igualmente incide en el efecto acumulativo de dichos eventos para provocar trastornos asociados. La idea básica es que las experiencias de la vida negativas, como la muerte de la esposa, el divorcio, o la pérdida de empleo, puede hacer que la gente enferme. Estos acontecimientos negativos pueden ir asociados con una gran variedad de respuestas como depresión, neurosis, problemas digestivos, de piel, e incluso cáncer.

Aunque el mecanismo por el cual estos acontecimientos negativos influyen en la salud no está claro, las evidencias empíricas demuestran una relación significativa entre ambos (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974); Según estos autores, es la experiencia del cambio y la adaptación a las nuevas condiciones lo que es estresante, y por tanto, puede ser causa de enfermedad, más aún, cuanto mayor es este cambio, más vulnerable es la persona a sufrir algún tipo de enfermedad física o mental. Hay algunos conceptos básicos a tener en cuenta que son importantes en la aparición de estrés de aculturación:

Tanto los acontecimientos positivos como los acontecimientos negativos pueden causar estrés, y es el modo de adaptación hacia esos acontecimientos lo que importa.

Hay varias dimensiones involucradas en el cambio como son el control, el deseo y las posibles amenazas que pueden acarrear distintas consecuencias.

Estas consecuencias de estrés son diferentes para la gente y es prácticamente imposible predecir que personas puede sufrir algún tipo de enfermedad mental o física.

Los efectos del cambio y de los acontecimientos vitales pueden ser modificados, mejorados o reducidos por otros factores.

Thoits (1982) sugirió que la vulnerabilidad psicológica de algunos grupos, como los ancianos, las mujeres, los solteros y otros sin educación, ingresos o prestigio, se da porque están expuestos a muchos acontecimientos y cuentan con pocos recursos psicológicos, (como por ejemplo, un adecuado soporte social) para hacer frente a esos acontecimientos.

Lin y Ensel (1984) encontraron que la vulnerabilidad hacia la depresión de varios grupos de la población, estaba afectada por tres factores: episodios de depresión previos, un aumento indeseado de los acontecimientos de vida y una disminución del soporte social. Como consecuencia de ello, un soporte social adecuado ejerce un efecto directo como regulador de los acontecimientos de vida y la depresión.

6.2 Disminución del soporte social

La idea principal simplemente que el soporte que ejercen otras personas tiene un efecto directo, protector o compensatorio en los efectos de la salud mental y el bienestar, esto es, el soporte social está directamente relacionado con el incremento de bienestar psicológico y disminuye las probabilidades de sufrir algún tipo de enfermedad mental o psicológica. Si la teoría del soporte social fuera cierta, entonces sería muy importante para los emigrantes que tuvieran acceso a algún tipo de soporte grupal, y esto podría explicar la preferencia por vivir en *ghettos*.

Cobbs en 1976 entendió el soporte social como la información que se da a los individuos de que están protegidos y muy bien considerados miembros de una red de comunicación social con obligaciones mutuas. Holahan y Mos (1982) encontraron que las medidas cualitativas de soporte social en la familia y en el trabajo pueden predecir varios síntomas de depresión y enfermedades psicosomáticas. Ellos encontraron que el entorno de trabajo supone una mayor fuente de soporte social para los hombres que para las mujeres, y la familia proporciona un apoyo social importante sobre las mujeres desempleadas.



6.3 Valor de las diferencias

A menudo se ha sugerido que la ruptura de los valores causa estrés, el cual puede derivar en enfermedad mental. Sin embargo, a pesar de la sutileza y complejidad de los valores, muchos más trabajos han concluido en la descripción y la taxonomía de los valores que pueden explicar el mecanismo por el cual se produce la enfermedad. Algunos estudios descriptivos son, sin embargo, muy útiles como guía de las diferencias, las cuales permiten hacernos una idea del coste o del grado de la diferencia de valores entre diferentes grupos de emigrantes.

Merton (1938) encontró relación entre la estructura social y la anomia. Psicólogos y sociólogos encuentran vínculos entre desviación, delincuencia, y enfermedad mental, como un conflicto de los valores culturales.

Uno de los trabajos más extensos y ambiciosos es el de Hofstede (1980), que estudió las diferencias en el trabajo relativas a los valores. El estudio estuvo basado en datos de miles de personas de 40 países, en dos puntos del tiempo. Este autor ofreció una tipología en la que se presentan las características culturales, las normas y los valores nacionales de diferentes países para establecer el grado de convergencias y divergencias entre las sociedades, los hombres y mujeres que pertenecen a un país u otro, y de esta manera facilitar el conocimiento, la toma de conciencia y la aceptación de lo diferente. Este autor fue capaz de reducir el binomio conceptual cultura-nación a una cantidad determinada y finita de dimensiones con características interrelacionadas mediante las cuales intenta establecer una tipología resultado de la descripción y medida de las características culturales de más de setenta países. Estableció cuatro dimensiones: *distancia de poder*, *reducción de la inseguridad*, *masculinidad versus feminidad*, *colectivismo versus individualismo*. A estas cuatro dimensiones, añadió una quinta posteriormente (partiendo de los resultados de la investigación que realizó Bond en 1987) sobre una serie de países del Lejano Oriente: *orientación a corto plazo versus orientación a largo plazo*.



6.4 Teoría de las habilidades sociales

Desarrollada por Furnham y Bochner (1986); Esta teoría⁶ está basada en que la comunicación intercultural en los nuevos escenarios es similar a la que una persona podría tener con muy pocos recursos sociales. La idea central es la necesidad de identificar las herramientas sociales adecuadas que se adapten a un contexto determinado, y entonces poder dar la formación adecuada que capacite al comunicador para desenvolverse adecuadamente.

Caballo (1993) propone la siguiente definición sintética relacionada con el concepto de Habilidades Sociales “La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que normalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.”

Los problemas interculturales surgen porque los emigrantes se encuentran con problemas cuando negocian diariamente sus encuentros sociales...por consiguiente, parece necesario identificar las situaciones sociales específicas que molestan particularmente a los emigrantes y así poder educar a la persona en las habilidades apropiadas para que la interacción en estas situaciones sea efectiva.

Los componentes más importantes de la competencia intercultural son: el contexto, adecuación y competencia, y conocimiento, motivación y acciones.

- *Contexto*: La competencia intercultural es contextual y no es independiente de las relaciones y situaciones en las que se da el fenómeno de la comunicación. La competencia intercultural es, pues, una característica de las relaciones interindividuales, y es posible que alguien que es muy competente en un contexto determinado, sea muy poco competente en otro contexto diferente. Como consecuencia, el mismo comportamiento puede ser bien visto

⁶ Lustig y Koester en el capítulo 3 del libro “Intercultural Competence” centran su atención en la composición y características de la competencia en comunicación intercultural. Son estas características las que aquí se exponen.

en una determinada cultura y mal visto en otra cultura distinta. Como la competencia intercultural es contextual, las características personales pueden permitir a una persona ser más o menos competente en algunas situaciones determinadas, lo que no le garantiza ser competente en todas las relaciones interculturales.

- *Adecuación y competencia*: La competencia interpersonal y la competencia intercultural requieren comportamientos que sean apropiados y efectivos. La competencia intercultural requiere un entendimiento apropiado y un comportamiento efectivo que sean adecuados en el entorno donde se da la comunicación.

- *Conocimiento, motivaciones y acciones*: La competencia intercultural requiere un conocimiento suficiente, unas motivaciones adecuadas, y unas acciones adecuadas. Cada uno de estos componentes por sí solo es insuficiente para conseguir que una persona pueda ser competente interculturalmente.

6.5 Herramientas básicas

La competencia intercultural utiliza, además, algunos recursos básicos que ayudan a aumentar la calidad de relaciones interpersonales y facilitan el desarrollo, por tanto, de las relaciones interculturales. Estos recursos proporcionan una “guía” para ser competente interculturalmente; Se trata de ocho herramientas básicas, cada una de ellas contribuye al alcance de los objetivos de la competencia intercultural. Son las siguientes:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Valoración de respeto | La habilidad de mostrar respeto y una consideración positiva hacia otra persona |
| Orientación hacia el conocimiento | Los términos que la gente usa para comprender y explicar el mundo que les rodea |
| Empatía | La capacidad de ponerse en el lugar de los demás |
| Manejo de la interacción | Habilidades para “regular” las conversaciones |
| Rol del deber | Comportamientos que incluyen la iniciación de ideas relativas a resolver los problemas del grupo. |
| Rol de relación | Comportamientos asociados con una armonía y mediación interpersonal |
| Tolerancia para la ambigüedad | La habilidad para reaccionar ante situaciones nuevas y ambiguas sin aparentar incomodidad o afectación |
| Postura de interacción | La habilidad para responder a los demás de una forma descriptiva, objetiva, sin entrar en juicios de valores |

(Lustig and Koester, 2003: pp. 72)

Por su parte, Gudykunst y Kim (1995) creen que la comunicación intercultural se puede entender con las mismas variables y procesos básicos que se usan para describir otras formas de comunicación. El factor básico para poder entender la comunicación intercultural es el concepto de *stranger* que generalmente tiene limitado el conocimiento de las normas y los valores en el nuevo medio en el que se mueve.

6.6 Enfoque comunicacional

La comunicación con los demás implica poder predecir o anticipar las respuestas. Al comunicarnos con alguien familiar nos anticipamos a sus respuestas, pero cuando nos comunicamos con alguien extranjero, esta anticipación no se da, ya que está basada en tres niveles:

Nivel cultural: Implica la información acerca de la “otra” cultura, sus valores y normas predominantes, y a menudo es el único nivel de información disponible donde se da el proceso de comunicación con los extranjeros.

Nivel sociocultural: Incluye las referencias de los miembros del otro grupo, o de los grupos a los cuales se quiere pertenecer. Este tipo de información es la que más se usa en la comunicación intracultural.

Nivel psicocultural: Aquí está toda la información acerca de las características personales y contiene el tipo de datos más relevantes en la comunicación con los amigos.

Se entiende que el proceso de la cognición social es dialéctico y agrupa a los individuos en dos categorías que están basadas, respectivamente, en sus similitudes y diferencias. Estos autores creen que para mejorar la comunicación con los extranjeros debemos prestar mucha atención a sus características únicas, individuales. La comunicación efectiva con los extranjeros requiere un conocimiento creciente de nuestros comportamientos en la comunicación que nos permita distinguir a los individuos de sus categorías estereotípicas, de manera que podemos mejorar esta comunicación si somos conscientes



que ya no sirve lo que hemos aprendido en nuestro entorno familiar; Por tanto, para adaptarnos al nuevo entorno, deberemos modificar nuestro comportamiento.

6.7 Incertidumbre y ansiedad

La comunicación con extranjeros lleva implícita una carga importante de incertidumbre, debida a las dificultades para predecir las respuestas de éstos. Observamos sus actitudes, sentimientos y creencias, y nos sentimos algo confusos cuando intentamos comprender su comportamiento. La motivación para reducir esta incertidumbre es mayor cuando esperamos relacionarnos con ellos o cuando esperamos obtener algún beneficio a cambio.

Esta incertidumbre en las relaciones con los extranjeros se acompaña de altos niveles de ansiedad, pues anticipamos una gama más amplia de resultados negativos posibles; Podemos sentirnos confusos y perder nuestro control porque nuestro nivel de autoestima ha disminuido, porque percibimos que los extranjeros no quieren relacionarse con nosotros, porque nos sentimos incompetentes y explotados... Esta ansiedad puede reducirse generalmente si prestamos una mayor atención al proceso de la comunicación y recopilamos más información sobre la nueva cultura. Además, solemos interpretar el comportamiento de los demás en base a los estereotipos que tenemos creados, y atribuimos el comportamiento de los extranjeros como típico de sus culturas o razas.

Los factores que contribuyen a que los encuentros interculturales no se den adecuadamente son:

- las barreras lingüísticas
- la cultura
- los estereotipos y las actitudes

Howell (1982) piensa que el conocimiento y la capacidad se da en un proceso de cuatro fases; Estas cuatro fases del proceso de la competencia intercultural han sido desarrolladas posteriormente por Gudykunst y Kim (1995):

Incompetencia inconsciente: donde nosotros interpretamos incorrectamente el comportamiento de los demás, pero no somos conscientes de ello.

Incompetencia consciente: donde nosotros somos conscientes que interpretamos incorrectamente el comportamiento de los demás, pero no hacemos nada al respecto.

Competencia consciente: donde nosotros pensamos acerca de nuestro comportamiento a la hora de comunicarnos y conscientemente lo modificamos, lo cual aumenta la eficacia de la comunicación. (Gudykunst lo llama *Mindfulness*).

Competencia inconsciente: donde nosotros tenemos las habilidades necesarias para que se de una comunicación eficaz y las utilizamos habitualmente.

6.8 Culture shock

El estudio de la aculturación continúa siendo una de las áreas más importantes de investigación de las minorías étnicas. La aculturación es uno de los procesos fisiológicos de adaptación más significativos para muchos de los individuos de estas minorías, especialmente de los inmigrantes. En la investigación de salud mental queda claro que se necesitan mayores esfuerzos para poder desglosar el proceso de aculturación dentro de elementos psicológicos específicos que están relacionados en la aparición de los trastornos mentales.

Oberg (1960) señala que el choque cultural es causado por la ansiedad que resulta de la pérdida de todo signo, símbolo o señal que conocemos para llevar a cabo la interacción social. Este autor, ha identificado algunas etapas en la experiencia del choque cultural:

Luna de miel: Sucede al principio del encuentro intercultural. Se sostienen las relaciones interpersonales afables y superficiales con los individuos del país de acogida. Los sentimientos son de entusiasmo, euforia y afán de encontrar novedades.

Crisis: En esta etapa hay una pérdida de autoestima en el individuo al darse cuenta de que la manera en que actúa no es la adecuada en el contexto que se mueve. Adler⁷ (1975) percibe dos aspectos en esta etapa: desintegración, que sería la crisis propiamente dicha y reintegración en la que los comportamientos negativos son capaces de aumentar la autoestima perdida del individuo.

Recuperación: En esta etapa la persona encuentra formas de manejar las nuevas situaciones y empieza a superar las emociones y los sentimientos que experimentó durante la etapa de crisis. El individuo se muestra relajado y es capaz de mantener relaciones interpersonales cálidas. Manifiesta seguridad en sí mismo y es capaz de empatizar con los demás.

Adaptación: En esta última etapa el individuo es capaz de trabajar en su nuevo entorno y disfrutar de las experiencias que vive. En esta etapa el individuo puede realizarse plenamente, expresarse sin dificultades e innovar, además de expresar humor, confiar en las personas y amarlas.

Una de las teorías más importantes sobre el ajuste cultural es la de Lysgaard⁸ (1955), quien concluyó que este proceso se da en tres fases (adaptación inicial, crisis y adaptación recuperada): la primera de ella se caracteriza por una euforia inicial que después de un periodo de tiempo desaparece; Es entonces cuando se da la siguiente fase, que se caracteriza principalmente porque el *sojourner* comienza a sentir ansiedad; Mas tarde, el *sojourner* aprende a hacer frente a los problemas del ajuste y empieza a hacer amigos, y a integrarse en la comunidad.

En 1963, Gullahorn y Gullahorn describieron la extensión de la curva U en la que incluyeron el proceso de reingreso que se podría describir como *reverse culture shock*, esto es: la curva W (encontraron que los *sojourners* que después de un tiempo largo vuelven a su país, a menudo se encuentran con un proceso similar al de una reaculturación, esto es, disfrutan de un estado de euforia de luna de miel seguido por un estado de desilusión,

⁷ Este autor propone cinco etapas: Contacto, desintegración, reintegración, autonomía e independencia; Tres de ellas, contacto, autonomía e independencia, se corresponden con las etapas de luna de miel, recuperación y adaptación de Oberg respectivamente.

⁸ La idea de la curva U se atribuye a este autor.

recuperación y vuelta a la normalidad). Estos autores también sugieren que la hipótesis de la curva U es aplicable a las personas en muchas situaciones y no se limita solo a los *sojourners* internacionales.

También sugieren que probablemente la curva U se manifiesta en individuos que realizan actividades creativas o de aprendizaje y en el proceso de socialización. Los individuos comprometidos seriamente en proyectos creativos o de aprendizaje experimentan una euforia inicial similar a la que experimenta el *sojourner* cuando llega a su casa. Las dificultades y complejidad del proceso de creación puede derivar en sentimientos de depresión o desánimo. La resolución de cualquier problema da lugar a sentimientos positivos de satisfacción y crecimiento personal.

Oberg (1960) fue el primero que utilizó el término *culture shock* mencionando, al menos, seis aspectos:

- El esfuerzo que se requiere para realizar las adaptaciones psicológicas necesarias.
- Sentimiento de pérdida y deprivación, en lo que se refiere a amigos, status, profesión y posesiones.
- Sentimiento de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Expectativas de rol, valores, sentimientos y autoidentidad (confusión de rol).
- Sorpresa, ansiedad, después de ser consciente de las diferencias culturales.
- Sentimientos de impotencia, debido a una incapacidad de saber manejarse en el nuevo entorno.

La hipótesis de *culture shock* implica que la experimentación de una cultura nueva es una sorpresa desagradable o un choque emocional para el individuo, en parte debido a que es algo inesperado y en parte porque puede dar lugar a que el individuo realice una evaluación negativa de su propia cultura. Bock (1970) describió el choque cultural como “una reacción emocional y primaria que es seguida por una incapacidad para entender, controlar y predecir cualquier otro comportamiento”. Lundstedt (1963); Hays (1972) y Guthrie (1975)

utilizaron el término de *culture fatigue*; Smalley (1963) *language shock*; Byrnes (1966) *role shock* y Ball-Rokeach (1973) *pervasive ambiguity*.

Las ideas que se asocian con la ansiedad son las que prevalecen en la literatura del choque cultural. Los observadores apuntan hacia una ansiedad que flota en el ambiente y que afecta al comportamiento normal, la falta de autoconfianza y las quejas psicósomáticas son muy frecuentes (May, 1970). Más aún, al parecer, las personas pierden su capacidad de creatividad y espontaneidad, volviéndose obsesivas con el orden y la disciplina. (Nash, 1967).

La mayoría de los investigadores han buscado cuales son los factores de riesgo más importantes, sin embargo, no hay acuerdo entre estos diferentes estudios. Por ejemplo, Krupinski, Schaechter y Cade (1965) detectaron la influencia de nueve factores en los trastornos mentales de los inmigrantes: *edad de llegada y duración de la residencia, familia, clase social, recursos y trabajo, condiciones domésticas, experiencias de guerra, asimilación e integración, dificultades con compañeros de trabajo y en casa y hábito étílico*. La edad de llegada y la duración de la residencia, número de miembros de la familia presentes, las condiciones domésticas, las experiencias bélicas, intensidad de la asimilación e integración y las dificultades en casa y en el trabajo (pero no la clase social, los recursos o las condiciones de trabajo) parecen estar relacionadas con los trastornos mentales.

Esto guarda un gran parecido con las conclusiones que otros estudios han llegado (bajo el título de *anomia*) que incluyen la pobreza, la pérdida del sentido o del significado, la pérdida de las normas y el aislamiento social (Seeman, 1959). Aquí empieza a existir una conexión entre los conceptos de choque cultural y anomia.

7 EL CONCEPTO DE SALUD Y TRASTORNO MENTAL

Los conceptos de salud y trastorno mental cambian según los enfoques teóricos y los criterios diagnósticos utilizados (los conceptos filosóficos, morales y psicológicos vigentes y los modelos médicos predominantes). Ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una

sociedad a otra y de un grupo social a otro, ya que lo anormal no es necesariamente patológico, sino que más bien viene marcado por la desviación media de la norma correspondiente a la totalidad del grupo de referencia. La noción de normalidad, en consecuencia, se delimita desde el ámbito de la esfera sociocultural y únicamente indica una adaptación adecuada al contexto social; De ahí que lo anormal pueda ser patológico, doloroso o inadaptado, pero en ocasiones puede resultar sano, asintomático y adaptado.

El concepto de salud constituye un elemento central en la praxis médica. Según Laín Entralgo (1965), la salud humana posee una estructura compleja definida por un criterio subjetivo (salud como sentimiento difuso de bienestar) y un criterio objetivo (percibiendo sensorialmente el organismo del paciente), así, el concepto de salud puede ser establecido objetivamente desde cuatro puntos de vista:

- Morfológico: salud como ausencia de malformaciones, lesiones y cuerpos extraños.
- Funcional: Sano sería aquel cuyas funciones vitales se encuentran dentro de los límites que definen la norma funcional de la especie.
- Rendimiento vital: Sano sería el que rinde sin fatiga excesiva lo que la sociedad o él mismo espera.
- Conducta: Sin un comportamiento que se atenga a las pautas habituales no podría hablarse de salud.

Cuando coexisten un sentimiento objetivo de bienestar con una morfología, una actividad funcional, un rendimiento vital y una conducta manifiestamente normales hablamos de “salud perfecta⁹”:

La OMS en 1947 define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Pero la OMS en el manual de enfermedades CIE-10 simplemente dice que el término “trastorno” se usa a lo largo de todas las clasificaciones para evitar otros problemas mayores que conllevaría el uso de términos como “enfermedad mental” o “padecimiento”. Aunque no es un término preciso señala la

⁹ Ésta sería un estado límite al que se aproximan los diversos estados reales de la vida humana; Lo que habitualmente se denomina buena salud sería una “salud relativa”.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.

La APA (American Psychiatric Association), por su parte, consciente de la dificultad que entraña la definición de “trastorno mental¹⁰” ha optado por la siguiente definición: un trastorno mental es un “síndrome o un patrón comportamental psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ej, dolor), a una discapacidad (por ej, deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”.

Hay que tener en cuenta que las relaciones sociales pueden ser causa coadyuvante de salud o enfermedad. Cada sociedad evalúa lo que es estar sano o enfermo a la luz de una situación de hecho existente en la misma (determinada por el desarrollo económico, educativo, político,..). Lo que hoy es salud para una sociedad, puede no serlo dentro de unos años.

Las clasificaciones internacionales actuales de enfermedades psiquiátricas CIE-10¹¹ y DSM-IV proporcionan descripciones claras y precisas de las diferentes categorías diagnósticas con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información; Por este motivo, esta tesis de investigación intentará adecuarse a los criterios de estas clasificaciones, pues la claridad de éstos las hace valiosas para esta tesis de investigación al representar modelos de la realidad muy precisos y específicos, además de comprensivos.

¹⁰ Esta definición aún se mantiene desde la publicación del manual DSM-III.

¹¹ Este sistema internacional de clasificación de enfermedades mentales incluye también otras patologías.

Principales grupos de enfermedades psiquiátricas CIE-10 y DSM-IV.

| BLOQUES TEMÁTICOS DE LA CIE 10 | BLOQUES TEMÁTICOS DE LA DSM IV |
|---|--|
| *Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. | *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia. |
| *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. | *Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. |
| *Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. | *Trastornos mentales debidos a enfermedad médica no clasificados en otros apartados. |
| *Trastornos del humor. | *Trastornos relacionados con sustancias. |
| *Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. | *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. |
| *Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. | *Trastornos del estado de ánimo. |
| *Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. | *Trastornos de ansiedad. |
| *Retraso mental. | *Trastornos somatomorfos. |
| *Trastornos del desarrollo psicológico. | *Trastornos facticios. |
| *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. | *Trastornos disociativos. |
| *Trastorno mental sin especificación. | *Trastornos sexuales y de la identidad sexual. |
| | *Trastornos de la conducta alimentaria. |
| | *Trastornos del sueño. |
| | *Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. |
| | *Trastornos adaptativos. |
| | *Trastornos de personalidad. |
| | *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. |

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A., Barcelona, 1995.

CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Ginebra, 1992.

8 EL CONCEPTO SOCIOLÓGICO DE ANOMIA

El concepto de anomia es central en el estudio de la interacción entre individuos socializados en diferentes culturas. Los procedimientos por los que el individuo se enfrenta a nuevas jerarquías de valores, usos y costumbres afectan a su integración social. Son múltiples las definiciones de anomia, algunas de ellas consideradas desde una perspectiva interna a la sociedad y otras focalizando, como podremos apreciar, en la óptica comparada.

En una primera definición “La anomia es la desorganización social que resulta de la ausencia de normas comunes en una sociedad (por su etimología la palabra anomia significa ausencia de normas, de reglas, o de leyes)”¹². O, así mismo, “La anomia es una situación en la cual muchas personas, en un sistema social, tienen un respeto debilitado respecto de cierta norma o normas, y en el que esta pérdida de legitimidad puede atribuirse parcialmente a algunos rasgos de la misma estructura social”. (Johnson, 1960). También, en esa lógica unicultural, algunos autores interpretan la operativización del concepto en el mismo Durkheim. “La anomia es una situación en la que un número de individuos posee una actitud de tenue o nula adhesión a las normas de conducta sociales prevalentes, debiéndose ello en parte a las contradicciones de la misma estructura de la sociedad en cuestión...Según Durkheim, los procesos de cambio en el mundo moderno son tan rápidos e intensos que crean grandes trastornos sociales, a los que este autor vinculó con la anomia. La anomia refleja también el sentimiento de carecer de propósitos u objetivos en la vida producido por determinadas condiciones sociales. Los controles y estándares morales tradicionales, que normalmente proporcionaba la religión, han sido prácticamente destruidos por el desarrollo social moderno, y ello deja a muchos individuos de las sociedades modernas con el sentimiento de que su vida cotidiana carece de sentido.

El concepto de anomia, pues, se refiere a una situación en la que las normas sociales pierden su influencia en el comportamiento individual”. (Diccionario de Ciencias Sociales Salustiano del Campo, 1975). O también, “Falta de orden social, en el lenguaje teológico de la baja Edad Media (y, más tarde, en los siglos XVI y XVII, especialmente en Inglaterra, anomy), término que designa el quebrantamiento de la ley religiosa”. (Diccionario Enciclopédico de Sociología, Kark-Heinz Hillmann, 2001). El primero en utilizar este término en el campo sociológico fue el sociólogo francés E. Durkheim en su obra *De la División del Trabajo Social* (1893), Durkheim utilizó el término para referirse al vacío normativo y el sin sentido en que habían caído los hombres y mujeres de su tiempo debido a los rápidos cambios sociales que trajeron consigo la modernidad y la revolución industrial, echando abajo los valores y normas tradicionales. Más tarde, R. K. Merton reorientó el sentido del término, hablando más bien de las contradicciones que se producen entre los objetivos que la sociedad invita a conseguir y los medios disponibles para lograrlo (ej. nuestra sociedad de

¹² *Diccionario de Sociología*. Ed. Larousse, 1993

consumo y bienestar dibuja como ideal la riqueza y el lujo, pero los medios para lograr estos bienes pueden ser contradictorios: la educación, la carrera profesional, el deporte, los juegos de azar, la delincuencia,...), lo que puede provocar conductas inapropiadas o desviadas.

En la actualidad pueden entenderse por anomia ambas concepciones: la crisis del mundo de normas y valores debida a los cambios sociales que provoca desorientación y/o desviación, y la contradicción existente en las sociedades entre los objetivos que se proponen y los medios para conseguirlos, pudiendo provocar de igual modo desorientación o desviación en los individuos. Una definición especialmente interesante y de especial relevancia es la que considera el choque cultural como factor productor de anomia. "Estado de desintegración cultural de individuos o colectivos que renunciaron a su propia cultura y lengua y no se integran en la sociedad en que viven, lo que les provoca ansiedad, aislamiento y desorientación (ej: los inmigrantes orientales en los E. U. A., los cuales, siendo poco o nada competentes en inglés y habiendo renunciado a su cultura originaria, no consiguen integrarse plenamente en la sociedad de acogida". (*Diccionario de Ciencias Sociales Gran Vox, 2000*).

Ya en los tiempos de Platón, los hombres se preocupaban por la naturaleza de la sociedad y las relaciones del individuo con el orden social global, pero el concepto de anomia más apropiado lo da Durkheim, para él este término designa "las series de hechos o casos que no se reducen a ninguna regla determinante de la normalidad o su contrario, la anormalidad". Este concepto lo define en *El Suicidio* y en *La División del Trabajo Social* como un concepto que designa los hechos irregulares que no corresponden a ninguna violación de la regla porque la misma regla se pone en entredicho. Estos hechos irregulares corresponden, pues, a una situación global, económica o social, caracterizada por el desmoronamiento del sistema de organización de los valores de una sociedad afectada por una mutación lenta o repentina. La anomia lesiona las posibilidades de desarrollo del ser humano y de las instituciones u organizaciones comunitarias a las cuales afecta, resquebrajando silenciosamente la sociedad y comprometiendo seriamente sus posibilidades de un desarrollo social y humano sostenible.



En el texto *La división del trabajo social* (1893) la *anomia* es conceptualizada como “el mal que experimenta una sociedad en su conjunto por la inexistencia de reglas tanto morales como jurídicas, que permitan una organización de la economía”. Aquí la anomia es referida por Durkheim como una afectación que sufre la sociedad en su totalidad generando una ruptura, un verdadero estallido de la solidaridad. Durkheim hace una aproximación a los fenómenos de la angustia del ser humano por el fallo de las herramientas reguladoras de la sociedad. A esto Durkheim también lo llama anomia y él consideraba que la misma desaparecería cuando la propia sociedad poseyera los medios para integrar y someter a los individuos al sistema de sus reglas. Esto se entiende mucho mejor en su obra *El Suicidio* (1897) en la que encontramos la idea de trastorno derivado del cambio que tiende a pensar que la mutación viola necesariamente la regla, siempre que sea una verdadera mutación. Durkheim define el suicidio y sus causas como hechos sociales. El suicidio sólo se explica de forma sociológica, y no por motivaciones individuales, ya que se produce en función de condiciones sociales. La unidad de análisis es la sociedad, y no el ser humano.

El análisis de los suicidios permite realizar un análisis diferencial entre lo social y lo individual, así éste se convierte en un hecho social. “...Lo que sucede es que esas razones que se dan en el suicidio, o que el suicida se da a sí mismo para explicar su acto, no son, en la mayoría de los casos, más que las causas aparentes...dejando de lado, por así decir, al individuo en tanto que individuo, sus móviles y sus ideas, nos preguntaremos inmediatamente cuáles son los estados de los diferentes medios sociales (confesiones religiosas, familia, ideas políticas, grupos profesionales,..) en función de los cuales varía el suicidio”. (pp.186-187) En cuanto a la religión, ésta ha perdido la mayor parte de su imperio, y ya el Estado ha dejado de regularla, por tanto, la idea de Dios queda relegada al juicio de cada individuo. “Cuantas más maneras haya de actuar y de pensar, con un marcado carácter religioso, y sustraídas por consiguiente al libre examen, tanto más presente estará la idea de Dios en todos los momentos de la vida, haciendo que converjan hacia un único y mismo fin todas las voluntades individuales. Inversamente, cuanto más se abandone un grupo confesional al juicio de los particulares, más ausente estará de su vida, y menos cohesión y vitalidad tendrá. Llegamos por tanto a esta conclusión: la superioridad del protestantismo desde el punto de vista del suicidio proviene de que es una Iglesia con menos cohesión interna que la Iglesia católica”. (pp. 200).

Tal y como Durkheim señalaba, la religión es un elemento de congruencia social, de vinculación e interacción con el mundo. “Si echamos una ojeada al mapa de suicidios europeos, salta a la vista que en los países puramente católicos, como España, Portugal, Italia, el suicidio está poco desarrollado, mientras que se encuentra en su grado máximo en los países protestantes, en Prusia, en Sajonia, en Dinamarca..”.(pp.189). Es la cohesión social, pues, un importante factor protector de la anomía. Esto también se puede aplicar a otros ámbitos de la vida como el familiar. “Sin embargo, decir de un grupo que tiene una menor vida en común que otro, equivale a decir que tiene menor cohesión; porque la cohesión de un conjunto social no hace más que reflejar la intensidad de la vida colectiva que se produce en él. Estará más unido y será más resistente cuanto más activo y continuo sea el comercio entre sus miembros. La conclusión a la que estamos llegando puede completarse del siguiente modo: lo mismo que la familia es un poderoso preservativo del suicidio, preserva mejor cuanto más fuerte sea su constitución” (pp.263-264).

Tomando como referencia la clasificación de Jousset y Moureau de Tours, Durkheim hace un análisis de las principales causas que inciden en el suicidio, llegando a clasificarlo etiológicamente en tres tipos sociales: egoísta, altruista y anómico. De éstos, es el suicidio anómico el que más se relaciona con los otros llegando a producir dos subtipos distintos: anomía + egoísmo: suicidio mixto; anomía+altruismo: suicidio obsidional. (pp. 390-391).

Clasificación etiológica y morfológica de los tipos sociales de suicidio según Durkheim

| Formas individuales que revisten | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Carácter fundamental | | | Variedades secundarias |
| Tipos elementales | Suicidio egoísta | Apatía | Melancolía perezosa y autocomplaciente. Sangre fría del escéptico desengañado. |
| | Suicidio altruista | Energía pasional o voluntaria | Sentimiento tranquilo del deber. Entusiasmo místico. Valor sereno. |
| | Suicidio anómico | <i>Irritación</i> <i>hastío</i> | <i>Recriminación violenta contra la vida en general.</i> <i>Recriminación violenta contra una persona en particular (homicidio-suicidio).</i> |
| Tipos mixtos | Suicidio ego- anómico | | <i>Mezcla de agitación y apatía, de acción y ensoñación.</i> |
| | Suicidio anómico -altruista | | <i>Agitación nerviosa.</i> |
| | Suicidio ego-altruista | | Melancolía atemperada por una cierta firmeza moral |

(El Suicidio, pp. 399)

Durkheim llegó a establecer importantes relaciones del suicidio con algunas variables como la edad (pp. 109), la herencia (pp. 110), los factores cósmicos (pp. 120-125), el estado civil (pp. 217), el sexo o la raza (pp.211), etc... pero sobretodo, para Durkheim la causa del

suicidio es social, llegando a conclusiones importantes como que la anomia varía en razón inversa al grado de cohesión familiar, religiosa o política.

Para Durkheim el suicidio anómico depende de la manera en que los individuos se someten a las normas sociales, y la anomia se puede dar, pues, en todas aquellas áreas de la vida en las que existe una reglamentación, ya sea de índole política o moral. En ese sentido, una hipótesis realmente interesante, es la resistencia a la disolución de lazos sociales en función a la cultura de origen. “En una sociedad cuya organización está definida, el individuo sólo puede mantenerse con la condición de disponer de una constitución mental y moral igualmente definida”. (pp.57). Así, cabría preguntarse cuales son los frenos de los individuos extranjeros en una sociedad que desconocen: “De modo que no es cierto que la actividad humana pueda prescindir de todo freno.... Lo que el hombre tiene de particular es que el freno al que está sometido no es físico, sino moral, es decir, social”. (pp. 339).

Las personas se convierten en esclavas de sus propias pasiones y realizan una abundante serie de actos destructivos, entre ellos quitarse la vida en mayor número que en condiciones normales. Para Durkheim toda moral de progreso y perfeccionamiento es inseparable de un cierto grado de anomia. Las crisis de las instituciones tradicionales solo pueden superarse a través de la instauración de nuevas instituciones sociales. En la última parte de este libro, Durkheim reitera que son los defectos en la conformación de los mecanismos de regulación e integración sociales, los que arrastran al individuo hacia prácticas patológicas como el suicidio, pues existe una fuerza colectiva que empuja a los individuos hacia éste.

El conflicto de valores sociales es una fuente potencial de desorganización social que puede conducir a comportamientos anómicos, como por ejemplo, el individuo migrante que encuentra grandes contradicciones entre su cultura de origen y las nuevas formas de vida de la sociedad a la que se quiere integrar; Si seguimos los planteamientos de Durkheim, la causa de dicha anomia es social, por tanto, el cambio de comportamiento que podría sufrir este individuo en su esfuerzo por integrarse en la nueva cultura, derivará sobretodo del conflicto de valores que surgen del *choque* entre ambas culturas.

Para Besnard, Durkheim debió contemplar otro tipo de suicidio, el suicidio fatalista, y la falta de inclusión de éste en su análisis le hizo perder capacidad de análisis. Así como el concepto de alienación permitió a Tocqueville y Weber llevar a cabo un análisis original de la historia, el orden social y la personalidad, el concepto de anomía resultó igualmente fructífero en el caso de Durkheim. Es acertado afirmar, e importante en términos metodológicos, que este concepto alienado del progreso occidental precedió a su estudio empírico del suicidio. De dicho enfoque proviene su comprensión, no solo de la incidencia del suicidio, sino de la índole de la personalidad y sus fuentes en la comunidad moral y social. (Nisbet, 1969^a)

Según Baert (2001), Lévi-Strauss se centró en aquellos mecanismos que se muestran en las culturas, su obra puede leerse como una feroz crítica al proyecto occidental de modernidad (pp.32). Algunas de las ideas de Durkheim las recibió Levi-Strauss de Mauss, sobrino de Durkheim. Mauss y Levi-Strauss estaban de acuerdo con Durkheim en sus críticas a las formas de explicación individualistas, pero detestaban las tendencias objetualizadoras que había en sus ideas sobre una mente o conciencia colectiva. Levi-Strauss se convirtió en uno de los primeros autores en investigar la vida social mediante analogías sistemáticas con sistemas lingüísticos, pero lo importante de su obra radica en el intento sistemático de ir más allá del nivel consciente, en busca de los rasgos mentales universales e inconscientes que presionan de manera uniforme para que una estructura entre en el mundo.

J. M. Guyau (1890) la anomía moral, como ausencia de reglas apodícticas, fijas y universales, es característica de la ética de la edad moderna. Es una forma de moralidad que se ha ido creando con la extensión del conocimiento y de la racionalidad humana. La anomía es vista por Guyau en relación con una sociedad dinámica que se transforma a sí misma en la que el individuo actúa como creador activo de esta transformación.

Merton (1938) perfeccionó la teoría de la anomía en el sentido de que la apartó del concepto de norma, y diferenciaba:

- a) objetivos culturales, en cuanto a deseos y expectativas de las personas de una sociedad.

- b) normas que prescriben los medios con que las personas pueden conseguir la realización de estos objetivos.
- c) el reparto de estos medios y acceso regulado a los mismos.

Como situación social, la anomia se convierte de ahora en adelante en una disociación entre objetivos y medios y, especialmente, entre objetivos culturales derivados de las reivindicaciones sociales y el acceso limitado por presiones sociales a los medios permitidos, porque una situación estructural social de este tipo reduce el apego y la orientación de las personas a los objetivos culturales prescritos o a los medios permitidos. La consecuencia es la falta de orientación, la incertidumbre acerca de la sustancia y la legitimidad de las normas en situaciones de interacción social. Esto lleva de nuevo a frustraciones, adaptación deficiente, distanciamiento social, trastornos psicológicos de la conducta y, por consiguiente, a más desintegración social.

Un ejemplo de anomia muy interesante, en su versión de reacción, es el que Duvigneau (1990) da en su libro *Herejía y subversión*, quien tras largos años de investigación en Chébika, un pueblo del sur de Túnez, tuvo la ocasión de constatar, a través de una joven llamada Rima, huérfana, la importancia que la anomia toma en todas las sociedades.

“Rima aprende a leer al azar, con las libretas de la escuela de su primo, escuchando al maestro, oculta tras una puerta, ejercitándose con los trozos de periódico de la tienda de ultramarinos...Quiere ir a la ciudad. Se informa...simplemente quiere irse...Al menos, Rima ya no respeta los hábitos, las costumbres establecidas en normas; ya no acepta el sacrificio de animales en el morabito, el respeto debido a los ancianos en el Islam. Se siente discípula del líder Bourguiba que en esta época se define como un profeta laico y modernista...Está sola. La aldea la percibe como un cuerpo extraño, vagamente hostil...Es un monstruo en la medida en que se separa de todos, se aparta de las normas establecidas, postula implícitamente, por el solo hecho de existir, que la novación entraña la disolución de las formas que permiten la conservación del grupo, su perpetuación....quiere irse..” (pp.30-31)

Rima es un personaje anómico que tiene por motor la ruptura y el cambio con la sociedad que conoce, según Duvigneau *la subversión es el carácter manifiesto de la anomía*. Para este autor “no hay una ley ni una doctrina de la subversión. Simplemente se constata

que surge una ficción cuyo sentido no se agota en el examen de las causas que la engendran, o de la situación en la que emerge. Cambiar las normas establecidas por una cultura no consiste únicamente en oponerse a la visión oficial de las cosas, sino también en destruir su contrario, la imagen que la contestación interna, la oposición se hace de una mutua realidad. Ya que la subversión no se sitúa en el lugar que ocupa el contrario del orden instituido, sino donde no existe ningún orden ni justificación” (pp.33-34)

Ramos Torre (1999), después de hacer un estudio minucioso sobre la obra de Durkheim, en su página 231 propone un modelo en el marco analítico de la regulación e integración sociales:

| INTEGRACIÓN | | | | |
|--|------------|--------------------------|--|------------------------|
| R E G U L A C I O N | | EXCESO | EQUILIBRIO | DEFECTO |
| | EXCESO | Altruismo + Fatalismo | Fatalismo | Egoísmo + Fatalismo |
| | EQUILIBRIO | Altruismo | Integración y Regulación adecuadas | Egoísmo |
| | DEFECTO | Altruismo + Anomia | Anomia | Egoísmo + Anomia |

La idea de la anomia está unida a algunas teorías modernas como la *teoría de la disminución del soporte social* y a algunos conceptos como el que se refiere a la *distancia cultural* que se da entre el *sojourner* y la cultura huésped, que es directamente proporcional al grado de estrés que éste experimenta en su esfuerzo por adaptarse a la nueva cultura, no en vano, Malzberg ya en 1936 pensó que la migración es en sí misma un factor importante que contribuye a la aparición de trastornos mentales.

El desorden mental es, pues, extremadamente cambiante en una sociedad porque depende de los valores, expectativas y preferencias culturales. La diversidad social puede ser una fuente de desequilibrios y discriminación, generando serios problemas psicosociales como la anomia, y aunque no comparto, desde mi punto de vista, los excesos de las interpretaciones organicistas y funcionalistas sobre las patologías sociales como disfunciones a corregir, entiendo que en esta situación particular (relacionada con el choque cultural) la sociología puede explicar los problemas individuales.

9 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LA ANOMIA: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS

9.1 Depresión.

Las personas que están deprimidas¹³ tienen una visión negativa de sí mismas, se ven torpes, desgraciadas, y se culpabilizan de sus experiencias negativas, por tanto, se ven inútiles y carentes de valor, criticándose a sí mismos, culpabilizándose y pensando que carecen de la capacidad necesaria para poder llevar la vida que les gustaría. Interpretan la realidad siempre de forma negativa, y al valorarse tan poco a sí mismos piensan que no es posible que los demás sientan cariño por ellos o los valoren como personas. Tienen una visión negativa del futuro y creen que sus penas y dificultades no acabarán nunca, porque hagan lo que hagan las cosas nunca salen bien.

Beck (1979) en su libro "Terapia cognitiva de la depresión" sostiene que hay siete supuestos principales depresógenos que son:

Generalización abusiva: Este mecanismo mental consiste en pensar que si algo es cierto en un caso, se puede aplicar a cualquier otro caso, aunque no se parezca demasiado.

¹³ Estas personas se encuentran atrapadas en una visión subjetiva de su estado que se caracteriza por tres ejes principales (estos ejes forman la llamada tríada cognitiva de Beck):

- Opinión negativa del sí mismos.
- Opinión negativa del mundo y de las relaciones con los demás.
- Pesimismo sobre el futuro.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Selección tendenciosa: Los acontecimientos que prefiere retener el deprimido son los fracasos, las carencias, los errores y las debilidades.

Responsabilidad abusiva: El mal concepto que el deprimido tiene de sí mismo le lleva a pensar que si algo ha salido mal es porque directa o indirectamente él tiene la culpa.

Falsas predicciones: La persona deprimida realiza pronósticos adversos de una manera tendenciosa, basándose en una consideración parcial de su existencia anterior o en una supuesta maldición o destino que le lleva ineludiblemente al desastre.

Autoreferencia: Esta deformación del pensamiento alude a la facilidad con la que algunos deprimidos se sienten culpables de las desgracias que suceden a su alrededor.

Catastrofismo: Consiste en creer que lo peor es lo que tiene mayores posibilidades de ocurrir; Todo se ve desde el lado pesimista o negativo.

Pensamiento de blanco o negro: La persona deprimida no contempla las situaciones intermedias, todo es bueno o malo, fantástico o horrible, perfecto o imperfecto,.. lo que hace que tenga una imagen negativa de sí mismo.

Los factores que intervienen en la aparición de la melancolía o tristeza psicológica pueden ser insignificantes (lo que los americanos denominan *life evens*), o puede ser una suma de cosas, pero no se somatiza; Sin embargo, la tristeza depresiva suele ser inmotivada, pero es muy profunda, porque se somatiza a través de dolores de cabeza, problemas respiratorios, digestivos, en fin un malestar que puede llegar a ser generalizado.

Desde Hipócrates hasta Kraepelin¹⁴ fueron separándose del tronco de la melancolía hipocrática varios trastornos como la confusión mental, las neurosis obsesivas, el estupor

¹⁴ (1856-1926) Publicó en la sexta edición de su Tratado de psiquiatría la diferencia que hay entre la psicosis maníaco-depresiva (PMD) y la demencia precoz (la PMD se constituyó como una categoría nosológica diferenciada).

catatónico, los delirios de persecución, hasta llegar a perfilar la psicosis maníaco depresiva (PMD) conocida actualmente como trastorno bipolar¹⁵.

La frontera entre los términos psicótico o neurótico están referidos a la presencia o ausencia de un trastorno grave con ideas delirantes y alucinaciones, y falta de contacto con la realidad o personalidad neurótica, en tanto que endógeno y reactivo apuntan hacia la presencia o ausencia de factores precipitantes; Pero ni el adjetivo neurótico-psicótico ni el endógeno-reactivo delimitan unos tipos definidos de depresión ya que cierto número de esos trastornos no pueden ser ubicados en la categoría psicótica o neurótica estrictamente. Lo mismo ocurre con la disyuntiva endógeno-reactivo, ya que los puntos de intersección entre ambos son frecuentes en la clínica y su origen no queda tan delimitado como sugieren los términos empleados.

Sin entrar en la cuestión de si ambos tipos de depresión forman dos categorías separadas, lo cierto es que clínicamente se observan dos síndromes depresivos, uno denominado endógeno, que se solapa con lo que se denomina melancolía y se caracteriza, como su término sugiere semánticamente, por una ausencia general de factores psicogenéticos desencadenantes, una tristeza profunda y persistente, un despertar precoz, pérdida de peso, variaciones diurnas y estacionales del humor (mejorías por la tarde y recaídas en primavera y otoño), inhibición psicomotriz e ideas delirantes de ruina, de culpabilidad, hipocondríacas (entre otros síntomas).

El otro síndrome depresivo, denominado neurótico, situacional, reactivo o psicógeno, según los autores, se caracteriza por rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad, agravación de los síntomas por la tarde, curso prolongado no estacional y pronóstico más desfavorable, con una respuesta terapéutica más limitada a los antidepresivos habituales y muy sensible, sin embargo, a la psicoterapia.

¹⁵ Mientras que las depresiones bipolares alternan los periodos melancólicos con otros maníacos o hipomaniacos, se consideran unipolares aquellos trastornos depresivos endógenos que han presentado varias fases melancólicas consecutivas sin episodio maníaco o hipomaniaco intercurrente.

Clasificaciones de la depresión DSM-IV y CIE-10

| CLASIFICACIÓN DSM-IV | CLASIFICACIÓN CIE-10 |
|---|--------------------------------------|
| Trastornos depresivos | Episodio maníaco |
| Trastorno depresivo mayor, episodio único | Trastorno bipolar |
| Trastorno depresivo mayor, recurrente | Episodio depresivo |
| Trastorno distímico | Leve |
| | Moderado |
| | Grave |
| Trastornos bipolares | Sin síntomas psicóticos |
| Bipolar I, episodio maníaco único | Con síntomas psicóticos |
| Bipolar I, episodio hipomaníaco actual | Otros episodios depresivos |
| Bipolar I, episodio maníaco actual | Trastorno depresivo recurrente |
| Bipolar I, episodio mixto actual | Trastornos del humor |
| Bipolar I, episodio depresivo actual | Persistentes |
| Bipolar II | Ciclotimia |
| Trastorno ciclotímico | Distimia |
| Bipolar no especificado | Otros |
| | Otros trastornos del humor |
| | Trastornos del humor sin especificar |

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A., Barcelona, 1995.

CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Ginebra, 1992.

La clasificación CIE-10 basa su clasificación en función de los grupos clásicos de trastornos bipolares y depresiones no bipolares con la posibilidad de episodios únicos o recurrentes. También contempla la distinción entre trastornos afectivos episódicos (trastornos bipolares, episodios depresivos recurrentes) o persistentes (ciclotimia, distimia). Se valora la intensidad (leve, moderado, grave) y la presencia o ausencia de síntomas psicóticos o síntomas somáticos, de manera que los trastornos leves o moderados se subclasifican con o sin síntomas somáticos y los trastornos graves se subclasifican con o sin síntomas psicóticos.

La clasificación distingue por vez primera el trastorno bipolar I, (preponderancia de episodios maníacos) del trastorno bipolar II (episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaníacos). Asimismo, establece criterios para especificar la gravedad, cronicidad, los síntomas catatónicos, los síntomas melancólicos, el patrón estacional y otros,

creando también un nuevo apartado para categorizar los “trastornos del estado de ánimo debidos a...” en el que hay que indicar la enfermedad médica causante del trastorno o la sustancia provocadora del mismo.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, 1995.

El eje afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve el sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Los síntomas más característicos de la depresión se podrían clasificar fundamentalmente en cinco grupos¹⁶: físicos, afectivos, conductuales, cognitivos y asertivos.

Síntomas físicos: de éstos, los más importantes son el dolor de cabeza, la impotencia sexual en el hombre, el vaginismo en la mujer y el insomnio (trastornos del ritmo del sueño).

Síntomas afectivos o psicológicos: Constituyen la esencia de la depresión, ahí está la tristeza, y también lo contrario, la alegría, porque los sentimientos están muy cercanos, el aburrimiento, que en alemán es *langebeile* que significa "momento largo", es decir, el tiempo se alarga, además de lo que los alemanes denominan *sbermut* que significa que hay una "pesadez del cuerpo", esto es, una sensación física y somática a la vez, como una sensación elefantiásica que impide dar un paso adelante.

Síntomas de conducta: Se manifiestan en el comportamiento externo. Dentro de éstos hay muchos aspectos: la disminución de palabras por minuto en una persona que está

¹⁶ Según Enrique Rojas, Catedrático de Psiquiatría en la transcripción de su conferencia "La Depresión: cómo curar la melancolía" del día 31 de Enero de 2000 en Bilbao. Disponible en: <http://canales.elcorreodigital.com/auladecultura/enriquerojas1.html>

hablando (respuestas monosilábicas), el rictus de la cara (que no en vano dicen que es el espejo del alma).

Síntomas cognitivos: La manera en que se almacena en la cabeza todo lo que se recibe, a través de esquemas. El depresivo, en los síntomas cognitivos, lo que hace es una falsa interpretación de sí mismo, deforma la realidad, la agranda, y se tiene una capacidad selectiva para captar lo negativo.

Síntomas asertivos: En este contexto significa que la depresión afecta a la habilidad en el contacto interpersonal; La persona depresiva está callada, en silencio, introvertida, con pensamientos negativos, y por tanto, retraída, sin contacto con los demás.

También existen lo que se denominan “depresiones enmascaradas”, conocidas también como “equivalentes depresivos” (López-Ibor Aliño, 1972), ya que son trastornos que llegan a representar casi la mitad del total de las depresiones y constituyen auténticos problemas que desorientan al clínico. Su naturaleza puede ser tanto endógena como neurótica. Por depresión enmascarada se entiende, aquel estado depresivo en el que los síntomas somáticos están en primer plano y los psicológicos permanecen en la penumbra. Estas depresiones enmascaradas o equivalentes depresivos suelen producirse generalmente a través del plano somático, aunque también es posible detectarlas en el marco de algunas depresiones psicóticas. Las formas más frecuentes de presentación de estos trastornos son las cefaleas, algias y parestesias, trastornos gastrointestinales, neurológicos y neurovegetativos.

Hay que llamar la atención sobre la presentación periódica de algunas depresiones; Los cambios de estación, concretamente primavera y otoño, son épocas especialmente críticas. Pero existen otras entidades clínicas¹⁷ muy importantes, que aunque son muy parecidas, no son depresión y deberían tenerse en cuenta: nos referimos a la personalidad depresiva, la vida depresiva y la distimia depresiva.

¹⁷ Según Enrique Rojas en su Conferencia de 31 de Enero de 2000 en Bilbao.

Personalidad depresiva: Aquella cuya conducta siempre tiene las características fundamentales del pesimismo, la introversión, la tendencia patológica al orden, vivir hacia el pasado, dificultad para hablar con los demás, es minuciosa, obsesiva, hipersensible,...

Vida depresiva: Se refiere a aquella vida que está presidida por la monotonía. La persona se siente muy sola, solo existe para ella el ahora, no hay mañana, por tanto, son personas que siempre hacen lo mismo, lo mismo da que sea lunes como fin de semana. Esta clase de vida forma parte de la conducta de la persona y esto es muy negativo, esta clase de vida no se arregla con pastillas, hace falta cambiar ese tipo de vida, llenarla de contenido.

Distimia depresiva: Aquel cuadro clínico que alberga en su seno dos cuadros clínicos distintos: uno es la depresión propiamente dicha y otro es un trastorno de la personalidad. Ante esto, se pueden hacer dos cosas: en primer lugar, ver que tipo de personalidad tiene, es decir, hay que tener en cuenta los síntomas más importantes del trastorno de la depresión que a grandes rasgos tienen que ver con el complejo de inferioridad (la persona con este desajuste suele ser una persona acomplejada), la inseguridad (aspecto subjetivo y síntoma clave de la personalidad no ajustada), la hipersensibilidad psicológica (propia de individuos que no superan su pasado negativo y se convierten en neuróticos, esto es, amargados, resentidos, agrios,...).

9.2 Ansiedad.

El término neurosis fue empleado por vez primera en 1769 por el médico escocés Cullen en su "Synopsis nosologiae methodicae". En la definición de este autor se consideran *neurosis* "todas las afecciones preternaturales del sentido y del movimiento en las que la pirexia no constituye de ningún modo parte de la enfermedad primitiva, y todas las que no dependen de una afección local de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso y de las potencias de donde dependen más especialmente el sentido y el movimiento". Pinel (1789) tiene un concepto negativo de las neurosis y las engloba en dos grupos: neurosis psíquicas y somáticas. No obstante, a lo largo de su evolución histórica, varias enfermedades han ido desgajándose desde el tronco común de las neurosis por descubrirse su causa estrictamente orgánica; Algunas de estas enfermedades son: parálisis

general progresiva, demencia, corea, catalepsia, tétanos, asma, epilepsia, eclampsia y las neuralgias.

A finales del siglo XIX las neurosis quedaron reducidas a la psicastenia o neurosis obsesiva, la histeria, la hipocondría y la neurastenia, y es en esta época, cuando se producen las aportaciones más importantes y actuales del concepto de neurosis. Freud acuñó el término “neurosis de ansiedad” y ya en 1893 se decantó por una interpretación psicologista de algunas neurosis al considerar que su causa se encuentra en traumas psicosexuales producidos en épocas tempranas de la vida. Este enfoque ha imperado durante casi todo el siglo XX hasta ahora, con una visión neurobiológica.

La ansiedad es una emoción normal, pero cuando es severa y desproporcionada se convierte en patológica. La ansiedad, entendida como respuesta emocional, puede ser definida como “una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc... que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones” (Miguel Tobal, 1990).

La palabra ansiedad tiene un significado más preciso en psiquiatría. Se refiere tanto a los sentimientos psicológicos (temor, irritabilidad, mentismo,..) como a los cambios fisiológicos (disnea, sudoración, insomnio, temblor,..) que perduran y perturban su funcionamiento normal (se supone que este estado de hiperalerta nos prepara para una posible huida y que se activa automáticamente). Los trastornos de ansiedad fueron antiguamente agrupados bajo el término de neurosis de ansiedad, ahora se reconoce que hay varios síndromes clínicos relativamente distintos agrupados bajo el término general de trastornos de ansiedad.

En la clínica médica habitual los trastornos de ansiedad se presentan con tanta frecuencia que algunos autores afirman que no hay enfermedad en que la ansiedad esté presente con mayor o menor intensidad. Desde una perspectiva biopsicosocial, el origen de la ansiedad ha sido abordado desde modelos neurobiológicos, psicológicos (teoría psicoanalítica y conductista) y ambientales, siendo los factores culturales los que más influyen en la forma de manifestación sintomatológica .

Según el estudio realizado por Myers, Weissman y Tischler (1984), los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población general afectando al 8,9% de la población. Si se tiene en cuenta que los síntomas son más frecuentes que los trastornos, otro 11% de la población padece síntomas de ansiedad importantes; Así, aproximadamente un 20% de la población puede llegar a sufrir trastornos o síntomas significativos de ansiedad (Pasnau, 1987). Dentro de los trastornos de ansiedad, los más frecuentes son las fobias y el TAG (trastorno de ansiedad generalizada) puede llegar a afectar al 19% de la población, y los menos frecuentes serían el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo, con tasas que oscilan entre el 0,4% y el 1,6% de la población (Merikangas y Weissman, 1985). Por otra parte, Tyrer (1989) defiende la existencia de un "síndrome neurótico general", que se caracteriza por la presentación simultánea de síntomas depresivos y de ansiedad, que experimenta cambios sintomáticos a lo largo del tiempo en ausencia de acontecimientos vitales relevantes, y que se presenta con un trastorno subyacente de la personalidad inhibida, dependiente.

En el momento actual, la aceptación de la existencia de una personalidad neurótica es controvertida, pero a pesar de la polémica, existen unas características consustanciales de sujeto neurótico que nos permiten describir la personalidad neurótica. El carácter neurótico es expresión de un conflicto interno, el sujeto, tiene un mal control de su vida instintiva y afectiva, por lo que está sometido a una lucha pulsional que le ocasiona constantes y penosas tensiones internas.

No logra armonizar sus deseos, muchas veces reprimidos. El neurótico no tiene una buena imagen de sí mismo y su drama muchas veces estriba en que no es capaz de identificarse con el personaje que todos intentamos representar por constituir el ideal de nuestro yo. Este conflicto muchas veces se manifiesta en un sujeto inseguro, con notables

sentimientos de inferioridad (Adler¹⁸, 1912) y tendencia a las vivencias de culpa y autopunición. La ansiedad es el centro de su vida, la cual está marcada por una profunda frustración al no lograr realizarse existencialmente (lógicamente, si el individuo no llega a un equilibrio interno y a una aceptación personal, su comportamiento con los demás será inadecuado). En general, son personas con poca naturalidad, ya que su inseguridad les hace adoptar posturas defensivas que impiden una relación fluida.

Los *mecanismos de defensa del yo* fueron descritos por Anna Freud como una actividad del yo, cuya finalidad es proteger al sujeto de una excesiva exigencia pulsional y así eliminar la tensión interna. Son mecanismos inconscientes y no reconocibles espontáneamente por el sujeto. J. Vallejo¹⁹ (1991) ha reunido los siguientes mecanismos de defensa basándose en las descripciones de Bergeret, Castilla del Pino y A. Freud:

- *Represión*: Proceso activo que rechaza fuera de la conciencia una situación (representación, actitud, fantasía,..) o parte de ella que resulta inaceptable para la persona.
- *Fantasía*: Realización imaginativa de deseos que de otra forma no podrían ser cumplidos.
- *Sublimación*: Desvía la finalidad inmediata inaceptable y la encauza hacia otra nueva que generalmente tiene valores ideales.
- *Desplazamiento*: El afecto o la emoción pasa de una representación a otra.
- *Racionalización*: Es la búsqueda de razones que justifican los deseos pero sin violentar los principios éticos-morales. Se aplica más especialmente a las actitudes que a las pulsiones.
- *Proyección*: Implica expulsar fuera de sí y situar en los otros cualidades, sentimientos o deseos que la censura moral repudia en uno mismo. Puede

¹⁸ Acentúa la importancia que en la motivación humana tiene el sentimiento de inferioridad que comienza desde el momento en que el niño es consciente de la existencia de otros más capaces de cuidar de sí mismos y de dominar el entorno. Hace hincapié en que los sentimientos de inferioridad nacen de lo que él considera las tres relaciones más importantes: las que el individuo mantiene con su trabajo, con los amigos y con su objeto amado. El intento de evitar el sentimiento de inferioridad en estas relaciones conduce al individuo a adoptar objetivos vitales poco realistas, que a menudo se manifiestan como una voluntad poco razonable de poder y dominio que conduce a diversos tipos de comportamientos antisociales, desde la intimidación y la presunción a la tiranía política. Adler pensaba que el análisis podía fomentar un sentimiento sano y razonable de pertenencia a la comunidad, más constructivo que destructivo.

¹⁹ En "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría" Ed. Masson (pag. 369-370).

indicar un fracaso de la represión, pues el material rechazado tenía que haber sido reprimido y no pudo serlo.

- *Identificación*: Supone asimilar un aspecto o atributo de otro, transformándose total o parcialmente según el modelo de éste; Más que un mecanismo de defensa, una actividad del yo necesaria para el desarrollo y la educación que eventualmente también puede utilizarse defensivamente.
- *Introyección*: Derivada de la identificación; Supone la aparición de fantasmas inconscientes al desaparecer el sujeto exterior en el interior de uno mismo.
- *Conversión*: Transformación de una carga emocional reprimida en síntomas somáticos.
- *Regresión*: Retorno del comportamiento hacia un modo antiguo de satisfacción.
- *Punición*: Formas de conducta que intentan compensar sentimientos de culpa.
- *Anulación*: Consiste en hacer lo opuesto (realo imaginativamente) al acto o pensamiento precedentes con el fin de borrar mágicamente todo aquello que resulta molesto.
- *Formación reactiva*: Es una extensión del mecanismo de anulación que incluye conductas manifiestas inversas a los efectos latentes.
- *Denegación*: En este caso el representante pulsional desagradable no es reprimido y aparece en el consciente, pero el sujeto rechaza la posibilidad de que esta pulsión le concierna personalmente.
- *Negación*: La exclusión de una representación molesta se consigue en la negación no borrándola (anulación) no rechazando su implicación personal (denegación), sino negando la realidad perceptual vinculada a esta representación. La represión de la realidad no es necesaria, pues niega la realidad misma.
- *Aislamiento*: Separa la representación desagradable de su afecto e impide la relación angustiosa entre el objeto y los pensamientos.
- *Condensación*: Una representación única que condensa varias cadenas asociativas, producto de desplazamientos. Este mecanismo se pone en evidencia en los sueños.

La *rigidez* es un mecanismo de protección muy utilizado por los neuróticos, pues repiten las mismas pautas de conducta sin apenas variación, eliminando así la posibilidad de que nuevos estímulos perturben su precaria seguridad, aunque a costa de un empobrecimiento existencial, ya que permanecen impermeables a toda experiencia que intuyen como desestabilizadora. El empleo de mecanismos de defensa del yo es, por otra parte, abusivo y sistemático. Se puede afirmar, en este sentido, que mientras que los sujetos poco neuróticos emplean eventualmente estos mecanismos de defensa, los sujetos neuróticos viven instalados en ellos.

Niveles DSM IV de defensa y mecanismos de defensa individuales

| | |
|--|---|
| <p>Nivel adaptativo elevado: Este nivel de mecanismos de defensa da lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Estas defensas suelen maximizar la gratificación y permiten tener conciencia de los sentimientos, las ideas y sus consecuencias. También promueven un óptimo equilibrio entre opciones conflictivas. Ejemplos de defensas en este nivel son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>afiliación</i> <i>altruismo</i> <i>anticipación</i> <i>autoafirmación</i> <i>autoobservación</i> <i>sentido del humor</i> <i>sublimación</i> <i>supresión</i> | <p>Nivel de encubrimiento: Este nivel permite mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuidos erróneamente a causas externas. Ejemplos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>negación</i> <i>proyección</i> <i>racionalización</i> <p>Nivel mayor de distorsión de las imágenes: Este nivel se caracteriza por una enorme distorsión o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás. Son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>fantasía autista</i> <i>identificación proyectiva</i> <i>polarización de la propia imagen o la de los demás</i> |
| <p>Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos): El mecanismo de defensa en este nivel permite que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo. Son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>abstención</i> <i>aislamiento afectivo</i> <i>desplazamiento</i> <i>disociación</i> <i>formación reactiva</i> <i>intelectualización</i> <i>represión</i> | <p>Nivel de acción: Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a amenazas de origen interno o externo mediante una acción a una retirada. Son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>agresión pasiva</i> <i>comportamiento impulsivo (acting out)</i> <i>quejas y rechazo de ayuda</i> <i>retirada apática</i> <p>Nivel de desequilibrio defensivo: Este nivel se caracteriza por el fracaso de la regulación de la defensa para contener las reacciones del individuo frente a las amenazas, lo que conduce a una marcada ruptura con la realidad objetiva. Son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>distorsión psicótica</i> <i>negación psicótica</i> <i>proyección delirante</i> |
| <p>Nivel menor de distorsión de imágenes: Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo o de los demás que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>devaluación</i> <i>idealización</i> <i>omnipotencia</i> | |

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A., Barcelona, 1995.

Para S. Freud la causa de las psiconeurosis se encuentra en los procesos que determinan el desarrollo de la personalidad, estableciendo una línea de continuidad entre los

trastornos de personalidad y la clínica neurótica. Algunos psiquiatras alemanes como Jaspers (1973) y Schneider (1975) consideraron las neurosis como reacciones al estrés que se producían en sujetos con personalidades anormales, sin embargo, esta relación aún no está clara, ya que no siempre un determinado tipo de personalidad se asocia con su correspondiente síndrome clínico (personalidades histéricas, obsesivas o ansiosas pueden tener cuadros depresivos) y no es infrecuente que síntomas neuróticos aparezcan en sujetos sin especiales anomalías de la personalidad. Según Wilkinson y Lawson (1992) en la base de muchos cuadros neuróticos existe un elevado factor de neuroticismo que condiciona lo que se ha denominado personalidad neurótica. Los acontecimientos de vida desfavorables pueden explicar la amplia variabilidad de los síntomas neuróticos, pero no el neuroticismo, cuya carga genética-ambiental es importante.

El manual DSM IV recoge los trastornos de neurosis en tres apartados: trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos. En este manual los trastornos de neurosis se amplían con respecto a las clasificaciones anteriores con nuevas categorías (estrés agudo, trastornos de ansiedad debido a enfermedades médicas, trastornos de ansiedad inducidos por sustancias). La agorafobia se subordina al trastorno de pánico, si bien puede existir una agorafobia sin historia de pánico. En la clasificación DSM-IV los trastornos obsesivos y los trastornos por estrés se incluyen entre los trastornos de ansiedad y en la CIE-10 se clasifican separadamente. La CIE-10 diferencia los trastornos de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo), de los trastornos de ansiedad fóbica, el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés y adaptación, los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos y otros trastornos neuróticos, creando además una nueva categoría, el trastorno mixto ansioso-depresivo (que no existe en el DSM-IV). Por otra parte, la agorafobia tiene un status independiente y no supeditado al pánico en el contexto de la ansiedad fóbica.

| (DSM-IV) | (CIE-10) |
|--|--|
| <p>Trastornos de ansiedad</p> | <p>Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p> |
| <p>Trastorno de pánico sin agorafobia Trastorno de pánico con agorafobia Agorafobia sin trastorno de pánico Fobia específica Fobia social Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno por estrés postraumático Trastorno por estrés agudo Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno de ansiedad debido a.... (indicar enfermedad médica)</p> | <p>Trastorno de ansiedad fóbica Agorafobia (con o sin pánico) Fobias sociales Fobias específicas Otros trastornos de ansiedad Trastorno de pánico Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno mixto ansioso-depresivo Otro trastorno mixto de ansiedad Otros trastornos de ansiedad</p> |
| <p>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias Trastorno de ansiedad no especificado</p> | <p>Trastorno obsesivo-compulsivo Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación Reacción a estrés agudo Reacción a estrés postraumático Trastornos de adaptación Otras reacciones a estrés grave</p> |
| <p>Trastornos somatomorfos</p> | <p>Trastornos disociativos Amnesia disociativa Fuga disociativa Estupor disociativo Trastornos de trance y posesión Trastornos disociativos de la motilidad Convulsiones disociativas Anestiasias y pérdidas sensoriales Trastornos disociativos mixtos Otros trastornos disociativos</p> |
| <p>Trastorno de somatización Trastorno somatomorfo indiferenciado Trastorno de conversión Trastorno por dolor Hipocondría Trastorno dismórfico corporal Trastorno somatomorfo no especificado</p> | <p>Trastornos somatomorfos Trastorno de somatización Trastorno somatomorfo indiferenciado Trastorno hipocondríaco Disfunción vegetativa somatomorfa Trastorno de dolor persistente somatomorfo Otros trastornos somatomorfos</p> |
| <p>Trastornos disociativos</p> | <p>Trastornos neuróticos Neurastenia Trastorno de despersonalización-desrealización Otros trastornos neuróticos</p> |
| <p>Amnesia disociativa Fuga disociativa Trastorno de identidad disociativo Trastorno de despersonalización Trastorno disociativo no especificado</p> | |

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A., Barcelona, 1995.
 CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
 OMS, Ginebra, 1992.

Como vemos, la clasificación de los trastornos mentales (DSM IV) no considera el estrés como un trastorno diferenciado, pues solo lo especifica cuando se trata de estrés postraumático o el trastorno por estrés agudo, y en ambos casos se considera que la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático. En la CIE-10 las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación se agrupan en una categoría que se clasifica junto con los trastornos neuróticos y somatomorfos. Sin embargo, esta categoría relacionada con el estrés difiere de las otras dos categorías en que no se puede definir solo según los síntomas, sino también según una de estas dos causas: un acontecimiento vital que cause una reacción de estrés agudo o un cambio de vida significativo que produzca un trastorno de adaptación (a diferencia de otros trastornos, éstos siempre están ligados a un estrés agudo o a una situación de trauma continuo).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

En el trastorno de ansiedad inducido por sustancias los síntomas de ansiedad están asociados al consumo, abuso o dependencia de una droga (cafeína, nicotina, alcohol, cannabis²⁰, cocaína, heroína, éxtasis, etc.) Los consumidores habituales de drogas presentan niveles de ansiedad más altos que los no consumidores, incluso después de haber abandonado el consumo (incluso periodos superiores a los seis meses).

La Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de las Enfermedades (1992) define la dependencia como “Un patrón de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el más alto valor. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir drogas (incluso las que pueden haber sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración, más rápida de lo que sucede en individuos no

²⁰ Algunas personas han sufrido su primera crisis de ansiedad después de consumir cánnabis.



dependientes, del resto de características del síndrome". Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (1995), establece:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Criterios DSM IV para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.

2. el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en

una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades
Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, 1995.

Trastorno mixto de ansiedad-depresión

El término trastorno mixto de ansiedad-depresión a pesar de presentarse con frecuencia en la clínica diaria no fue reconocido como tal en las clasificaciones internacionales hasta la última clasificación de la OMS (CIE 10). Durante años esta categoría clínica desapareció como tal de las clasificaciones psiquiátricas americanas debido a la idea de que se trataba de dos entidades clínicas diferenciadas que debían diagnosticarse por separado; Se trata de un diagnóstico que se puede equiparar al de “depresión ansiosa” que se utilizaba antiguamente.

El cuadro clínico se compone de síntomas depresivos que cumplen los criterios clínicos de la depresión mayor y que se acompañan de síntomas de ansiedad en la forma de ansiedad generalizada o de somatizaciones. Los síntomas ansiosos abarcaban desde los típicos problemas de sueño y sensaciones de ansiedad generalizada como taquicardia, inquietud, sensación de miedo subjetivo, etc... hasta síntomas somatomorfos como molestias

digestivas, palpitaciones, sensación de mareo, problemas de tensión muscular,.. Debido a esta dificultad nosológica, durante un tiempo se prefirió diagnosticar la antigua depresión ansiosa como dos patologías independientes aunque a menudo se presentaban conjuntamente.

Los síntomas más frecuentes del Trastorno Mixto de Ansiedad-Depresión son:

Síntomas depresivos:

- *Bajo estado de ánimo, tristeza, apatía, desinterés por las cosas.*
- *Anhedonia (incapacidad para disfrutar con las cosas).*
- *Trastornos del sueño (sobre todo insomnio de inicio o despertar precoz)*
- *Trastornos del apetito (sobre todo anorexia o bulimia)*
- *Pérdida del interés sexual*
- *Astenia, fatiga inmotivada y persistente*
- *Falta de concentración, problemas de memoria*
- *Pensamiento pesimista, lentificado, minusvalía personal*

Síntomas de ansiedad:

- *Temblores, calambres musculares o tics*
- *Mareos inespecíficos, sensación de inestabilidad*
- *Tensión muscular, nalgas, cefaleas tensionales,..*
- *Intranquilidad general, prisa inmotivada*
- *Sensación de disnea subjetiva o de falso ahogo, necesidad de suspirar*
- *Sensación de opresión en el pecho, nudo en la boca del estómago o al tragar*
- *Palpitaciones, extrasístoles, sensaciones de vuelcos del corazón,..*

El tratamiento del trastorno mixto ansioso-depresivo dependerá de los síntomas. El tratamiento de elección son los antidepresivos y ansiolíticos. Los abordajes psicoterapéuticos serán limitados en el tiempo.

Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno mixto ansioso-depresivo

Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos un mes.

El estado de ánimo disfórico se acompaña al menos durante un mes de un mínimo de cuatro de los síntomas siguientes:

Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco

Trastorno de sueño (dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco)

Trastorno del sueño (dificultades para iniciar o mantener el sueño o sensación de insatisfacción al despertarse o de no haber descansado bien)

- Fatiga o falta de energía
- Irritabilidad
- Preocupaciones
- Llanto fácil
- Hipervigilancia
- Anticipación del peligro
- Desesperanza (permanente pesimismo ante el futuro)
- Baja autoestima o sentimientos de inutilidad

Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, droga, medicamento) o de una enfermedad médica.

Se cumplen las tres condiciones siguientes:

Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada.

En el momento actual no se cumple los criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (aunque se encuentren en remisión parcial)

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, 1995.

Trastorno de ansiedad no especificado

La combinación de síntomas depresivos y de ansiedad provoca un deterioro significativo del funcionamiento de la persona afectada. Este trastorno es muy común; Algunos clínicos e investigadores han estimado que la prevalencia de este trastorno en la población general es de aproximadamente un 10%, aunque estimaciones más conservadoras sugieren una prevalencia de aproximadamente un 1% para la población general.

Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.

Síntomas de fobias sociales clínicamente significativas relacionadas con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).

Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, 1995.



Diagnóstico diferencial entre la depresión y la ansiedad

Los métodos complementarios para el diagnóstico de la depresión son de gran ayuda, los escalamientos proporcionan un buen método de valoración cuantitativa de los signos y síntomas de la enfermedad. La distinción entre un cuadro depresivo endógeno y un cuadro ansioso no suele plantear problemas, pero hay que tener en cuenta que muchas veces los trastornos de ansiedad están mezclados con síntomas depresivos y viceversa, por ello, es difícil establecer un diagnóstico correcto a partir de los escalamientos, pues el paciente contesta afirmativamente tanto a las preguntas que afectan al trastorno de la depresión endógena como las preguntas que afectan al trastorno de la ansiedad o a síntomas adicionales (Porta y cols., 1974). La depresión neurótica, por el contrario, tiene numerosos puntos de contacto con los trastornos de ansiedad.

9.3 Estrés.

La palabra estrés fue empleada por vez primera en 1911 por Walter Cannon quien descubrió la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina. Cannon, desarrolló el concepto de reacción de lucha o huida y el concepto de homeostasis, que lo basó en la ley fisiológica general que formuló Claude Bernard en 1878: "Todos los mecanismos vitales, cualquiera sea su variabilidad, no tienen sino un fin, el de mantener la unidad funcional del medio interior" (Cannon llamó homeostasis a los procesos encargados de mantener esa constancia y estrés a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida. Pero el concepto de estrés se remonta al año 1936, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales como cansancio, pérdida del apetito, disminución de peso,.. Estos síntomas llamaron mucho la atención a Selye quien lo denominó como el "síndrome de estar enfermo". Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, "las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno de

estrés". Seyle²¹ definió el estrés como "la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él".

Hay que aclarar que el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente como para explicar por sí mismo la aparición de diferentes trastornos; Influyen la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a situaciones de estrés presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico de todos ellos es que se incluya, en un periodo inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. A este estado puede suceder, unas veces un grado mayor de alejamiento de la circunstancia o bien, una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico como taquicardia, sudoración y rubor. Estos síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial del episodio estresante. Casi siempre se trata de una aparición leve, pero cabe enumerar maneras moderada y grave, el estrés postraumático, el estrés agudo (como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional como ser una experiencia traumática devastadora como son las catástrofes naturales, accidentes, batallas, robos, violaciones,..). Cuando la aparición del estrés se manifiesta como una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento se habla de estrés postraumático, donde se manifiestan episodios o sueños, y actitudes de evitación de actividades y situaciones evocadoras de la situación generadora o traumática. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto o insomnio. El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta los seis meses.

El concepto de trauma psíquico fue desarrollado por Breuer y Freud en 1893 como "toda experiencia evocadora de emociones desagradables", y ha terminado por converger en el concepto de estrés²². Freud ya era consciente de la influencia de los factores psíquicos en las enfermedades orgánicas. El estudio y evolución de la enfermedad psicosomática se ha

²¹ Cambió el concepto de Cannon que definía el estrés como estímulo y no como respuesta.

²² Ver definición de González de Rivera.

apoyado en varias teorías como la teoría de la especificidad de la personalidad, cuyo principal representante es Dunbar quien en 1943 estableció una serie de perfiles de personalidad que se correlacionaban con patologías concretas, la “teoría de la especificidad de conflictos”, de Alexander, que señala que cada estado emocional tendría su correspondiente sintomatología fisiológica o la “teoría de la inespecificidad de los conflictos” la cual viene a decir que las patologías orgánicas en adultos obedecen a un factor común: la frustración afectiva durante la primera infancia.

Desde que Hans Seyle introdujo en el ámbito de la salud el término *estrés*, éste se ha convertido en una de las palabras más utilizadas tanto por los profesionales de las distintas ciencias de la salud, como en el lenguaje coloquial de la calle. Seyle introdujo también los conceptos de *eutrés* y *distrés*, correspondiendo el primero con la respuesta a la estimulación idónea, y el segundo con la respuesta a la estimulación excesiva o insuficiente. Definió el estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante, donde diferentes cambios interdependientes entre sí forman en conjunto un síndrome bien definido al que denominó síndrome general de adaptación (SGA).

Este síndrome comprende tres fases o etapas:

Fase de reacción de alarma: el cuerpo reconoce el estímulo y se prepara liberando hormonas que aumentan los latidos cardíacos, la glucemia, la frecuencia respiratoria, la transpiración,.. Todas estas reacciones nos preparan para enfrentar el peligro o para huir del mismo.

Fase de resistencia: el cuerpo intenta reparar el daño producido por la reacción de alarma. Si el estrés continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños. Continúa la resistencia y se pasa a la tercera etapa.

Fase de agotamiento: desde el simple agotamiento de las reservas hasta situaciones extremas como la muerte.

Lázarus y Folkman (1986) definen el estrés como “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno. Evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonales y físicos. Y pone en peligro su bienestar”.

En toda situación de estrés hay una serie de características comunes: Se genera un cambio o una situación nueva, suele haber falta de información, hay incertidumbre (no puede predecirse lo que va a ocurrir), hay ambigüedad (cuanto más ambigua sea la situación, mayor poder estresante generará), la inminencia del cambio puede generar todavía más estrés, en general se tienen habilidades para manejar las nuevas situaciones, se producen alteraciones de las condiciones biológicas del organismo que nos obligan a trabajar más intensamente para volver al estado de equilibrio y la duración de la situación de estrés (cuanto más tiempo dure una situación nueva, mayor es el desgaste del organismo). No obstante, se han realizado numerosos trabajos sobre el estrés que ha aportado diversas concepciones, una de las más novedosas es la que aporta la Organización Mundial de la Salud (1994) al definirlo como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción.

Combinando los enfoques de Cannon y de Seyle, González de Rivera formuló en 1980 la *Ley General del Estrés*: “Cuando una influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con la máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés con hipersecreción de catecolaminas y cortisol”.

Clasificación de Rivera de los síndromes de estrés:

| | |
|--------------------|---|
| Síndromes agudos | Síndrome de autoestrés Reacción aguda de estrés Síndrome de estrés traumático Crisis psicosocial |
| Síndromes crónicos | Trastorno por estrés extremo y persistente Síndrome de victimización de Ochberg (del que forma parte el síndrome de Estocolmo) Síndrome de desgaste profesional o Burnout Síndrome de acoso moral (del que forma parte el acoso institucional). Síndromes inespecíficos de “distrés” o sobrecarga |

Como se ve, existen diversas clasificaciones para el síndrome del estrés dependiendo de los autores, pero en general, las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del

estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos: Trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo.

Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno por estrés postraumático

A.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:

- 1) La persona ha experimentado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenaza para su integridad física o la de los demás.
- 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos (en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).

B.- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

Recuerdos recurrentes del acontecimiento que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones (en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).

Sueños de carácter recurrentes sobre el acontecimiento que producen malestar (en los niños suele haber sueños terroríficos).

El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se tiene la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones, episodios disociativos de flashback,..

Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C.- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:



Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma,

Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).

Sensación de un futuro desolador.

D.- Síntomas persistentes de aumento de actividad (ausentes antes del trauma), tal como indican dos o más de los siguientes síntomas:

Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

Irritabilidad o ataques de ira

Dificultades para concentrarse

Hipervigilancia

Respuestas exageradas de sobresalto

E.- Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

F.- Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Hay que especificar si:

Los síntomas duran menos de tres meses: agudo.

Los síntomas duran tres meses o más: crónico.

También hay que especificar si:

Entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses: de inicio demorado.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, 1995.

No todas las personas traumatizadas sufren un verdadero caso de estrés postraumático. Se diagnostica éste solo cuando los síntomas duran más de un mes, aunque

generalmente los síntomas comienzan tres meses después del trauma. El curso de la enfermedad varía mucho, hay quienes se recuperan dentro de los siguientes seis meses, mientras que en otros los síntomas duran mucho más tiempo llegando incluso a ser crónicos con el tiempo. Ocasionalmente la enfermedad no se detecta hasta varios años después del evento traumático. Los objetivos del tratamiento de este trastorno son reducir los síntomas, prevenir la incapacidad crónica y lograr la rehabilitación profesional y social. El tratamiento con éxito implica una combinación de sistemas de ayuda psicosocial, psicoterapia, técnicas de conducta y de condicionamiento, además de medicamentos. La terapia de grupo también puede ser beneficiosa.

Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno por estrés agudo

A.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1) y 2).

La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B.- Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional,

Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo, estar aturdido).

Desrealización.

Despersonalización.

Amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C.- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y el malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.



D.- Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares y personas).

E.- Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la actividad (por ejemplo, dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora,..)

F.- Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, como por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G.- Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H.- Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (como por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica, no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I o II.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, 1995.

Hay que tener en cuenta que desde una lectura psicoanalítica tampoco se considera el estrés como una entidad clínica, pero en cualquier caso, hablar de estrés se refiere a una descripción fenomenológica del comportamiento cotidiano²³. El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas, no puede evitarse, ya que cualquier cambio al que debemos adaptarnos conlleva estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido son hechos estresantes, así como los sucesos positivos, ascender en el trabajo trae consigo el estrés del nuevo status, de nuevas responsabilidades. En general, niveles moderados de estrés activan el organismo física y mentalmente, aunque si la persona tiene una incapacidad para adaptarse a las nuevas demandas, podrían desencadenarse respuestas físicas, psicológicas y conductuales negativas.

²³ Lo que comúnmente se considera estrés remite a la expresión subjetiva del afecto y al posicionamiento frente a los síntomas, las inhibiciones y la angustia.



Estrés y enfermedad psicosomática

Un cambio muy reciente es la aceptación de la enfermedad psicosomática como una enfermedad de adaptación al estrés. Fue Heinroth quien ya en 1818 introdujo el término “psicosomático” para referirse a la influencia de ciertos estados emocionales en la evolución de algunas enfermedades crónicas (Kaplan y Sadock, 1998). Desde entonces, han sido numerosas las aportaciones que se han hecho acerca de las enfermedades psicosomáticas. Actualmente los estudios realizados en animales sometidos a estrés crónico, corroboran la importancia de que el estrés, actuando de una manera inespecífica, puede dar lugar a trastornos psicosomáticos. Con el avance de las técnicas bioquímicas se ha profundizado en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta normal y anormal, descubriendo la existencia de diferentes mediadores neurofisiológicos y psicoinmunitarios que están implicados en la respuesta ante determinados acontecimientos o situaciones vitales, relacionando el estrés con cambios moleculares sinápticos. En general, hay algunos factores que están presentes de manera simultánea en el desarrollo de los trastornos psicosomáticos, como son la predisposición biológica del individuo, su personalidad, un grado de estrés que los mecanismos de defensa no puedan soportar,...

Las teorías que explican los trastornos psicosomáticos podrían englobarse en tres tendencias fundamentalmente:

- La que considera que cada enfermedad psicosomática tiene una personalidad específica.
- La que considera que habría unos conflictos inconscientes en las enfermedades psicosomáticas.
- La que considera que algunas situaciones inespecíficas crónicas de estrés, combinadas con una vulnerabilidad genética, producirían este tipo de trastornos.

Estas teorías se complican cuando se intentan establecer modelos etiológicos, pues mientras unos modelos postulan que la causa original es psíquica, otros postulan que la causa original es somática, otros, como el *modelo somatopsíquico*, postulan que lo psicológico revierte en lo somático, y otros, como el modelo biológico, no dan ninguna

importancia ni a lo somático ni a lo psíquico, sólo a lo genético o constitucional, y aún hay otros modelos que dan importancia a todo por igual, ya que actúan simultáneamente según el *modelo holístico*.

Engel y sus colaboradores realizaron un *Modelo Biopsicosocial*²⁴ (1977) muy interesante en el que se contemplan factores externos (socioculturales y ecológicos) junto con factores internos (emocionales, genéticos, somáticos, constitucionales y biográficos) en la etiología de los trastornos psicosomáticos que han sido tenidos muy en cuenta en las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-IV. La clasificación CIE-10 no utiliza los términos “psicógeno” ni “psicosomático”, y en la clasificación DSM-IV el término “psicosomático” ha sido reemplazado por la categoría diagnóstica de “factores psicológicos que afectan a problemas médicos²⁵” haciendo hincapié en los factores psicológicos.

El trastorno de somatización, pues, se caracteriza por un patrón de síntomas y signos que involucra algún sistema corporal y puede persistir por años. La intensidad y duración de los síntomas aumenta con el estrés²⁶. Algunos de los síntomas que se pueden presentar en el trastorno de somatización incluyen:

- *Vómitos*
- *Dolores abdominales*
- *Náuseas*
- *Distensión abdominal*
- *Diarrea*

²⁴ La medicina psicosomática tradicional se desarrolló en los años treinta como una rama especial de la medicina, porque un pequeño grupo de médicos se hallaban insatisfechos con los esfuerzos por explicar los síntomas de los pacientes sólo en términos bioquímicos. Engel critica este modelo por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, y surge así el modelo biopsicosocial que integra los planteamientos de la medicina psicosomática, las limitaciones existentes en ésta y la psicología médica.

²⁵ *Factores psicológicos que afectan al estado físico:*

- Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica
- Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica
- Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica
- Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica
- Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica
- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica

²⁶ Un cambio reciente es la aceptación de la enfermedad psicosomática como enfermedad de adaptación al estrés; Diversos investigadores han dirigido su atención hacia las relaciones existentes entre el ambiente, las circunstancias sociales, los cambios vitales y el inicio o desencadenamiento de determinadas enfermedades físicas.



- *Dolor en las piernas o en los brazos*
- *Dolor de espalda*
- *Dolor articular*
- *Dolor durante la micción*
- *Dolores persistentes de cabeza*
- *Dificultad respiratoria*
- *Palpitaciones*
- *Dolor en el pecho*
- *Mareos*
- *Amnesia*
- *Dificultad al deglutir*
- *Cambios en la visión*
- *Parálisis o debilidad muscular*
- *Apatía sexual*
- *Dolor durante la relación sexual*
- *Impotencia*
- *Menstruación dolorosa*
- *Menstruaciones irregulares*
- *Sangrado menstrual excesivo*

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno de somatización

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)

2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

3. un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)

4. un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)

2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación)

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, 1995.

La intervención psicológica puede ayudar a las personas que son propensas a la somatización a aprender otras formas de manejar el estrés, lo que puede ayudar a reducir la intensidad de los síntomas, pero generalmente las personas con trastorno de somatización rara vez reconocen que su enfermedad tiene un componente psicológico y tienden a rechazar el tratamiento psicológico o psiquiátrico.



10 TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Algunas veces el trastorno adaptativo aparece en el contexto de un grupo o comunidad, por lo que el factor estresante puede afectar a diferentes personas (desastres naturales, persecuciones raciales o religiosas,..); También determinadas situaciones en la evolución de una persona se asocian con la aparición de trastornos adaptativos (inicio de la escolarización, abandono del hogar del último hijo,..).

Freud se interesó en conocer por qué los factores estresantes de la vida cotidiana producen enfermedades en algunas personas y no en otras (por qué algunas experiencias predisponen a una persona a la psicopatología). La investigación psicoanalítica ha demostrado la influencia de la madre y del ambiente donde se desarrolla el niño en la capacidad del sujeto adulto para responder al estrés²⁷.

Un trastorno adaptativo sigue a un suceso estresante, aunque los síntomas no tienen que empezar necesariamente de forma inmediata. La sintomatología no siempre remite al cesar el estrés y a veces la tendencia es hacia la cronificación de los síntomas. El cuadro puede aparecer a cualquier edad y sus síntomas varían considerablemente, siendo las características ansiosas, depresivas o mixtas las más frecuentes entre los adultos; Los síntomas físicos son más frecuentes en niños y en ancianos. Las manifestaciones pueden ser de conducta agresiva, conducción temeraria, incumplimiento de responsabilidades legales y aislamiento.

La clasificación DSM-IV enumera seis tipos de trastornos adaptativos y la clasificación CIE-10²⁸ sitúa los trastornos adaptativos en la misma categoría que las reacciones a estrés grave. La clasificación CIE-10 da prioridad a la gravedad del estrés o las circunstancias desagradables persistentes y no a la posible discordancia entre la gravedad de respuesta y la gravedad del factor estresante, además, los autores de la CIE-10 afirman que esta categoría se diferencia de las restantes en su esquema de clasificación dado que incluye trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por sus

²⁷ De particular importancia fue el concepto de Donald W. Winnicott (1979) sobre la madre "suficientemente buena" que se adapta a las necesidades del niño y le proporciona apoyo suficiente para tolerar la frustración a lo largo de su vida.

²⁸ La naturaleza y diagnóstico de este tipo de trastornos en esta clasificación difiere de la clasificación realizada en el manual diagnóstico DSM IV.

factores causales. Los trastornos de adaptación, de acuerdo con la CIE-10 se ven más afectados por la variabilidad individual que las reacciones a estrés grave, sin embargo, el factor estresante es una característica necesaria de la enfermedad, así como el malestar emocional provocado por el estrés o un cambio biográfico. Para poder ser clasificado como un trastorno de adaptación, el malestar emocional debe ser lo suficientemente grave como para interferir en el funcionamiento social.

El patrón temporal de la CIE-10 también difiere del que ofrece el DSM-IV, con el inicio en el mes posterior a la presentación de la situación estresante o del cambio biográfico y una duración de los síntomas que raramente excede los seis meses. Las características predominantes de los trastornos de adaptación se agrupan en reacción depresiva breve (duración inferior a un mes), reacción depresiva prolongada (duración inferior a dos años), reacción mixta de ansiedad-depresión, reacción con predominio de alteraciones de otras emociones y conductas y reacción con otros síntomas predominantes especificados.

| CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV PARA EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN | CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 PARA EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN |
|--|--|
| <p>A) La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tienen lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.</p> <p>B) Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:</p> <p>Malestar mayor de lo esperado en respuesta al estresante.</p> <p>Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).</p> <p>C) La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o Eje II.</p> <p>D) Los síntomas no responden a una reacción de duelo.</p> <p>E) Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de seis meses.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Agudo: si la alteración dura menos de seis meses.</p> <p>Crónico: si la alteración dura seis meses o más.</p> <p>Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.</p> <p>Con estado de ánimo depresivo.</p> <p>Con ansiedad</p> <p>Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo</p> <p>Con trastorno del comportamiento</p> <p>Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento</p> <p>No especificado</p> | <p>A) Haber sido expuesto a un estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas.</p> <p>B) Síntomas o trastornos del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos, excepto ideas delirantes y alucinaciones), de los trastornos (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales siempre que no se satisfagan los criterios para un trastorno en particular. La forma y la gravedad de los síntomas puede variar de un momento a otro.</p> <p>La característica predominante de los síntomas debe especificarse mediante un quinto dígito:</p> <p>*Reacción depresiva breve: estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.</p> <p>*Reacción depresiva prolongada: estado depresivo leve que aparece como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.</p> <p>*Reacción mixta de ansiedad y depresión: destacan los síntomas de ansiedad y depresión, pero con niveles de gravedad no superiores a los especificados para el trastorno mixto de ansiedad-depresión u otro trastorno de ansiedad mixto.</p> <p>*Con predominio de alteración de otras emociones: Los síntomas corresponden a varios tipos de emociones, tales como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer los criterios para el trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno mixto de ansiedad, pero no son tan predominantes como para que pueda hacerse un diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad más específico. Esta categoría debe utilizarse también para reacciones en la infancia en las cuales se hallan presentes comportamientos regresivos tales como enuresis nocturna o chuparse el pulgar.</p> <p>*Con predominio de alteraciones disociales: el trastorno más sobresaliente afecta al comportamiento disocial, por ejemplo, en el caso de una reacción de duelo en la que un adolescente se comporta de un modo francamente inadecuado o agresivo.</p> <p>*Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas: las características más destacadas son los síntomas emocionales y los trastornos disociales del comportamiento.</p> <p>Con otros síntomas predominantes especificados.</p> <p>C) Los síntomas no persisten más de seis meses tras la finalización del estrés o sus consecuencias, a excepción de reacción depresiva prolongada (este criterio no debe impedir el diagnóstico provisional en espera de que el criterio temporal llegue a satisfacerse).</p> |

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A., Barcelona, 1995.

CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Ginebra, 1992.

No existe ningún criterio absoluto que ayude a distinguir entre el trastorno adaptativo y otro tipo de trastornos²⁹, por ello, debe diferenciarse el trastorno adaptativo de éstos, por ejemplo, el trastorno depresivo mayor, el trastorno psicótico breve, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por somatización, los diferentes trastornos por consumo de sustancias, los trastornos de conducta, los problemas escolares y laborales, los problemas de identidad y los trastornos por estrés postraumático, (según el manual DSM-IV deberá darse prioridad a estos diagnósticos, si se cumplen todos sus criterios, aunque uno o varios factores estresantes hayan servido como desencadenantes).

En el trastorno adaptativo el desencadenante no suele ser grave, y aunque sus síntomas son poco específicos, su origen generalmente es social, por lo que puede afectar a las familias, las comunidades, e incluso a un país.

11 CLASIFICACIÓN DEL ESTRÉS DE ACULTURACIÓN DENTRO DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

En la versión española revisada del manual, que empezó a trabajarse en el año 1997 (DSM-IV-TR) se han incluido trastornos y especificaciones que están pendientes de codificación en la CIE-10 y se ha respetado la versión original inglesa que incluye solo la clasificación CIE-9-MC³⁰ entre corchetes. La versión revisada española del manual DSM-IV-TR también incluye una sección que se refiere a problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, dentro de la cual se enumeran trece trastornos, entre los cuales se encuentra el problema de identidad como una categoría que se refiere a la incertidumbre de los múltiples aspectos relacionados con ésta, como son los objetivos a largo plazo, la elección de profesión, los patrones de amistad, comportamiento y orientación sexuales, los valores morales y las lealtades de grupo. También contempla el problema de aculturación como un problema relacionado con la adaptación a diferentes culturas, como por ejemplo, los problemas educativos relacionados con la emigración.

²⁹ por ejemplo, algunos pacientes cumplen los criterios tanto para un trastorno adaptativo como para un trastorno de la personalidad.

³⁰ En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), mientras que en Estados Unidos el sistema de codificación oficial es el de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC).

Los periodos de transición cultural que implican cambios de costumbres y roles pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a sufrir estrés. La transición cultural extrema puede producir un malestar intenso que se denomina choque cultural o estrés de aculturación que se produce cuando una persona es trasladada de repente a una cultura extraña para ella o se siente “dividida” entre dos culturas distintas.

La versión revisada española del manual DSM-IV-TR recoge las últimas actualizaciones de la literatura sobre las investigaciones en trastornos mentales publicadas desde que apareciera el manual DSM-IV, así como las actualizaciones de los códigos CIE-9-MC y CIE-10. La utilidad y credibilidad de esta versión se apoya en fundamentos empíricos sólidos, producto de catorce grupos de trabajo cada uno de los cuales ha tenido responsabilidad plena sobre una sección del manual, el cual contiene la más amplia gama de información clínica e incluye doce apéndices, uno de los cuales contiene seis árboles de decisión para el diagnóstico diferencial. La clasificación DSM-IV en estos árboles de decisión no incluye todas las situaciones que pueden ser objeto de investigación; El estrés de aculturación no está incluido, por ello hay que ser cautos, sobretudo porque se está evaluando a personas con culturas distintas a la nuestra, y podría parecer que tienen conductas patológicas cuando en realidad lo único que tienen son conductas diferentes a la nuestras.

Tanto la DSM-IV como la CIE-10 definen los trastornos de adaptación como estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social además de aparecer en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente o agentes estresantes pueden afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado,..). El agente o agentes estresantes pueden afectar sólo al individuo o también al grupo o comunidad al que pertenece.

La clasificación CIE-10 sitúa los trastornos adaptativos en la misma categoría que las reacciones a estrés agudo y postraumático, de tal forma que su naturaleza y su diagnóstico difieren de la realizada por la clasificación DSM-IV. Ambas apuntan que no todas las personas expuestas a factores estresantes excepcionales desarrollan este trastorno, sino

que las variaciones individuales desempeñan un papel en la aparición y en la gravedad del mismo. El patrón temporal para estos trastornos difiere del que ofrece la clasificación DSM-IV en que para la primera los síntomas se inician durante el primer mes mientras que para la segunda los síntomas pueden iniciarse en los tres primeros meses posteriores al acontecimiento estresante y rara vez excede los seis meses. Para ambas versiones, el factor estresante así como el malestar emocional provocado por el estrés o un cambio biográfico, han de ser lo suficientemente importantes como para interferir en el funcionamiento social.

Saber diferenciar entre los diferentes síntomas para llegar a un buen escalamiento que nos ayude a definir las causas del estrés de aculturación no es tarea fácil, puesto que hay que saber distinguir entre los diferentes síndromes, teniendo en cuenta que algunos de ellos comparten algunos síntomas y signos. Estas clasificaciones internacionales nos pueden ayudar a mejorar la definición de estas causas al “enmarcar” el estrés de aculturación dentro de unas pautas que se siguen en la mayoría de los países.

Tanto el estrés agudo como el estrés postraumático definidos en este capítulo, están clasificados dentro de los trastornos de ansiedad. El estrés postraumático se suele dar como respuesta a un acontecimiento traumático grave, el cual se revive de manera persistente. Se da una hipervigilancia y una evitación de los estímulos asociados al acontecimiento traumático. Su duración según la DSM-IV es mayor de un mes. Cuando la duración de este acontecimiento no supera el mes, entonces se trataría de estrés agudo.

La aplicación de criterios de perspectivas distintas obtiene clasificaciones diferentes, incluso al ser aplicadas sobre los mismos pacientes, de ahí que ya en 1947 los suecos Essen Mollér y Wohlfahrt propusieran un sistema multiaxial de clasificación que intentaba separar los valores descriptivos y etiológicos. Este modelo considera varios aspectos, y los evalúa a través de variables altamente informativas llamadas ejes. Estos ejes o aspectos contienen escalas categóricas focalizadas en las condiciones patológicas, y escalas cuantitativas o dimensionales que flexibilizan el diagnóstico y cubren otros aspectos cruciales para entender los procesos de salud y enfermedad. A este sistema multiaxial siguieron otros que fueron

revisados en el trabajo de Helmchen (1980), de éstos, fue este modelo nosotáxicomultiaxial de Essen-Möller³¹(1971), el que más influyó en los sistemas americanos de clasificación.

Estos sistemas multiaxiales de evaluación solucionan la compatibilidad entre distintos tipos de criterios, pero, según Helmchen, varios de sus pretendidos “ejes” no son ejes o dimensiones, sino que se trata de aspectos diferentes.

En la clasificación multiaxial de la DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I: Trastornos clínicos.

Eje II: Trastornos de la personalidad y del desarrollo.

Eje III: Enfermedades médicas.

Eje IV: Acontecimientos vitales.

Eje V: Evaluación de la actividad global.

Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Si atendemos a este sistema, tanto los trastornos de adaptación como el estrés de aculturación se codifican, según los síntomas predominantes, en el Eje I, pero el estresante específico que los provoca podría pertenecer al Eje IV.

El estrés de aculturación, como se ha dicho anteriormente, incumple algunos criterios básicos del estrés postraumático y agudo, y también incumple algunos de los criterios de los trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno adaptativo con ansiedad, por tanto, sus síntomas no cumplen los criterios para un trastorno de ansiedad específico, entonces, o bien no hay trastorno porque los síntomas no son clínicamente significativos, o bien se trata de un trastorno de ansiedad no especificado o de un trastorno o problema especificado en otra categoría, como son las categorías con incertidumbre diagnóstica V o Z (según manuales).

| | |
|--|--------------------------------|
| CIE-9-MC | CIE-10, DSM-IV y DSM-IV-TR |
| V62.4 Trastorno adaptativo de aculturación | Z60.3 Problema de aculturación |

³¹ Este modelo contiene cinco ejes elaborados alrededor de dos aspectos fundamentales: la descripción fenomenológica del proceso, por un lado, y los factores biopsicosociales causativos o asociados a este proceso, por otro.

Según lo expuesto hasta ahora, el estrés de aculturación está clasificado en el apartado V62.4 del manual CIE-9-MC y en el apartado Z60.3 de los manuales CIE-10, DSM-IV y DSM-IV-TR como trastorno adaptativo de aculturación o problema de aculturación (según versiones); Estas versiones son coincidentes en cuanto a su clasificación, y utilizan las categorías V y Z respectivamente, cuando el objeto de atención clínica incumple con algún aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica, es decir, cuando hay incertidumbre diagnóstica pero el problema es lo suficientemente importante como para merecer atención clínica independiente.

Esta tesis de investigación hará un esfuerzo intentando sintetizar los síntomas y signos más importantes que pudieran influir en la aparición y desarrollo de este problema. Especialmente las mediciones se evaluarán desde la triangulación metodológica que suponen las entrevistas en profundidad.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, en su introducción, defiende su utilidad en función del uso de un *lenguaje común* entre profesionales diferentes, independientemente de su orientación teórica, para así facilitar que en un futuro cercano la participación científica multidisciplinar pueda posibilitar el salto definitivo hacia clasificaciones más profundas.



III INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo prioritario de esta tesis es el desarrollo de dos escalamientos básicos para profundizar en este proceso social. En ese sentido, la escala de estrés de aculturación que evaluamos se fundamenta en una doble medición, tanto del grado de aculturación como de estrés de un grupo de estudiantes extranjeros de la Universidad de Alicante. El marco teórico en el que se fundamenta la elaboración de este escalamiento ha sido ya recogido en los dos capítulos anteriores y las bases metodológicas y conceptuales de las que se parte son las siguientes:

- Considerar el proceso de aculturación y de estrés como dos conceptos integrados.
- Adoptar el modelo propuesto en el punto 3 de este apartado para la selección de las variables de aculturación que conformarán el escalamiento de aculturación.
- Adoptar el modelo propuesto en el punto 4 de este apartado para la selección de las variables de estrés que conformarán el escalamiento de estrés.

Los criterios que se han seguido para la elaboración del escalamiento son los siguientes:

- Redactar los enunciados de una manera clara y breve.
- Concretar al máximo las alternativas de respuesta de forma que el vocabulario usado y su estructura sea fácil de comprender para los encuestados.
- Simplificar al máximo el formato de presentación de los *items*, aunando en un mismo cuestionario las tres partes del escalamiento: control, aculturación y estrés.



2 DESARROLLO DEL ESCALAMIENTO DE CONTROL

2.1 Objetivos

Ningún proceso social se produce en el vacío. Como es bien sabido, la situación experimental es en gran parte ajena a la investigación social. No obstante, la experimentación teórica e investigadora demuestra la necesidad de considerar aquello que se denomina control estadístico. Para ello, es fundamental entender la relación que se postula o prevé entre los fenómenos sociales medidos y las variables de contexto o control.

Vamos seguidamente a efectuar una revisión de los valores e intereses que son previsibles que se produzcan entre los escalamientos desarrollados (estrés y aculturación) y las variables de contexto o control.

Al parecer, la distribución de algunas enfermedades mentales podría responder a la interacción de diversos factores demográficos y socioculturales como:

Edad

La valoración de esta variable es compleja. Su asociación con algunas patologías mentales como el estrés varía mucho dependiendo del momento evolutivo de la vida; Hay autores que piensan que las mayores tasas de patologías mentales se dan entre los cuarenta y setenta años aproximadamente (Shepherd M., Brown A., y Kalton G., 1996; Vázquez-Barquero J. L., Díez-Manrique J. F., Peña C., Aldama J., Samaniego C., Menéndez Arango J. y Mirapeix C., 1987; Pinilla B. y Salcedo M. 1987; Marks J. N., Goldberg D. P. y Hillier V. F. 1979; Comstock G. W. y Helsing K. J. 1986), otros piensan que la máxima prevalencia para las enfermedades mentales se sitúa entre los 25 y 55 años (Fry J., 1982), y otros no encuentran diferencias significativas (Limón Mora J., 1990).

Clark, kauffman, y Pierce, (1976) demostraron que la edad y la generación son los principales factores que determinan los diferentes tipos de discriminación étnica. El análisis

de la influencia de las variables sociales y demográficas sobre la enfermedad mental resulta muy complejo, y resulta imprescindible tener en cuenta la interacción que dichas variables tienen entre sí, como por ejemplo, la relación que la edad mantiene con las enfermedades mentales en cada sexo por separado; Así, Shepherd y sus colaboradores demostraron empíricamente que en las mujeres la prevalencia psiquiátrica es más alta entre los 25 a 64 años, mientras que en los hombres permanece siempre más alta de forma constante a partir de los 25 años. Finlay-Jones R. A. y Burvill P. W. (1984) también llegaron a las mismas conclusiones.

Sexo

Es una variable fundamental. Existen evidencias que relacionan esta variable con algunas patologías psiquiátricas. Por ejemplo, Jenkins (1986) utilizando el GHQ y el CIS encontró más síntomas somáticos como fatiga, irritabilidad y depresión en mujeres que en hombres, en los que existía una mayor tendencia hacia la falta de concentración; Cochrane y Stopes-Roe (1981) encontraron numerosas diferencias según el sexo que indicaban que las mujeres con un status social alto tenían niveles de trastornos mentales superiores a sus equivalentes masculinos. Opler (1967) hipotetizó que existía una relación entre los problemas de frustración, la diferencia de los roles sexuales y los estándares fuertemente arraigados en cada sexo, haciendo énfasis en que en la potencia sexual masculina lo que influye son los antecedentes de una urbanización rápida, el poder, y el desplazamiento de rol, involucrando a la mujer portorriqueña en su emancipación gradual del papel tradicional dentro de la familia y la consiguiente psicopatología que se observa en este grupo (problemas psicósomáticos, digestivos, de impotencia, ansiedad y fragilidad en las relaciones matrimoniales).

En relación a la aculturación y al cambio de los estereotipos de los roles sexuales en las mujeres portorriqueñas en los Estados Unidos, se vio que en el proceso de aculturación estas mujeres estaban experimentando un cambio en los conceptos de feminidad y que parecían cuestionarse el concepto tradicional del papel de la mujer dentro de la sociedad en Puerto Rico (Torres-Matrullo, 1976). En general, a mayor nivel educativo en los hombres, existía una mejor adaptación, mientras que los hombres con un nivel cultural inferior

presentaban una menor autoestima. También se vio que cuanto mayor era la formación de los hombres, existían menos actitudes sexistas.

La forma en que el sexo condiciona la morbilidad psiquiátrica en las consultas médicas ha sido analizado frecuentemente, y la mayoría de estudios confirman, al margen de la metodología utilizada que hay un claro predominio de morbilidad en el sexo femenino (Shepherd M., Brown A. y Kalton G., 1996; Vázquez Barquero J. L., Cuesta Núñez M. J., De la Varga M., Herrera Castanedo S., Gaité L. y Arenal A., 1996; Limón Mora J., 1990; Goldberg D. P. y Huxley P., 1980).

Raza y Nacionalidad

La percepción y expresión de los síntomas de la depresión varían de una cultura a otra (Kim,1995; Tabora y Flaskerud, 1994). Según Jean S. Phinney³², la identidad étnica se construye y modifica en la medida en que los individuos llegan a tener conciencia de las diferencias entre los diferentes grupos étnicos e intentan entender el significado de su etnia dentro de la globalidad. La aculturación es uno de los procesos psicológicos más significativos de la adaptación psicológica para muchas minorías étnicas, particularmente para aquellas con tradición inmigrante. En investigación de salud mental está claro que se necesitan mayores esfuerzos para segregar o dividir la aculturación en elementos psicológicos específicos cercanos a la psicopatología, a la respuesta al tratamiento y a otros problemas relacionados con la salud mental.

Murphy (1965) sugiere que se debería animar a los inmigrantes a establecerse en grupos grandes, puesto que esto parece protegerles de la esquizofrenia, además, esto también proporciona relaciones amistosas que actúan como protección contra otros trastornos relacionados con el estrés. Nicasio (1983) estableció que los refugiados vietnamitas mostraban evidencias de una adaptación mucho más favorable que los refugiados camboyanos, lo que es coherente con el hallazgo de una mayor competencia lingüística, de un mayor estatus socioeconómico y de una mayor autoestima. Este autor

³² En: "Acculturation, Advances in Theory, Measurement and Applied Research" (Kevin M. Chun, Pamela Balls Organista y Gerardo Marín, 2002; pp. 63).

sostiene que “la anomia puede servir como punto de referencia para la adaptación psicológica de los refugiados, tanto en la teoría como en la práctica” (1983, pp.349).

Los valores culturales o creencias se utilizan a menudo para identificar etnias o grupos culturales o para diferenciarlos (Hofstede, 1980). El poder que la aculturación posiblemente ejerce en la producción de los cambios significativos de estos valores tiene implicaciones importantes para su continuidad, para definir las características de estos grupos y para caracterizar la naturaleza de las sociedades multiculturales. Además de la importancia de identificar como el proceso de aculturación modifica los valores culturales y las creencias del grupo, la literatura se limita a describir los cambios que se producen. Los valores culturales y personales que influyen en el comportamiento son modificados de hecho por el proceso de aculturación. Definir e identificar los valores y creencias culturales del grupo es un área de investigación que ha recibido una atención importante desde la comunidad científica interesada en los temas culturales.

Estado civil

Aunque los diferentes estudios no logran ponerse de acuerdo, el estado civil es una variable de gran importancia y algunos autores han demostrado empíricamente su relación con el desarrollo de algunas enfermedades mentales, (Bebbington P. E., Hurry J., Tenant C., Sturt E. y Wing J. K., 1981; Gove S. G. y Tudor J. F., 1973; Weissman M. M. y Klerman G. L., 1977). Al parecer, según la hipótesis de Gove el matrimonio tiene un efecto protector frente a la enfermedad mental en los varones, mientras que en las mujeres actúa como una importante fuente de estrés. Además, también se confirma la hipótesis de que el estado civil soltero/a tiene unas cifras muy bajas de morbilidad, especialmente si se es mujer, (Surtees P. G., Dean C., Ingham J. G., Kreitman N. B., Miller P. Mc. M. y Sashidaran S. P., 1983; Montero-Piñar M. I., Iglesias F. y Leal C., 1982; Brown G. W. y Prudo R., 1981; Ballinger C. B., Smith A. H. W. y Hobbs P. R., 1985), aunque también hay estudios que apuntan lo contrario, (Seva y col., 1992). Durkheim ya en 1897 destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida; En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas.

Situación laboral

Al parecer, la mayoría de los estudios epidemiológicos demuestran la existencia de patologías mentales más altas entre los desempleados, sobretodo para los hombres (Brown G. W. y Harris T. 1978; Shepherd M., Brown A. y Kalton G., 1996; Cochrane R. y Stopes-Roe M., 1980; Bebbington P. E. y col., 1981; Vázquez Barquero y col., 1982; Pinilla B. y Salcedo M., 1987; Surtees P. G. y col. 1983; Marks J. N. y col. 1979; Ballinger C. B. y col. 1985; Goldberg D. y col., 1989). Para las mujeres los datos son contradictorios, autores como Brown y Harris piensan que existe una asociación entre algunas patologías mentales y desempleo en mujeres que viven en entornos urbanos y que se dedican al cuidado de los hijos pequeños, de la misma manera que en las zonas rurales la situación es la inversa, esto es, la ausencia de empleo y el cuidado de los hijos constituye un factor protector frente a algunas patologías mentales. Vázquez-Barquero y col. también llegaron a las mismas conclusiones.

Nivel educativo, parentesco y clase social

El nivel educativo también es una variable de gran importancia al evaluar la relación existente entre el individuo y el grupo al que éste cree pertenecer. Al parecer, existe asociación significativa entre niveles educacionales bajos y la presencia de patologías mentales, con independencia de otras variables como el sexo, la edad, o la distribución poblacional, lo cual no sería extraño si se tiene en cuenta que una información escasa dificulta la integración y disminuye las posibilidades de comunicación verbal con lo cual las emociones fluirían de manera no verbal en forma de sufrimiento psicológico o síntomas específicos de alguna patología mental (Vázquez-Barquero y col., 1979; Montero-Piñar y col., 1982; Marks J. N. y col., 1979; Jiménez-Cruzado y col., 1993; Cochrane R. y Stopes-Roe M., 1980; Roy A., 1978), aunque hay otros autores que no opinan lo mismo (Bebbington P. E. y col., 1981; Henderson A. S. y col., 1981).

En este estudio se incluye también como variable de control, además del nivel educativo, el nivel de conocimiento del idioma español, que aunque no tiene nada que ver con el primero, sí podría tener que ver con el hecho de que el probable desconocimiento del

idioma español influya en una falta de capacidad para la expresión de las emociones, y esto sea un factor que influya en el desencadenamiento del estrés de aculturación, junto con otras variables, como por ejemplo una mayor o menor relación del individuo con algún grupo que le permita seguir utilizando su idioma habitual.

Jarvis defendió ya en 1855 la existencia de una relación entre el nivel socioeconómico bajo y la existencia de enfermedad mental, pero fueron Faris y Dunham (1939) quienes hallaron una mayor tasa de incidencia entre esquizofrenia en las áreas más pobres y menor en las de nivel social más elevado. A partir de estos trabajos se han generado dos hipótesis sociológicas que podrían explicar la relación entre clase social y la existencia de patologías mentales. La primera hipótesis considera la situación social como el origen o desencadenante de la patología mental defendiendo que el aumento de las tasas de patología mental en ciertos grupos es consecuencia de la pobreza (dentro de esta hipótesis se encuentran los modelos de respuesta frente al estrés y los procesos de desintegración estudiados en comunidades urbanas). La segunda hipótesis se basa en el proceso de selección o deriva social descendente, y sostiene que son los individuos más aptos los que ascienden en la escala social, mientras que los más desfavorecidos no lo hacen e incluso descienden de nivel (Serrallonga J., 1991). Estas dos hipótesis no son excluyentes ya que intentan proporcionar una explicación lógica para la asociación clase social-patología mental.

Los hispanos que han sido en su mayoría de clase baja están solo ligeramente aculturados. Se ha hipotetizado que éstos prefieren la identidad de grupo a la identidad social (Warner y Srole, 1945). Doob (1960) afirma que la familia resiste el choque cultural (se cree que el comportamiento a nivel familiar es el más difícil de cambiar en una sociedad dinámica). Los valores familiares y los roles sexuales son aspectos de la vida que generalmente se aprenden en la infancia y que por lo tanto son los que más resisten al cambio en diferentes situaciones de contacto, porque estos valores o hábitos son los que están más fuertemente arraigados y son más difíciles de extinguir.

Una hipótesis de aprendizaje temprano explica qué es lo que persiste y cuáles son los cambios que se dan en una cultura en contacto permanente con otra, y qué valores culturales relacionados con los comportamientos de familia y de rol sexual son resistentes al cambio (Bruner, 1956). Estudios más recientes han demostrado una relación inversa entre la

clase social y algunas patologías mentales (Brown G. W. y Harris T., 1978; Cochrane R. y Stopes-Roe M., 1980; Bebbington P. E. y col., 1981; Warheit G. J. y col., 1973; Uhlenlut E. H. y col., 1974 y Vázquez-Barquero J. L. y col., 1982; Hesbacher y col., 1975; Goldberg y col., 1989) planteándose también el hecho de que la asociación entre clase social baja y enfermedad mental parece ser más un fenómeno urbano que rural; Además, en las clases sociales más bajas también se dan las patologías mentales con una sintomatología más severa (Vaissanen J., 1975, Dilling H. y Weyrerer S., 1985); Pero no hay que olvidar que también hay estudios que no detectan relación alguna entre el nivel social y la existencia de patologías mentales (Shepherd M. y col., 1996).

Religión

Las teorías acerca de la naturaleza de la religión se mueven entre dos ámbitos diferentes, uno psicológico e irracional y el otro intelectual y racional. En el primero se encuentran autores como Tylor y Frazer quienes vieron la religión como un compendio de fuerzas o potencias mágicas. Tylor (1958) basó su interpretación de la religión en la idea de que la gente primitiva hace una inferencia lógica equivocada al confundir la realidad subjetiva y objetiva en su creencia de que el presente vital de la fuerza (alma) en organismos vivos es desmontable y capaz de existir independientemente en su propio mundo; Creía en seres vivos espirituales y en un reino suprahumano de la realidad que es tan verdadera como el mundo físico. En el segundo ámbito o punto de vista, el acercamiento racionalista a la religión es ejemplificado por Emile Durkheim (1912) que vio la religión como una deificación de la sociedad y sus estructuras. Los símbolos de la religión serían “representaciones colectivas” de la esfera social y los rituales funcionarían para unir al individuo con la sociedad; Postuló que la religión promueve la integración social y el bienestar del individuo. Claude Levi-Strauss (1958) se movió más allá de Durkheim en una tentativa de articular la forma en la cual las estructuras de la sociedad se ejemplifican en mitos y símbolos; Para él existe una forma universal de lógica humana y la diferencia entre el pensamiento entre la gente primitiva y la moderna ha de basarse en las diferencias en los datos en los que la lógica funciona y no en los diversos modos del pensamiento o de la lógica; Mircea Eliade (1999) expresó una posición similar al pensar en lo sagrado como un todo. La integración de

muchos significados aparentemente dispares y a menudo opuestos en una unidad es lo que identifica Eliade como símbolo religioso.

Parece ser que la religión podría estar asociada a algunas enfermedades mentales, especialmente de tipo depresivo, sobretodo en el caso de las mujeres (Brown G. W. y Harris T., 1978; Brown G. W. y Prudo R., 1981; Vázquez Barquero y col., 1982; Prudo R., Brown G. W., Harris T. y Dowland S., 1981; Prudo R., Harris T. y Brown G. W., 1984). La asociación entre actividades religiosas, salud y satisfacción vital es consistente para los americanos africanos jóvenes y mayores (Levin y col., 1995). Algunos estudios sugieren que la implicación con la religión se asocia con un menor consumo de alcohol, con un mayor grado de bienestar, con menores tasas de suicidio y depresión y con una mayor satisfacción vital. (Crawford, Handal & Wiener, 1989).

Herbert Benson (1976) en su libro "Una recuperación más rápida" llega a la conclusión de que la fe religiosa influye directamente en la psicología y la salud, para él la meditación genera en el paciente un clima de tranquilidad y paz espiritual que incide favorablemente en la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración, entre otros. La investigación sobre religión y salud mental, en general, encuentra una asociación positiva entre la implicación religiosa y el bienestar psicológico.

3. DESARROLLO DEL ESCALAMIENTO DE ACULTURACIÓN

3.1 Objetivos

Desafortunadamente, las escalas de aculturación desarrolladas por la mayoría de investigadores contienen *items* que son específicos para una sola cultura (la cultura que es objeto del estudio), estos escalamientos no son apropiados cuando la población que se pretende medir es de una gran diversidad cultural o étnica, los modelos unidimensionales de aculturación como el propuesto por Gordon³³ en 1964, donde la aculturación es presentada como un subproceso de asimilación y el biculturalismo es representado por una fase

³³ Gordon no define con suficiente detalle cómo se relacionan los miembros de ambos grupos durante el proceso de aculturación.

transitoria del proceso que se da desde la segregación hasta lograr la asimilación total, no son determinantes, esto es, el proceso de asimilación puede ser predominante, pero no es el único modo o forma de aculturación.

Los problemas y las críticas suscitadas hacia este tipo de modelos de aculturación hicieron que se desarrollaran modelos de aculturación bidimensionales en los cuales la identificación con ambas culturas se da en dos dimensiones independientes, donde a menudo la mayoría de las mediciones presuponen una adaptación bipolar en la cual los vínculos que unen al individuo con su cultura de origen se ven debilitados en la medida que éste se integra en la cultura huésped. En este sentido, la variable más importante que influye para una mejor adaptación del individuo a la cultura huésped es el tiempo que esa persona está expuesta a esta nueva cultura, mientras que la variable más importante que influye en el mantenimiento de las características de la cultura de origen es el grado y disponibilidad del soporte comunitario hacia la cultura de origen. En ambos casos, la edad y el sexo del individuo pueden relacionarse con la velocidad de cambio de estas dimensiones

Berry (1980) desarrolló un modelo de aculturación con dos dimensiones que barajaba la posibilidad de que este proceso de aculturación hacia la cultura huésped no excluyese la conservación de la cultura propia del grupo de origen. Centrándonos en este autor, queda claro que los grupos y los individuos enlazan en el proceso de aculturación de formas diferentes. Las estrategias que usen dependerá de una gran variedad de factores (culturales y psicológicos), que tendrán consecuencias diferentes.

Antes, estas estrategias eran definidas como actitudes de relación (Berry, 1970), modos de aculturación (Berry, 1974b), o como variedades de aculturación (Berry, 1980), para posteriormente ser denominadas como actitudes de aculturación (Berry, 1984), y como indicadores de comportamiento que han sido usados para validar las actitudes en las preferencias (Berry, Kim, Power, Young, & Bujabi; 1989); Según estos autores, en el nivel cultural, los dos grupos que entran en contacto (dominante y no dominante), normalmente tienen nociones acerca de lo que quieren (políticas coloniales, motivaciones para la migración,..) o lo que es mejor para todos ellos. De la misma forma, los cambios que ocurren están influenciados por estas estrategias. En el nivel individual, ambos, los cambios en el comportamiento y los fenómenos del estrés de aculturación, son ahora conocidos como

funciones, (lo que la gente trata de hacer durante su proceso de aculturación), y en el largo plazo, ambas adaptaciones (psicológicas y socioculturales) a menudo se corresponden con las estrategias de los grupos a los que se pertenece.

La dimensionalidad sería, quizá, la llave en la que conceptuar el proceso de la aculturación psicológica y cultural (y más específicamente las diferentes estrategias de aculturación). La medida de la aculturación puede referirse hacia una sola dimensión y puede referirse a un nivel, un título, de aculturación. Alternativamente a esto, esta aculturación puede ser un proceso multidimensional o multilineal en el cual la gente cambia en más de una dimensión; si esto es así, entonces las medidas pueden contener otras dimensiones a tener en cuenta, pero a pesar de la prevalencia de los conceptos multidimensionales en los estudios de aculturación, en psicología, algunos investigadores todavía conceptúan y miden la aculturación individual en una única dirección (Cuellar, Arnold y Maldonado, 1995; Landrine y Klonoff, 1994).

Investigaciones actuales establecen una relación entre aculturación y salud mental (Berry, 1997; LaFromboise, Coleman y Gerton, 1993), pero la naturaleza de esta relación aún está por determinar. La mayoría de estas investigaciones consideran la aculturación como un proceso multidimensional (Allen, Denner, Yoshikawa, Seidman, y Aber, 1996; Birman, 1994; Cuellar y Roberts, 1997; Dana, 1996; Phinney y Devich-Navarro, 1997) en el que se contemplan relaciones independientes entre las culturas implicadas en este proceso. Pero los estudios más recientes sobre estrés resaltan la importancia de los factores contextuales cuando estudian la relación existente entre la aculturación y algunas variables. Estos estudios intentan determinar cómo intervienen estos factores contextuales en las personas que introducen elementos de otra cultura diferente de su propia cultura (Trimble, 1996).

Esta tesis de investigación intentará sistematizar todas estas reflexiones con la elaboración de un modelo teórico que ayude a un mejor entendimiento de estos procesos multidimensionales y multicausales.

3.2 Contenido y estructura del escalamiento de aculturación

Después de una revisión exhaustiva de gran parte de las investigaciones que al respecto de este concepto se han publicado, y con la finalidad de poder encontrar una información lo más fidedigna posible acerca de qué aspectos son más relevantes dentro del proceso de aculturación, se intenta sistematizar esta investigación desarrollando un escalamiento de aculturación que sea capaz de “pesar” estadísticamente las variables más importantes que se dan dentro de este proceso. Para ello se utilizan dos tablas: la primera de ellas ha sido elaborada por Zane y Mac³⁴, y la segunda tabla ha sido elaborada por M.C. Albert³⁵ a través de la información encontrada en diferentes escalas de aculturación para su tesis.

³⁴ Se encuentra en la página 43 del libro “Acculturation, Advances in Theory, Measurement and Applied Research” (Kevin M. Chun, Pamela Balls Organista y Gerardo Marín, 2002).

³⁵ Pendiente de publicación.

TABLA ZANE & MAC

| ACCULTURATION SCALES | Language use/preference | Social affiliation | Daily living habits | Cultural Traditions | Communication style | Cultural identity/pride | Perceived prejudice/discrimination | Generational status | Family socialization | Cultural values |
|----------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|
| BAS (B) | 38 | | 41 | 13 | 8 | | | | | |
| VAS(B) | | | | | 14 | | | | | 86 |
| BIQ Part1 (I) | 42 | | 58 | | | | | | | |
| BIQ Part2 (B) | 11 | | 67 | 22 | | | | | | |
| AR SMA (B) | 25 | 20 | 20 | | | 25 | | 10 | | |
| B/MEI (I) | 17 | 68 | | | | 4 | | 11 | | |
| CAS (B) | 30 | 10 | 10 | | | 10 | | 10 | | |
| CHBS (B) | 80 | | 20 | | | | | | | |
| MAS (B) | 100 | | | | | | | | | |
| SAS (B) | 67 | 33 | | | | | | | | |
| SL-ASIA (B) | 24 | 20 | 16 | 12 | | 20 | | 8 | | |
| CLSI (B) | 45 | 21 | 10 | 10 | | 14 | | | | |
| AS-SEA (B) | 77 | 15 | 8 | | | | | | | |
| NMHS (B) | 14 | 5 | 10 | 32 | | 5 | 5 | | 5 | 14 |
| AAAS (B) | 1 | 11 | 30 | 5 | | 1 | 11 | | 10 | 30 |
| AR SMA-II (I) | 14 | 22 | 18 | | | 43 | | 2 | | |
| BIAS (I) | 75 | | 25 | | | | | | | |
| BrAS (B) | 40 | | | | | 50 | | 10 | | |
| GEQ (I) | 39 | 10 | 20 | 8 | | 12 | | | 6 | 2 |
| AVS (I) | | | | | | | | | | 86 |
| AfAAS (B) | | 70 | 30 | | | | | | | |
| SMAS (I) | 47 | 16 | 25 | 6 | | 3 | 3 | | | |

B=Bipolar measurement of cultures.

I=Independent measurement of cultures.

measurement of cultures.

BAS=Behavioral Acculturation Scale.

VAS=Value Acculturation Scale.

BIQ=Bicultural Involvement Questionnaire.

AR SMA= Acculturation Rating Scale for Mexican Americans.

B/MEI=Biculturalism/Multiculturalism Experience Inventory.

CAS=Children's Acculturation Scale.

CHBS=Children's Hispanic Background Scale.

MAS=Media-Based Acculturation Scale for Mexican Americans.

SAS=Short Acculturation Scale for Hispanics.

SL-ASIA=Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale.

CLSI=Cultural Life Styles Inventory.

AS-SEA=Acculturation Scale for Southeast Asians.

NMHS=Na Mea Hawaii Scale.

AAAS=African American Acculturation Scale.

AR SMA-II=Acculturation Rating Scale for Mexican Americans- Revised.

BIAS=Bidimensional Acculturation Scale.

BrAS=Brief Acculturation Scale.

GEQ=General Ethnicity Questionnaire.

AVS=Asian Values Scale.

AfAAS=African American Acculturation Scale.

SMAS=Stephenson Multigroup Acculturation Scale.

Clasificación de escalas de aculturación de M.C. Albert (a partir de otras escalas de aculturación)

| | Dimensions-items numbers | | | | | | Population studied | Settings |
|--|--------------------------|------------|------------------------|---------------|------------------|---|-----------------------|----------|
| | Beliefs & values | Behaviours | Language & preferences | Relationships | Social structure | | | |
| Hazuda's acclturation scale | (1) 3% | (2) 6% | (15) 48% | (6) 20% | (7) 23% | Mexican-American | USA | |
| H-Hanes acclturation scale | (1) 12,5% | No | (4) 50% | No | (3) 37,5% | | | |
| Cultural beliefs and behaviors adaptation profile (CBAP) | (12) 43% | (6) 21% | (5) 18% | (5) 18% | No | | USA | |
| General ethnicity questionnaire-abridged (GEQ) | (10) 27% | (8) 21% | (13) 34% | (7) 18% | No | - Chinese Americans - European Americans - Mexican Americans - African Americans | USA | |
| Vancouver index of acculturation (VIA) | (2) 10% | (10) 50% | No | (8) 40% | No | Irish, Chinese, Mexican, Black | USA and Great Britain | |
| Ahimsa acculturation scale | No | (3) 37,5% | (2) 25% | (3) 37,5% | No | Young people differents cultures | USA | |
| Bidirectional Acculturation Scale for Hispanics (BIAS) | No | (6) 25% | (18) 75% | No | No | Hispanic | USA | |
| Benet-Martinez acculturation scale | (6) 27% | No | (14) 64% | (2) 9% | No | Cuban | USA | |
| The Sulinn-Lew Asian self identity acculturation | (6) 23% | (3) 12% | (6) 23% | (6) 23% | (5) 19% | Asian Americans | USA | |
| Acculturation rating scale (ARSMA II) | (6) 20% | (1) 3% | (15) 50% | (8) 27% | No | Mexican Americans | USA | |
| Stephenson multigroup acculturation scale (SMAS) | (5) 16% | (4) 12% | (17) 53% | (5) 16% | (1) 3% | *African-Americans *Asian-Americans *European-Americans *Hispanic-Americans | USA | |
| Cultural Orientation Scale (COS) | (13) 50% | (13) 50% | No | No | No | German Turkish Korean Iranian | USA | |
| Development of intercultural and interethnic communication apprehension scales | No | No | No | (32) 100% | No | | USA | |
| MEIM | (9) 60% | (3) 20% | No | No | (3) 20% | | | |
| Marin & Marin acculturation scale | No | No | (8) 67% | (4) 33% | No | | | |

Con estas dos tablas se intenta saber que dimensiones son las que más peso estadístico van a tener para la elaboración de una escala de aculturación propia, que permita conceptualizar y estructurar los aspectos más importantes que intervienen en el proceso de aculturación al clasificar a las variables siguiendo un proceso analítico en el que se unifican las diferencias encontradas entre estas dos tablas.

Los pesos de las categorías utilizadas por Zane y Mac expresados en porcentaje quedarían de la siguiente manera:

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Uso del lenguaje/preferencias | 36% |
| Estilo de comunicación | 2% |
| Afiliación social | 15% |
| Prejuicios percibidos/discriminación | 1% |
| Costumbres de la vida diaria | 19% |
| Tradiciones culturales | 5% |
| Identidad cultural/Orgullo | 9% |
| Valores culturales | 10% |
| Socialización familiar | 1% |
| Status generacional | 2% |

Estas categorías las uniremos de dos en dos, pues el uso del lenguaje y las preferencias junto con el estilo de comunicación podrían formar parte de la dimensión del lenguaje elaborada por M.C. Albert, y así con todas las demás, de manera que podemos reducirlas a cinco de la siguiente manera:

| | |
|--|---|
| Uso del lenguaje/Preferencias + Estilo de Comunicación | Dimensión lenguaje ³⁶ |
| Afiliación social + Prejuicios percibidos/Discriminación | Dimensión relaciones personales |
| Costumbres de la vida diaria + Tradiciones culturales | Dimensión comportamiento |
| Identidad Cultural/Orgullo + Valores culturales | Dimensión creencias y valores |
| Status generacional + Socialización familiar | Dimensión estructura social ³⁷ |

³⁶ Que en esta tesis se prefiere denominar "Competencia lingüística".

³⁷ Que en esta tesis se prefiere denominar "Estructura social familiar".



Por otra parte, los “pesos” de las variables utilizadas por M.C. Albert para las cinco dimensiones quedarían de la siguiente manera:

| | |
|-----------------------|-----|
| Lenguaje | 34% |
| Relaciones personales | 23% |
| Comportamiento | 17% |
| Creencias y valores | 19% |
| Estructura social | 7% |

Comparando los porcentajes, podemos obtener la siguiente tabla:

| | PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA TABLA DE ZANE Y MAC | PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA TABLA DE M.C. ALBERT | MEDIA DE LOS PORCENTAJES OBTENIDOS EN AMBAS TABLAS |
|---|---|--|--|
| Dimensión competencia lingüística | 38 | 34 | 36 |
| Dimensión relaciones personales | 16 | 23 | 19,5 |
| Dimensión comportamiento | 24 | 17 | 20,5 |
| Dimensión creencias y valores | 19 | 19 | 19 |
| Dimensión estructura social familiar | 3 | 7 | 5 |

Con la elaboración de esta tabla, en la que se ha tenido en cuenta un total de 31 escalas de aculturación diferentes, se ha obtenido un nuevo modelo en el que el número de *items* que emplea cada escala para cada dimensión está asociado a la variabilidad de la medición; En este sentido, más *items* para una misma medición es un indicador indirecto de fiabilidad. El objetivo es construir una escala de aculturación propia que se aproxime al máximo a la realidad social que queremos analizar.



4 DESARROLLO DEL ESCALAMIENTO DE ESTRÉS

4.1) Objetivos

Culturas diferentes y diferentes puntos de vista o forma de hacer las cosas, al igual ocurre con los roles, pues éstos suelen variar dependiendo del sexo, la edad,... Estas reflexiones conformarán en esencia el desarrollo del escalamiento de estrés, pues éste puede ser medido como síndrome, esto es, como un conjunto de síntomas y signos. Aquí puede estar la clave para la elaboración de nuestro escalamiento para el estrés, pues tomaremos los síntomas y signos más significativos de éste teniendo en cuenta que es muy difícil delimitarlos con exactitud, puesto que algunos de ellos pueden formar parte de distintos síndromes al mismo tiempo.

Para poder lograr nuestros objetivos, y con el fin de conceptualizar adecuadamente el estrés de aculturación, se intentará sistematizar las conclusiones del escalamiento del estrés atendiendo a los sistemas de clasificación internacionales que intentan normalizar los criterios diagnósticos. El ámbito de aplicación de estas clasificaciones resulta confuso, ya que aunque inicialmente surgieron por la necesidad de recoger información para estudios epidemiológicos y estadísticos, después se han convertido en libros de texto. Desde el punto de vista metodológico no existen conceptos relacionales que posibiliten un cierto nivel de sistematización, por lo que pueden ser considerados como catálogos consensuados basados en agrupaciones de variables operacionalmente definidas y que están validadas empíricamente.

4.2) Contenido y estructura del escalamiento de estrés

Para la medición del estrés existen diversos procedimientos diagnósticos, según la metodología elegida para su estudio (anamnesis, estudios bioquímicos, instrumentales, test psicológicos,..). En esta tesis de investigación la metodología elegida es la del estudio del estrés a través de escalas o test psicológicos. Los instrumentos usados surgen, sobretodo,



del análisis cuantitativo de los síntomas psicopatológicos, debiendo dar resultados válidos y reproducibles.

El esfuerzo para la selección idónea de un test diagnóstico que sea capaz de medir de la mejor manera posible el estrés como patología no es fácil, pues existen muchas escalas, algunas no validadas en España que principalmente intentan medir dos tipos de estrés: el estrés postraumático y el estrés agudo, y en este punto hay que recordar que según lo expuesto en el capítulo anterior, el estrés que nosotros queremos medir tiene muchos componentes subjetivos, que se tendrán en cuenta a la hora de elegir los *items* e interpretar los resultados. Pese a todo ello, utilizando estas escalas tenemos una oportunidad inmejorable para poder medir y expresar en términos numéricos las variables o dimensiones que se elijan, y a su vez poder contrastar los resultados obtenidos con otras variables o dimensiones contenidas en nuestra escala global de estrés de aculturación.

En la búsqueda de los síntomas que intervienen en esta patología, se ha diseñado una tabla que contiene dieciocho escalas diferentes de estrés, ansiedad y depresión, con la finalidad de poder “pesar” los signos y síntomas más importantes que podrían influir en el proceso de estrés de aculturación. Estas escalas han sido elegidas teniendo en cuenta que los signos y síntomas de ansiedad y depresión con frecuencia están asociados al estrés en su vertiente subjetiva, ya que el estrés como síndrome está dominado por síntomas psíquicos.

Se trata de dieciocho escalas, todas ellas avaladas por estudios, y por tanto validadas (aunque algunas de ellas aún no se han validado en España), muchas de ellas se usan clínicamente en la actualidad como herramientas diagnósticas.

| | ESTADO DE ÁNIMO | AFRONTAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS | SATISFACCIÓN DE LA VIDA Y AUTOESTIMA | RELACIONES SOCIALES | SÍNTOMAS SOMÁTICOS |
|---|-----------------|--|--------------------------------------|---------------------|--------------------|
| ASI (Anxiety Status Inventory) | 40% | | | | 60% |
| EADG (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg) | 83.3% | | 5.6% | | 11.1% |
| GHQ-28 (General Health Questionnaire) | 60.7% | 14.3% | 14.3% | | 10.7% |
| IRE-32 (Índice de reactividad al estrés) | 50% | 6.2% | | 9.4% | 34.4% |
| ASQ-15 (Cuestionario screening de ansiedad) | 53.4% | 20% | | 13.3% | 13.3% |
| BAI (Beck Anxiety Inventory) | 33.3% | | | | 66.7% |
| HAS (Hamilton Anxiety Scale) | 50% | | | | 50% |
| PSQ (Cuestionario de estrés percibido) | 50% | 33.3% | 3.3% | 13.4% | |
| HAD (Escala hospitalaria de ansiedad y depresión) | 71.4% | 14.3% | 7.15% | | 7.15% |
| SCL-90-R (Symptom Check List) | 23.3% | 17.8% | 7.8% | 18.9% | 32.2% |
| STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) | 80% | 5% | 12.5% | | 2.5% |
| HRSD-6 (Hamilton Depression Rating Scale) | 50% | 16.6% | 16.6% | | 16.6% |
| HRSD-17 (Hamilton Depression Rating Scale) | 58.8% | 5.9% | 5.9% | | 29.4% |
| CES-D (Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión) | 60% | 10% | 10% | 15% | 5% |
| GDS-15 (Geriatric Depression Scale) | 46.7% | 13.3% | 26.6% | 6.7% | 6.7% |
| BDI (Beck Depression Inventory) | 47.7% | 9.5% | 28.6% | 4.7% | 9.5% |
| MADRS (Escala de Montgomery-Asberg para la depresión) | 70% | 20% | 10% | | |
| SDS (Self-Rating Depression Scale) | 45% | 25% | 10% | 5% | 15% |
| SUMA COLUMNAS | 54.1% | 11.7% | 8.8% | 4.8% | 20.6% |

Fuente: elaboración propia a partir de diferentes escalas de estrés, ansiedad y depresión.

Con la construcción de esta tabla, se intenta dar un paso más en la definición del síndrome de estrés de aculturación, al tener en cuenta también que el número de *items* que emplea cada escala para cada dimensión está asociado a la variabilidad de la medición:

| | |
|--|-------|
| Dimensión Estado de ánimo | 54.1% |
| Dimensión Afrontamiento de las actividades diarias | 11.7% |
| Dimensión Satisfacción de la vida y autoestima | 8.8% |
| Dimensión Relaciones sociales | 4.8% |
| Dimensión Síntomas somáticos | 20.6% |

4.3) Relación del estrés de aculturación con el consumo de alcohol, tabaco y drogas

Según algunos estudios, parece que existe una fuerte conexión entre el grado de aculturación y el consumo de alcohol, tabaco y drogas (Carvajal, Photiades, Evans, y Nash, 1997; Deosaransigh y col., 1995; Graves, 1967; Padilla, Padilla, Ramírez, Morales, y Olmedo, 1977; Polednak, 1977). Las propias actitudes y creencias del individuo en relación al uso (o abuso) de determinadas drogas se encuentra muy determinada por la información, las creencias o actitudes compartidas y los propios modelos a los que ha sido expuesto, en los diferentes contextos y entornos esenciales en los que ha tenido lugar su proceso de desarrollo vital (Baillie, 1995). Conforme los inmigrantes se van adaptando a la nueva sociedad, sus valores, actitudes o comportamiento pueden cambiar, lo que puede afectar a su estado de salud. El estrés psicológico (especialmente en forma de depresión) y el consumo de alcohol a menudo aparecen de forma simultánea y se asocian con algunas variables sociales y culturales. Por ejemplo, las mujeres tienden a tener unos niveles más altos de estrés psicológico y por el contrario, unos niveles más bajos de consumo de alcohol que los hombres (Rosenfield, 1999). La mayoría de los estudios revelan que existe una relación inversa entre el estrés psicológico y el proceso de aculturación en varios grupos de americanos asiáticos (Beiser, 1998; Padilla, Wagatsuma y Lindholm, 1985; Shaphiro y col., 1999).

En realidad, hay una larga lista de investigaciones que avalan esto, así que en esta tercera parte del escalamiento dedicada a las patologías que pueden influir en los

procesos del estrés de aculturación, tendremos esto en cuenta e introduciremos también *items* que estén relacionados con este tipo de comportamientos sociales.

Para la medición del grado de consumo de éstos, en especial del alcohol, también contamos con numerosas escalas, la mayoría de ellas son fácilmente adaptables al tipo de sustancia que queramos estudiar; Algunas de las más utilizadas son:

- Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)
- Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)
- Brief Michigan Alcoholism Screening Test (Brief MAST)
- Short Michigan Alcoholism Screening Test (Short MAST)
- Screen for Alcoholism & Drug (CAGE)
- Drug Abuse Screening Test (DAST)
- Screen for Alcohol Problems in women (T-ACE & TWEAK)
- Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)
- Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)
- Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Heavy Drinkers (YBOCS-hd)
- Test Müncher Alkoholismustes (MALT)
- Escala de Adicción General (EAG)
- Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA)
- Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ)
- Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Para el caso que nos ocupa, interesa averiguar los hábitos de consumo, no el grado de dependencia del individuo a la sustancia, por ello, y con la finalidad de poder medir mejor el grado de asociación entre el consumo de estas sustancias y el estrés de aculturación, tendremos en cuenta estas escalas a la hora de confeccionar nuestro escalamiento.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

IV PARTE CUALITATIVA

1. ANÁLISIS CUALITATIVO EXPLORATORIO

La distancia cultural que se percibe en la sociedad europea entre las diferentes nacionalidades no responde tanto a un conflicto de valores de referencia, sino al modo en que se concreta, esto es, la manera en que se da el proceso de aculturación. Así, en la sociedad europea se tiende a destacar la diversidad de las culturas sobre la que se articula ésta. Para poder analizar las diferencias culturales, el análisis cualitativo es una herramienta privilegiada que permite explorar y evaluar los significados existentes tras diferentes conceptos o ideas.

1.1 Características³⁸ a destacar de los entrevistados y de las entrevistas.

##1

Hombre. Nacionalidad inglesa. Casado. Ha vivido en Grecia, Chipre, Egipto, entre otros sitios, habla un poco de cuatro idiomas: alemán, italiano, francés y se defiende bien en castellano. Ha vivido en Egipto veinte años. Tiene ahora más de sesenta años.

##3

Mujer. Nacionalidad inglesa. Vivió en África durante doce años, hasta los veinticuatro. Compró un apartamento hace doce años pero solo venía aquí por vacaciones. Casada (mujer de P4) Tuvo junto a su marido un gran restaurante durante veinticinco años, que lo vendió para venirse a España. Apenas habla castellano. Tiene más de sesenta años.

##4

Hombre. Nacionalidad inglesa. Ha vivido siempre en Inglaterra. Es el marido de P3, su castellano es muy bajo. Tiene más de sesenta años.

38 P3 y P4 han participado en una misma entrevista; P9 y P10 han participado en una misma entrevista; P11, P12 y P13 han participado en una misma entrevista; El resto de las entrevistas son individuales.

##5

Hombre. Nacionalidad suíza, habla cuatro idiomas, su idioma es el alemán, habla también francés, y un poco de inglés y de castellano. Casado, tres hijos y seis nietos. Se defiende en castellano, aunque algunas cosas no las entiende bien. Entre cincuenta y sesenta años.

##6

Mujer. Nacionalidad holandesa. Ha vivido siempre en Holanda. Soltera. En 1998 llegó a España, con familia en Benitaxell que la visita algunas veces. Apenas habla castellano. Tiene más de sesenta años.

##7

Mujer. Holandesa, nacida en Perú donde vivió hasta los once años, capaz de entender y hablar español, inglés, alemán y valenciano. Casada. Llegó a España en el año 91. Castellano perfecto. Entre cuarenta y cincuenta años.

##8

Hombre. Nacionalidad noruega. Ha vivido siempre en Noruega excepto medio año que vivió en El Líbano. Soltero sin hijos. Dominio muy bajo del castellano. Se decidió a venir a España porque tiene familiares aquí. Gerente de una empresa de ordenadores. Entre treinta y cuarenta años.

##9

Hombre. Nacionalidad canadiense. El inglés es su idioma nativo. Vivió en Cuba en los años 60. También en Estados Unidos y en Yugoslavia. Habla también francés y serbocroata. Llegó a España definitivamente hace cinco años. Casado con P10, sin hijos. Es presidente de una asociación que lucha para evitar los abusos urbanísticos. Tiene buen nivel de castellano. Más de sesenta años.

##10

Mujer. Nacionalidad sueca. Buen nivel de castellano. Casado con P9. Sin hijos. Más de sesenta años.

##11

Hombre. Nacionalidad inglesa. Dirige la Oficina de atención al residente en Torrevieja que está abierta desde Noviembre de 1999. Coordina un voluntariado que ha creado él mismo. Casado. Su castellano es muy bueno. Entre cincuenta y sesenta años.

##12

Hombre. Nacionalidad inglesa. Casado con P13. Habla inglés, castellano, sueco y alemán. Su nivel de castellano es bueno. Dueño junto a su mujer de una empresa de servicios. Entre cuarenta y cincuenta años.

##13

Mujer. Nacionalidad inglesa. Casada con P12. Habla inglés y muy poco castellano. Entre treinta y cuarenta años.

1.2 Razones para venir a España

Las razones por las que cada extranjero elige España como su residencia permanente son muy variadas, desde el que se queda por puro azar, hasta aquel que durante toda su vida ha estado deseando venir, pasando, no hay que olvidar, por aquellos que deciden venir aquí porque su familia ya estaba aquí residiendo.

##7

Vine por primera vez a España en el año 91, pero no vine a quedarme, sino a hacer un Master en Derecho Europeo en Madrid, y por casualidad encontramos Jávea y Moraira, mi esposo que es médico y yo decidimos quedarnos aquí, porque había una comunidad extranjera bastante amplia ya en esos días y,..él es médico familiar, especializado en geriatría, entonces vio la oportunidad de quedarse y, nos quedamos. Vinimos por un año y ¡mira, catorce años ahora!

E6-P7

##3

...hemos venido siempre que hemos podido de vacaciones, y,... yo siempre he bailado así que me he movido mucho habitualmente y, cuando decidimos venir a un país mediterráneo una de las razones principales por las que elegí España, fue porque me gusta su gente, me gusta la gente española, me gusta el clima y, cuando me jubilé, España también era muy barata para vivir, Inglaterra es muy cara, así que pudimos venir a la comfortable España, es muy fácil para nosotros vivir aquí en España y estamos muy a gusto por lo que no queremos volver a Inglaterra, aunque tenemos allí nuestra familia.

E3-P3

##8

Clima, precios, porque yo puedo hacer con el mismo dinero aquí mas cosas que en Noruega, además, hago más cosas que allí no hago, voy de copas, al restaurante, incluso, muchos pensionistas vienen aquí con la pensión que les paga el gobierno noruego y viven como reyes, porque es un diferente vida, porque aquí es más normal salir a cenar a un restaurante que allí es imposible porque los precios están por las nubes. En Noruega la gente gana mucho dinero, pero muchas cosas normales de vida como supermercado, comprar cosas, es barato, y la casa no es mala, es como aquí, pero cosas que es muy cara en Noruega es comprar un coche, ir a restaurantes, un ejemplo, una botella de cerveza en Noruega, solo los impuestos es casi un euro, en el bar, medio litro de cerveza, un tanque, es diez euros, y eso claro, es caro, porque si, ganar el doble o triple, pero eso es seis, siete veces más, pero hay cosas en Noruega que es barato, como ordenadores, si, si, veinte por cien más barato en Noruega que aquí.

E8-P8

##6

El clima sobretodo, y las calles, aquí en España la gente puede hablar por la calle. Me gustan los pueblos pequeños, no me gustan las ciudades grandes.

E5-P6

##5

Primero, en el año 1997 escribí en el ordenador lo que era más importante para nosotros, sol, mucho verde, mucha agua, mucho mucha agua, no grandes ciudades, no me gusta, Benidorm no me gusta. Els Poblets es pequeño pero en La Marina hay un autobús para Denia, para mí esto es bien, para nosotros es muy muy importante. Aquí es una región con mucha sinergia, y verde, y mucho agua, para los hijos es mejor aquí. Aquí hay un autobús, de Suiza, para Denia, dos o tres veces por semana, es muy fácil viajar a Suiza aunque son quince horas, pero, en la noche, es dormir, y hay camas en el autobús también, y no caro, muy moderno y amplio, muy moderno,..

E4-P5

##4

España es más barata que Inglaterra, y en vacaciones hay numerosos vuelos muy baratos, así que es fácil para los británicos venir a España, miles y miles de británicos vienen a España porque para ellos vivir aquí es muy fácil. Un vuelo desde Alicante hasta Inglaterra tarda menos de dos horas. ¡Es fantástico!

E3-P4

##E

¿Tuvo otra alternativa antes de venir aquí a España?

##1

Si

##E

¿Qué alternativas barajó?

##1

He venido aquí porque mis padres han vivido aquí, mi madre ha vivido aquí desde los cuarenta, so, yo he cambiado mi mentalidad sobre mi trabajo, ahora voy a ver a mis padres, he sido pensando en España, Grecia, Chipre o Egipto, me gusta mucho Egipto, especialmente al sur, Assuan, y creo, hay un gran futuro allí.

E1-P1

##9

Mis suegros suecos vivían aquí, mi suegro murió hace tres años y pico, nosotros no tenemos hijos y vamos, no necesario que vayamos, y también por el clima aquí

##10

También decidimos, vivíamos en Yugoslavia, de que vivir alrededor del mar Mediterráneo sería el ideal, ese fue nuestro sueño, vivir en un país cerca del mar.

##9

Si, hemos visitado Francia, Italia, Grecia, hemos elegido España, por razones de familia, más importantes..

##10

y por razones de la historia, de la cultura

E9-P9,P10

Clima, precios, familia, buenas comunicaciones terrestres y aéreas, historia, cultura, mediterraneidad. España es un lugar de elección para vivir de muchos extranjeros, y probablemente lo seguirá siendo en el futuro por las mismas razones.

##7

Pensamos quedarnos en esta zona, todo el norte de Europa quiere venir aquí a vivir, a terminar sus días, cuando se jubilan, sueñan en venir a la costa,..

E6-P7

1.3 Competencia intercultural

El proceso de aprendizaje de una lengua depende claramente del interés del individuo para su aprendizaje. Algunas personas aprenden como vulgarmente se dice, a “salto de mata”, pero la mayoría tienen a su disposición los recursos suficientes para hacerlo. Sin embargo, la realidad revela que son muy pocas las personas que realmente hacen el esfuerzo en este sentido.

##E

Entonces, ¿Cuál es la razón por la que usted no habla español?

##3

La verdad es que estoy intentando hablar español desde hace muy pocos meses, pero aquí se habla inglés,..nadie habla español.

##4

La mejor forma de aprender un idioma es meterte y mezclarte con la gente.

##3

Yo creo que desde que vine no he tenido la oportunidad de poder integrarme con la gente española, aunque me hubiera gustado mucho, ha sido muy difícil para mi poder entender a la gente,... me paso todo el rato diciendo, ¿qué es lo que me dice?..¿qué es lo que me dice?...(risas).

E3-P3,P4

En general, la gente extranjera vive en zonas acotadas con gente de su propia nacionalidad, manteniendo sus costumbres³⁹, lo que dificulta aún más el proceso de aprendizaje de la lengua de la cultura huésped. Algunos de ellos se quieren integrar, y se esfuerzan, aunque después de muchos años apenas entienden el español. Se dan cuenta entonces que necesitan dar el salto hacia la inmersión lingüística, sirviéndose de un cambio radical en sus vidas, más fuerte tal vez, que el que sufrieron con su llegada a España por vez primera. Un cambio de estilo de vida que requerirá, aunque deseado, un ingente esfuerzo para poder integrarse en una sociedad, aunque conocida, nueva para ellos; es decir, en el lenguaje de Berry (1980), cambian de “estrategia de aculturación”. Este matrimonio inglés ha decidido, pues, cambiar su estrategia de separación (en este caso no deseada) por otra de asimilación de la cultura huésped.

³⁹ Eligen la estrategia de separación como modo de aculturación (Berry, 1980).

##3

Por eso, nosotros somos conscientes de ello, y ahora estamos construyendo nuestra casa en Catral, donde toda la gente habla español. En la costa española, ¡casi nadie habla español! Y algunos de nosotros estamos muy agobiados porque somos mayores y nos cuesta mucho aprender.

E3-P3

Esta decisión tomada por este matrimonio, también ha sido tomada por otras personas antes, y al parecer, la demanda de vivienda por parte de extranjeros cerca de la costa española es tal, que a veces estas decisiones podrían no salir como uno espera.

##11

....pero, tengo un amigo mío que vivía en Orihuela costa, ¡que yo quería vivir en España!, ha vendido su casa, fue a Bigastro, al interior, bueno, en una urbanización a los principios, y luego, los compradores han, ahora está rodeado de ingleses otra vez, ha dicho: ¡así no se puede vivir! (risas) pero es verdad.

E7-P11

Vemos que la edad es una barrera importantísima para el aprendizaje de un idioma, pero es una barrera franqueable cuando uno quiere, pues el deseo de integración puede hacer que se tomen decisiones importantes que ayuden a conseguir este propósito.

Aquí tenemos otro ejemplo de cómo los extranjeros residentes tienen muchas facilidades para aprender el idioma de la cultura huésped, pero se cansan pronto, ¿tal vez porque creen que no es necesario para sus relaciones sociales?. Después de aprender las palabras básicas, ya no se sienten motivados a seguir aprendiendo, y, en opinión de nuestro entrevistado (p12), son los ingleses e irlandeses, los que más dificultades tienen para aprender, por la razón, según su criterio, de que sólo han hablado un idioma durante su vida.

##11

Yo te podía contar con los dedos de estas manos, y solo tengo dos manos, la gente que habla español,..

##12

Yo doy clases de español a casi cuatrocientas personas cada semana: "Survivor Spanish".

E7-P11,P12

##12

...pero después de, ocho semanas, ¡basta ya!. Queremos empezar desde el principio otra vez, ¿por qué? Antes sí, la mayoría, no ahora, pero antes la mayoría son pensionistas que no hablan alemán, que no hablan francés, que no hablan nada, porque en Irlanda se habla el irlandés, en Inglaterra, inglés, también, y por eso, el aprender otro idioma es una cosa muy difícil para los ingleses y para los irlandeses, para los suecos, menos, para los holandeses, menos, porque, en Bélgica, por ejemplo, la gente habla francés, inglés y alemán, y para aprender otro idioma les es más fácil, claro, pero los ingleses, los irlandeses, después de ocho lecciones, más o menos...

E7-P12

##11

pero yo creo que la única barrera de verdad es el idioma, yo creo que si se pudiera meter un chip de castellano cada vez que una persona llega aquí (risas) podríamos evitar esos problemas.

##E

¿Tu crees realmente eso, o no crees, por el contrario, que cada nacionalidad, mientras tienen cubiertas sus necesidades, a lo mejor no requieren de ese chip?

##11

Por lo menos tendrán la oportunidad de vivir en España, de momento ni tienen la oportunidad,..yo,.. ¡no se!,..un español que va a Inglaterra, si sabe inglés, va a entender, no solo el idioma, como están las gentes, como viven, ¡él tiene la oportunidad!.

##12

quieren comprender unas palabras,..buenos días, adiós, dos cañas, café, y nada más, porque los irlandeses y los ingleses llegan aquí, porque saben que no tienen que hablar español aquí.

##11

incluido, Rosa, que no pueden aprender un idioma haciendo clases, en mi opinión, necesitan meterse en el idioma, la cultura, estar con la gente, y si no hay oportunidad para eso, igual después se quedan con lo que han aprendido, buenos días, buenas tardes, y dos palabras para pedir dos cafés, no vale para nada, hay un salto inmenso entre unas pocas palabras para comprar en el mercadillo y entender, tener una relación con sus vecinos españoles, y entender como son y como viven, ¿entiendes? Yo creo que la barrera más grande es el idioma, pero más que esta barrera, es la oportunidad de integrarse con la gente del país que ellos mismos han elegido vivir

E7-P11,P12

El desconocimiento de la lengua de la cultura huésped es una barrera muy importante que impide percibir el mundo mediterráneo, el mundo de su cultura huésped. Conocen a la gente que habla su idioma, pero tal vez desconocen el resto del mundo. Su mundo empieza y termina con la gente que habla su propia lengua, y el mundo, ¡es tan distinto a lo que creen!. No voy a recrear aquí el famoso pasaje del “mito de la caverna” de Platón, pero me pregunto si son capaces de percibir otro mundo más allá del lugar donde viven. Es duro aprender un idioma nuevo, pero quizás, poder llegar a entender la lengua de la cultura huésped es la llave maestra que abre la puerta que da la oportunidad (como dice el entrevistado P11) de poder integrarse con la gente del país que ellos mismos han elegido vivir.

1.4 Nuevas tendencias de la migración

La tendencia está cambiando en la actualidad, mientras no hace muchos años la gran mayoría de los extranjeros que residían en España eran mayores, jubilados, ahora son jóvenes, con proyectos.

##11

...cuando yo he venido aquí a finales de los ochenta, había, toda la gente mayor, toda, ahora es gente más joven, con niños, que quiere montar negocios y eso, si, si, está cambiando.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

E7-P11

El número de extranjeros que eligen España como residencia es cada vez mayor.

##12

aquí, el censo, hace tres años cuarenta mil, cuarenta y cinco mil personas, ahora, censados, noventa y una mil.

##11

Censados, unos noventa mil empadronados, ciento diez, o más, urbanizaciones, mil kilómetros de, ¡de calles!, pero...

##12

San Miguel, Los Montesinos, Guardamar, Rojales, en Rojales hay más residentes internacionales que españoles.

E7-P11,P12

Los problemas, al parecer, van en aumento hasta el punto de que los propios extranjeros que han residido aquí durante años, son los que ahora deciden marcharse a otras zonas con menos agobios, porque en su opinión, la gente que ahora está llegando a España no es responsable ni educada, y aún peor, no quieren integrarse.

##3

...la gente que ahora viene a España no es educada, no tiene buenas maneras,..y pueden comer y beber todo el tiempo, en los autobuses, en las tiendas, muchos de ellos son muy rudos, ellos no quieren integrarse,. Esto no ocurría veinte años atrás, cuando solo la gente educada, considerada, venía a España. Ahora esto va a traer un montón de problemas, los niños de estos ciudadanos británicos, no son responsables, no tienen educación y yo creo que esto es un problema muy grande. Nosotros estamos dejando esta casa porque estamos viendo esto, y no nos gusta, y si a nosotros no nos gusta, tampoco les va a gustar a la gente de este país.

E3-P3

El problema que trae este cambio de residente extranjero habría que tenerlo en cuenta en el futuro, pues traen a sus propias familias, la mayoría con niños en edad escolar con los consiguientes problemas educativos.

##7

Mira, es que hay dos tipos de personas que vienen aquí a España, los residentes que se quedan todo el año y hacen de la costa su lugar habitual de vivienda y viven aquí, viven, y las personas que vienen a pasar las temporadas de invierno, o sea, por ejemplo Benidorm es una ciudad de "offer winterers" que significa pasar el invierno, para ellos, es mucho más barato un hotel de los de Benidorm o un apartamento, el camping, pasan los meses del invierno y después se regresan a sus países, pasan una media de cuatro meses al año. Ese es otro tipo de población totalmente diferente, es muy flotante, y los residentes, los residentes vienen, viven y muchos se quedan aquí. Muchas familias que están llegando ya con niños, gente joven, a trabajar, cada vez más, sí, sí, sí, segurísima, lo notas en la cantidad de matrículas en los colegios, además niños de diferentes nacionalidades, Javea tiene un gran problema con esto, tenemos que hacer cursos de compensatoria, preguntar a la Generalitat, porque más del cincuenta por ciento son niños extranjeros de diversas nacionalidades, y es un fenómeno que se va a repetir en muchos pueblos de la costa,..cada día más.

##E

Y con tendencia a aumentar cada día más, ¿no?

##7

Cada día más. Es que la movilidad y la libre circulación de ciudadanos en Europa conlleva todo esto.

##E

¿Y cree usted que España está preparada para este reto?

##7

No está preparada. Se tiene que trabajar muchísimo en programas de interculturalidad, en programas de integración, en programas de, de, a todo nivel, pero no está preparada todavía para recibir tal cantidad de gente, y es que España recibe de todos los países, no solamente del norte de Europa, sino también de Marruecos y de Sudamérica.

E6-P7

Todos los años, en algunas zonas de España se da el problema de falta de espacio y recursos materiales en las escuelas, y cada vez más, porque al parecer son más los extranjeros que quieren fijar su residencia en España, y esto hoy por hoy se tiene muy poco en cuenta; sin obviar el hecho de que al convivir muy estrechamente las diferentes nacionalidades, en algunas zonas de la costa española ya se ha dado el caso de que los niños extranjeros en una clase pueden superar con creces el número de niños españoles, y esta situación es nueva y su tendencia puede ir en aumento en los próximos años.

##1

Ahora cada vez vienen más, hay dos escuelas aquí, con 1000 alumnos que son internacionales. La educación es en inglés, pero es en inglés o en castellano. Ellos tienen lista de espera. Sus padres están trabajando aquí, muchos en construcción, agencias de inmobiliarias. Hace 20 años cuando llegué aquí prácticamente todos los extranjeros tenían mas de 60 años, ahora hay muchos jóvenes.

E1-P1

##12

En la clase tres, hay treinta y cinco niños, treinta y cuatro no son españoles, una española, y treinta y cuatro irlandeses, ingleses, suecos, belgas,..

##E

del colegio normal, dice usted, en un curso, ¿en el tercer curso, dice usted? ¿en un curso se ha dado esa situación?

##11.

ah, si, en el colegio público en Villamartín, si, y luego, cada Septiembre que llega, vienen más de cuatrocientos, quinientos niños solicitando una plaza en primaria ¿qué se puede hacer? Necesitamos otro colegio, damos clases en los barracones ¿qué se puede hacer? ¡tanta demanda que llega la primera semana de Septiembre!, poco a poco han entendido que esto es lo mismo cada año, pero, entonces, diría que tenemos hasta un punto una excusa y estamos llegando con la infraestructura, ya estamos con luz y agua, un suministro garantizado aquí en Torrevieja mucho más que en Javea o Denia, garantizado los próximos cincuenta años, pero no lo sé, yo, no quiero criticar, pero no creo que haya un instituto en Orihuela Costa.

##12

no hay.

E7-P11,P12

Los problemas educativos de los niños extranjeros en nuestro país, dependen al parecer, también de la nacionalidad, de manera que, en opinión de algunos encuestados, son los niños ingleses los que más tiempo tardan en aprender la lengua española.

##11

No se por qué, pero si preguntas a un profesor, de instituto más, pero de primaria también, son los niños ingleses que tardan más tiempo que cualquier otro en aprender el idioma, más que los alemanes y los escandinavos, y muchísimo más que los rusos y eso, no se por qué.

E7-P11

##3

La educación en Inglaterra es mucho peor que la educación aquí en España, es mucho, mucho peor, los profesores no imparten ninguna disciplina a los niños, cuando las escuelas reciben niños ingleses, éstos no tienen ninguna disciplina, son niños que probablemente nunca van a integrarse en las escuelas españolas.

E3-P3

1.5 Falta de perspectivas de estabilidad económica

Los problemas a los que se enfrentan los extranjeros cuando llegan por vez primera a España pueden llegar a ser tan importantes que, ante la falta de perspectivas de estabilidad económica sobretodo, después de un tiempo, la gente decide volver a su país. Es la gente joven.

##E

quería preguntaros, ¿veis alguna diferencia de cuando llega el extranjero aquí por primera vez, acaba de aterrizar, digamos, y a lo mejor piensa que quiere integrarse en la

cultura española, no lo se, a cuando ya ha llegado y ha pasado un tiempo, que a lo mejor, eso ya no es tan importante para él? ¿hay diferencia en tanto en cuanto cada vez se quieren integrar menos, o al revés, cada vez se esfuerzan más por integrarse más?

##11

yo creo, hablando de los británicos,..

##12

vuelven

##E

¿vuelven?

##12

si, después de dos años, creo yo, el cincuenta por ciento vuelve...

##13

son la gente que trabajan...

##11

pero tu has dicho que la gente (refiriéndose a P12) se vuelven a su casa, ¡no!, hay, hay, bueno, dos tipos, los que vienen para jubilarse y los que vienen para trabajar, la mayoría, casi en su totalidad, los que vienen para jubilarse se quedan aquí hasta que se mueren y, ¡ya está! Y luego los más jóvenes, hay dos distintos tipos, la gente que es responsable, que tiene algún dinero para invertir y quiere invertir en un negocio, van a poner dinero en ese negocio y, y eso, y los otros que están buscando la vida, y como hay tan poco control en este país, con todo respeto, hay, hay gente trabajando que no paga ningún impuesto, que no están cotizando la seguridad social, yo diría que igual el cincuenta por cien de los electricistas, albañiles, que van a las urbanizaciones son ilegales totalmente, y ellos son los que vuelven a su país, porque su negocio, su vida no está basado en nada concreto, no tiene nada firme, no tiene una empresa de verdad, y ellos vuelven y se van y eso, ¡pero siempre hay más, cuando ellos se van, vienen más! ¡No se! ¡Que España tiene la fama de que es un país donde se puede hacer lo que quiera!, es una falta de control...yo, ¡yo no se que es!, pero la verdad, yo nunca he visto tanto ilegal aquí que en mi país, de verdad.

E7-P11,P12,P13

##1

Los ingleses, más o menos, son la prueba de donde va el mercado de las viviendas en los próximos años. Ellos llegan aquí, y se hacen la casa, después el jardín, después la piscina, y cuando ya tienen todo, en tres años más o menos, piensan si quieren quedarse o no y muchos se van. ¡Tres años!. Hay muchos con 30 años, aunque hay muchos más con 50 o más.

E1-P1

Ahora bien, estos esfuerzos para lograr la integración, ¿se dan realmente? ¿O simplemente se dan dentro del submundo de su propia nacionalidad? Tal vez se esté creando un círculo vicioso que hace que sean muy pocos los extranjeros que conviven realmente con la cultura huésped.

##12

y la mayoría que hacen, ¿qué pueden hacer?, si viene aquí un inglés, ni una palabra de español, ¿qué puede hacer? Vender casas, ¡vender más casas a los ingleses! (risas)

E7-P12

1.6 Relaciones sociales

Partiendo de la base que tener buenos amigos no es tarea fácil, esto se complica cuando decides cambiar de país, de cultura, pero en general los residentes extranjeros se sienten bien tratados aquí en España.

##6

Es muy difícil tener un amigo en la vida, no hay mucha gente que tenga muchos amigos, en Holanda se dice: "para encontrar un amigo del alma tienes que coger una linterna".

E5-P6

##4

En general nosotros somos ingleses allá donde vayamos, pero la mayoría de la gente aquí en España nos trata muy bien.

E3-P4

Además aquí en España, en general, es más fácil poder hacer amigos y hay una mayor facilidad para mantener las amistades, de las que se sienten muy orgullosos.

##E

Vamos a hablar ahora sobre su entorno social, por favor, ¿me puede decir usted algo sobre sus amigos y contactos diarios?

##1

Tengo una amiga aquí, después de muchos años, es una pianista famosa, ahora está jubilada, tengo muchos amigos aquí, que son artistas de televisión, hacen recitales, noches de cabaret de aquí, mis amigos son todos, lo siento, soy un poco arrogante aquí, pero es que son todos, súper inteligentes, Súper talentos.

##E

En comparación con los amigos que tiene en Inglaterra, ¿Dónde tiene más amigos?

##1

Tengo más amigos aquí, porque es más fácil para la amistad.

E1-P1

Muchas veces, la pareja es el amigo, las amistades de siempre quedan lejos, y las nuevas nunca reemplazan lo que se ha dejado. El problema se complica aún más cuando los familiares más directos están en otro país, y suele pasar mucho tiempo hasta que la persona encuentra su sitio dentro de la nueva cultura.

##7

Bueno, para las personas que hemos venido de otros países, los amigos es el esposo o está muy cerca, sin embargo, haces nuevos amigos aquí, tus amigos de toda la vida, de la Universidad o el colegio, pues están en Holanda, tienes muchos conocidos,

muchas amistades, pero, amigos, amigos, los hemos dejado en Holanda. Hemos hecho muy buenos amigos aquí también, pero los de siempre están en Holanda.

E6-P7

##3

Nosotros aquí estamos muy desilusionados, éramos más felices en Inglaterra. También puede ser porque hace muchos años que vivimos fuera de allí. Nosotros acabamos de llegar aquí hace dos días de un viaje de quince días, cuando estamos allí con nuestra familia nos sentimos muy bien, aunque queremos volver porque es demasiado frío, pero al venir aquí sentimos la falta de nuestra familia.

E3-P3

Internet es el medio más utilizado para comunicarse con la familia y las amistades que están lejos, más que el teléfono porque éste es más caro.

##E

¿Para comunicarse con su hermano, utiliza el teléfono?

##1

Tenemos la web-cam, y no mucho por teléfono porque tenemos que pagar, tenemos un centro de comunicaciones en el que tenemos cuatro, tres ordenadores de suma potencia y cuatro teléfonos.

E1-P1

##8

Si claro, claro, claro, adictivo, el e-mail, es mi trabajo, pago mucho teléfono al mes, porque llamo mucho a amigos.

E8-P8

1.7 Problemas más importantes de los residentes extranjeros mayores en España

La soledad de la vida cuando te haces mayor, la lejanía de los vínculos familiares, la falta de servicios geriátricos aquí en España, etc,.. son los mayores problemas de los residentes extranjeros más mayores. El sistema de Seguridad Social español, en opinión de la persona entrevistada, no cubre las expectativas de todas las personas mayores, algunas de ellas acostumbradas a otro tipo de seguros privados. La familia recobra una gran importancia en el ocaso de la vida de las personas y es un factor determinante, junto a la falta de servicios geriátricos en España, que hace que la persona vuelva a su país de origen.

##E

...Entonces, las características del migrante que llega están cambiando, y hay mucha gente que no se encuentra a gusto aquí porque ha cambiado su habitat, con más gente, más ruido,..

##7

Si, la gente se jubilaba y venía para buscar tranquilidad, y tu ves también otro fenómeno, que la gente cuando se pone mayor, mayor, no encuentra, sobretudo en los pueblos de la costa todavía los servicios a los que están acostumbrados en Holanda o en Alemania o en Inglaterra, como pueden ser un "Nursing Home", un proyecto para la tercera edad, una residencia de ancianos o un hospital cercano, entonces, cuando tu tienes sesenta y cinco años, o te has jubilado a una edad más joven, no piensas en todos esos servicios, pero cuando tienes setenta o setenta y cinco y estás sola, porque se suelen quedar viudos o viudas, y estás solo aquí, pues ya vas a pensar, pues tengo que vivir en un lugar cerca de un hospital, aquí no hay una residencia de la tercera edad, eh, los nietos están todos allí, en Holanda, o en Alemania, pues ya sería hora de volver, y se vuelven.

##E

¿piensa usted que más que las políticas que los países puedan aplicar, como la que ahora está aplicando el gobierno alemán, son los problemas personales los que conllevan esa vuelta?.

##7

son las dos cosas, los dos factores, te haces mayor, extrañas tu país de origen, sabes que tu familia y tus nietos están ahí, y aquí no encuentras servicios, aparte que se

dan, problemas por ejemplo de los seguros, que, si tu tienes un buen seguro en Holanda, o en Alemania no te cubre aquí, o estás acostumbrado a un tipo de seguro que es muy diferente a la Seguridad Social aquí. Entonces, la gente se plantea el regreso cuando ya o se ha quedado sola o ya tiene setenta y cinco “plus”.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

E6-P7

La falta de infraestructuras en España para la tercera edad, ha propiciado la creación de voluntariado por parte de los residentes extranjeros con experiencia, que funcionan, y que intentan solucionar los problemas de la gente mayor. El entrevistado cuenta un caso real, ocurrido ese mismo día, que puede ser reflejo de los problemas a los que se enfrentan las personas cuando se hacen mayores y que están agravados, en el caso de los residentes extranjeros, por la falta de vínculos familiares, y la indefensión que sienten en una sociedad en la que no están integrados plenamente.

##11

no, a veces están desprotegidos,..yo tenía un caso esta mañana mismo de una señora que su hijo que vive en Inglaterra está preocupado sobre ella porque no ha salido con los perros, ¡y que puedo hacer yo! Yo no puedo decir a servicios sociales mira a ver como está esta señora, ellos no pueden ir, si no tenemos por los de sanidad, por ejemplo, yo no se quien es su médico ¡y que podemos hacer! Afortunadamente yo he creado un grupo de voluntarios ingleses, e inglesas, con experiencia, son enfermeras y eso, y han ido a la puerta de esta señora a ver como está, y afortunadamente en esta ocasión, ellos mismos, los voluntarios se han puesto en contacto con su hijo, el hijo va a venir para hacerse cargo de los problemas de su madre, pero, bueno, que no, yo no se como la administración, como España puede tratar con ese problema, no se.

##E

Tal vez falta crear infraestructuras para la tercera edad...

##1

Si, si, y también hay muchos casos, en este caso afortunadamente estamos en contacto con el hijo, pero muchas veces la familia de dos mil kilómetros, pasan, y la mentalidad española, muy bien, ¿dónde está la familia? Es un problema de la familia, pero, hay una mentalidad distinta, son mayores y tienen su propia vida y, la familia misma pasa de eso, es un problema de que están mayores y si no entienden el idioma del país

donde viven, de la burocracia de ese sistema, ¿cómo tratar con ese problema que tengan, ampliado, en, en todo, no solamente la salud!

E7-P11

Son muchos los extranjeros que quieren establecer su residencia en España, es evidente que esto hace que cada vez los problemas para la integración a la vida española de estas personas sean mayores. En muchos casos los problemas de soledad se acentúan al carecer aquí de unos vínculos familiares mínimos y unos servicios sociales que no pueden cubrir sus expectativas. El servicio de las asociaciones de voluntarios es un punto de referencia y apoyo que puede paliar el malestar psíquico producido por este estado de anomia.

##E

¿Qué significa para usted el término integración?

##1

Estamos trabajando. La punta de mi vida es facilitar la integración. En tres años, hemos integrado aquí, más de 700 colombianos, y de Venezuela, son 70% son ilegales, el servicio social aquí en cinco años, es el que más ha crecido. Tenemos problemas muy grandes y hay muchos "isolados" europeos que viven aquí, cuando hay mujer sin marido, lo pasan mal aquí, todos, todos, les gusta la vida española, y la vida inglesa aquí, trabajamos mucho en esto, trabajamos todos juntos, no hay nadie que sea más que otro.

E1-P1

##E

cuando una persona enviuda, tiene más de sesenta años, imagino, o cumplen los setenta y muchos y ya necesitan otros servicios, no se lo que piensan ustedes, incluso para los españoles, que son servicios de los que se carece ¿hace falta más infraestructura para atender a esa gente? ¿qué opinan ustedes?

##11

si, muchas veces vuelven a su país, y bastantes quedan aquí también, no lo se, la mayoría creo, quedan aquí para morir, pero, cuando llegan estas enfermedades, si alguien llega a esta oficina y me dice: yo tengo diabetes, bueno, yo les he enviado a una asociación de diabéticos inglesa que existe aquí, hay unas ONGs que han viajado desde

Inglaterra aquí, por ejemplo, "age concern" que tienen sedes en Mallorca y en otros lugares, age concern significa preocupación de nuestros mayores, eh, ellos tienen voluntarios, tenemos varias ONGs aquí, la asociación Help,...

##12

hay muchas organizaciones aquí.

##11

si, si, y a veces, la primera llamada de ayuda se da a través de estas ONGs con gente que habla su idioma, y luego, si necesitan ir al médico, o al hospital, o todo eso, pues bueno, están metidos en el sistema español de sanidad, pero todavía tienen que llevar sus intérpretes en todos los sitios ¿no?

E7-P11,P12

La mayoría de los extranjeros que han decidido vivir en España llegan sin apenas preparación, sin saber las cosas básicas, y aún peor, algunos llegan ya enfermos y ni siquiera se han preocupado de la manera en que pueden conseguir sus medicamentos; no sienten tampoco la necesidad de esforzarse en el aprendizaje de otro idioma. En general, desconocen las leyes y la cultura españolas, pero no les importa, porque tienen sus propios servicios.

##12

..en Orihuela costa hay tres clubes con cada semana más o menos cuatrocientas personas que acaban de llegar y no saben nada, nada de español.

##11

Yo creo que la gente, mucha gente viene aquí con la intención de comprar una casa, viene con un vuelo de inspección para comprar de cuatro días, tienen dinero en su bolsillo, lo tienen ahí, ¡quemando! ¡van a comprar lo que sea! Y entonces, ni piensan, demasiado profundo sobre la compra en primer lugar, donde está y eso, y las inmobiliarias les venden el sol, y sangría y playa, ¡y ya está!, y luego, cuando eligen de vivir aquí, llegan, pero sin, sin ninguna preparación, ¡es algo increíble!, no tienen ni idea si tienen derecho de servicios de salud, ni tienen idea que tienen que cambiar la dirección para conducir un coche, las leyes de urbanismo, piensan que pueden ampliar sus casas como quieran, ¡tan falta de preparación!, incluido gente que viene con enfermedades ya, diabetes o, necesitan medicamentos, y ni han pensado como pueden conseguirlos aquí en España, ¡pero eso es con todo!, y ellos buscan empresas que saben que hablan el

mismo idioma, si tu tienes un grifo que está saliendo el agua, ¿qué haces? Llamas a un fontanero, pero si tu sabes que el fontanero no habla el mismo idioma y no se puede decir, tenemos agua saliendo por todo, ¡que no se puede!, tienen que llamar a un fontanero inglés, no tienen otro remedio.

##13

Además, no necesitan hablar español, porque ¡hay tantas cosas que se organizan en inglés!

E7-P11, P12, P13

##11

...para alguna gente es una trauma, salir de su propia zona donde, ¡oh, hablan castellano aquí!, ¡ por favor!, si

##13

la gente no viaja mucho aquí.

##12

no.

##13

nosotros montamos ferias o fiestas, muy cerca de donde están ellos, siempre.

##E

es curioso, porque, vienen de sitios muy diferentes y muy distantes, o sea, que parece ser que no les debería importar viajar.

##11

igual es que se sienten seguros entre sus propios compatriotas, no lo sé, ¡igual se sienten seguros ahí!.

E7-P11, P12, P13

Tal vez los residentes extranjeros mayores hacen pocos esfuerzos por aprender el idioma de la cultura huésped, tal vez la convivencia en ese nuevo país junto a gente de su misma lengua y cultura no ayude al aprendizaje de una lengua nueva, tal vez este problema no emerge plenamente hasta que realmente necesitan los servicios que les pueda aportar la cultura huésped, y es entonces cuando la anomia hace mella en ellos, y aunque se sienten apoyados por otros ciudadanos que hablan su mismo lenguaje, se sienten extrañados, solos, perdidos, incapaces de afrontar su propia vida sin ayuda, más

aún si los servicios que necesitan no existen, o en el caso de que existan, no les soluciona su problema real: la soledad.

1.8 Problemas de los residentes extranjeros más jóvenes en España

Los jóvenes residentes extranjeros también se encuentran con problemas importantes aquí en España, sobretodo aquellos que son emprendedores y quieren abrir algún tipo de negocio, sobretodo, no entienden el exceso de documentos que hay que tramitar aquí en España para cualquier cosa.

##8

Soy gerente de una empresa de ordenadores. Me dedico a esto porque cuando llegué a España me ofrecieron un trabajo en el sector informático, pero cuando llegué aquí el trabajo no existía.

##E

¿y entonces decidió abrir su propia empresa?

##8

Si, para algo, porque llegué aquí, tenía que trabajar en una empresa español, pero cuando llegué, no posible, ¿qué, que pasa? Y ¡vale! estuve medio año con ordenadores, después como cocinero y luego aquí.

##E

¿Fue fácil abrir tu negocio en España?

##8

Si, como autónomo, ¡es fácil!, pero, para abrir oficinas ¡muchos papeles, mucho mucho! Licencias para todo.

##E

¿no es lo mismo en Noruega?

##8

No, no, no, aquí más papeles. Noruega es, cuando quieres abrir una oficina en la casa, no hay problema, aquí problema, mucho problema.

##E

¿considera usted que podría ser más fácil abrir un negocio aquí en España?

##8

Para mi es mucho problema no ser de la Unión Europea, porque entonces, más papeles, si hubiera sido español, sería más fácil, porque no necesita ayuda, porque, ¡el idioma es un obstáculo!

##E

pero se puede aprender,...

##8

Si, pero, el más grave problema es que el sistema es muy diferente en España que en Noruega, el seguridad social, el licencias y todo, complicado, complicado, pero muy diferente que en otros países, muchos papeles, tres pagas extras y todo esto, para mi, un sistema muy extraño, más papeles, más pagos,..¡vale!, al final no más dinero, pero más, para mi es mas difícil saber ¿cuánto cuesta? ¿cuál es el salario? y eso es solo una cosa, porque es más esto, más esto, más esto,...en Noruega es de otra forma.

E8-P8

Sin embargo, aquí en España los residentes extranjeros pueden abrir negocios sin saber hablar castellano, lo cual es muy difícil en otros países.

##11

un español que no hable inglés en Inglaterra se moriría de hambre, pero aquí...(risas)

##12

Un español que vive en Londres, por ejemplo, no puede abrir su propia oficina sin hablar inglés, no se puede, no se puede, pero aquí, si se puede, por ejemplo, nosotros tenemos, eh, una empresa, tenemos más o menos seiscientos agentes, tenemos más o menos veinte mil clientes, el noventa y dos por ciento no son españoles, mas o menos diecinueve mil clientes ingleses, holandeses y suecos, ¿okey? Y hay muchos suecos que quieren ahorrar dinero en las finanzas.

E7-P11,P12

1.9 El problema de la inseguridad ciudadana

Pero los problemas que más preocupan a los residentes extranjeros en España son muy parecidos a los que sufrimos los españoles, sobretodo la inseguridad ciudadana que al parecer es cada vez mayor.

##3

Creo que es un problema grave, desde luego, en las ciudades y en cualquier parte del mundo. El cambio en esta zona ha sido increíble en cuatro años. Yo he sido atacada hace pocos meses, un domingo, y yo no me siento segura. La gente dice que son los marroquíes y la gente de la Europa del Este los que roban, no la gente española. Y yo creo que esto es un problema muy grande. Yo he leído en el periódico, en el Costablanca, que algunas veces los marroquíes roban de una vez más de veinte casas, y encima, cuando los cogen no les hacen nada.

E3-P3

##E

y en cuanto a inseguridad ciudadana, ¿os sentís seguros realmente en España?

##11,12,13

no

E7-P11,P12,P13

La inseguridad ciudadana puede crear momentos de mucha angustia. El desconocimiento de la lengua del país en el que estás es una barrera de comunicación muy importante.

##11

Yo recuerdo como, por ejemplo, cuando he venido aquí, en principio viviendo en una urbanización donde todos mis vecinos eran ingleses, tenía poca oportunidad de aprender el idioma, yo, tenía una preocupación, porque una cosa tan sencilla, sobre una gente sospechosa por la noche, yo estaba convencido de que estaban robando una casa, pero ¿qué puedo hacer yo? No puedo coger el teléfono y llamar a la guardia civil o la

policía, que, me he sentido totalmente aislado, ¿que se puede hacer! un español coge el teléfono y habla con la policía, pero yo no tenía ni idea, y no había 112.

E7-P11

En opinión de algunos residentes extranjeros los problemas de inseguridad ciudadana son los problemas que crean los conflictos entre las diferentes nacionalidades.

##E

¿pero no hay conflictos entre las diferentes nacionalidades?

##11

si, hay un conflicto, y nunca había, por robos, pero es solamente por robos y nada más, los robos, y en ese aspecto, yo creo que el resto de los europeos tienen el mismo punto de vista que cualquier español, la misma opinión

E7-P11

La inseguridad que sienten es muy grande, su sentimiento de anomía también, pero intentan compensar estos problemas creando su propio sistema para ayudar, en colaboración con la policía española, a aquellas personas que puedan tener algún problema. Es lo que los ingleses llaman la "cooperación vecinal", pero se encuentran con la resistencia de las autoridades españolas, tal vez porque es un sistema novedoso aquí en España.

##11

..pero si, si, el problema con la inseguridad no está mejorando, aquí en Torrevieja, en Orihuela costa, en Pilar, en Rojales, entre los británicos mismos, y poco a poco ha sido reconocido por el Ayuntamiento y la policía local, han montado un sistema de cooperación vecinal, es decir, es un sistema británico que fue inventado hace unos veintiún años, es un intento de unir los vecinos, si yo voy de vacaciones un par de semanas, ¿puedes vigilar mi casa? Y si ven algo sospechoso, ellos tienen, entre ellos han formado, con la colaboración de los Ayuntamientos y la policía local una red de vecinos, entonces si como vecino veo algo sospechoso que no merece una llamada de urgencia, yo puedo decir a la policía o a los bomberos locales. Entonces, hay una red, y a través de esta red ellos pueden dar esta información, lo único que tienen que hacer es hablar con el coordinador

de su calle o de su zona para hablar de su problema, y éste, después de convertirlo al castellano, llama a la guardia civil o la policía donde reciben esta información. Este es el sistema que ellos más o menos han traído de Inglaterra con la intención de apoyar y ayudar a los policías, porque los británicos siempre han tenido una relación estrecha con la policía, porque el “bobby” entonces, vienen aquí y ven un policía, vestido de azul, de verde, lo que sea!, ¡es su policía! y ellos tienen su deber moral o civil de ayudarles y apoyarles. La mayoría de la gente, claro, estamos trayendo mafiosos entre británicos y holandeses, y de todos los países, los ladrones, y los mafiosos no van a ir a un pueblecito de la Mancha que no hay nada para robar, sino que van a una zona de la costa donde hay dinero, no van a robar donde no hay nada que robar ¿no?

E7-P11

##11

...y ahora intentamos explicar a los agentes en un foro “foro de colaboración vecinal”, la lucha era explicar a la guardia civil y a la policía local qué es la cooperación vecinal, es algo inglés

##E

¿y os encontráis con una barrera, o por el contrario, con una gran colaboración?

##11

con una barrera, como una pared, si, si, si, una barrera inmensa, que no podemos entender, poco a poco estamos rompiendo la barrera, rompiendo, pero está todavía.

E7-P11

1.10 Problemas para la integración

Las opiniones de algunos entrevistados apuntan en la dirección de que algunas nacionalidades son dadas a formar sus propias asociaciones, en las que hay pocas oportunidades para la integración. Nos hablan de que el perfil del europeo que está llegando ahora está cambiando, y cada vez es más joven, y de los problemas sociales de falta de apoyo, sobretodo familiar, que sufren los mayores.

##11

... el problema es que cuando compran una casa aquí, porque es la oferta que estamos vendiendo los promotores en sus países, los vecinos de aquí son de Manchester, está al lado Birmingham y Dublín está enfrente, que no hay mucha oportunidad de conocer ningún español en las zonas que viven y luego, ponen sus propios bares, restaurantes, ellos son mucho de asociaciones, forman sus clubs y asociaciones donde se juntan, los británicos, los ingleses aquí, los alemanes aquí, los escandinavos, y aparte los españoles, entonces, que no hay oportunidades de integrarse aunque la mayoría vienen, creo, con buenas intenciones. Esto ha cambiado un poquito porque antes, la mayoría de la gente del norte de Europa que ha venido aquí ha venido para jubilarse, en donde también estamos trayendo una población de mayores con sus problemas sociales, si uno de la pareja se muere, quedamos con una viuda o un viudo, luego la demencia, y eso sus familiares dos mil kilómetros al norte y, pasan de ellos hasta un punto, y eso también ha traído un montón de problemas, para ellos les cuesta más aprender todavía un idioma nuevo, y más todavía cuando sus vecinos hablan el mismo idioma,...

E7-P11

El siguiente párrafo nos debería hacer reflexionar ante lo que es ya una evidencia: las zonas de costa en las que ya no se oye hablar ninguna lengua peninsular, son zonas enteras de extranjeros, con sus instalaciones propias, donde, tal vez, un español se sentiría incómodo.

##11

,... mi mujer es española, pero hemos estado en el campo de golf de Villamartinez, esa zona donde viven todos los extranjeros y eso, hay una zona comercial y ¡ni hay un bar ni un restaurante español!, ni una tienda, y cada vez que entramos ahí, que es pocas veces, mi mujer me dice, bueno, ya estamos saliendo de mi país, ¡y es verdad!, se puede decir eso medio en broma, pero, no sé, yo creo que es un poco triste, que partes de la costa española que, que estamos perdiendo, que eso no es España, ni queda la cultura española, ni el idioma, ni españoles, hay zonas enteras de extranjeros hablando su propio idioma.

E7-P11

Algunos entrevistados no se ponen de acuerdo, uno de ellos piensa que cuando un extranjero llega aquí, quiere aprender el idioma de la cultura huésped, pero son las circunstancias, el que viva con otra gente que hable su misma lengua, las que impiden su aprendizaje. El entrevistado P12 tiene claro que, precisamente, algunas nacionalidades como la inglesa, viene a España porque es un país donde no tiene que aprender una nueva lengua, donde dispone de todo lo necesario para vivir cómodamente, y al parecer, los tres entrevistados estarían de acuerdo con que las inmobiliarias ayudan a que este fenómeno se de aún más. Uno de los entrevistados apunta hacia una solución para superar los problemas que acarrea la elección de este estilo de vida, pero habrá que esperar a la llegada de la siguiente generación.

##11

nadie llega aquí, pensando: no voy a hablar castellano en mi vida, voy a vivir en una urbanización con ingleses, nadie viene así. Vienen con ilusión, creo, todos, pero es demasiado cómodo para ellos y no tienen la oportunidad, como te he dicho, los vecinos de Manchester, ese de Dublín, el otro de Birmingham

##12

pero yo creo que ahora, ahora los ingleses llegan aquí a Orihuela costa porque saben que no tienen que hablar castellano, no tienen que, y estoy seguro, que hay pueblos enteros de, Irlanda, porque yo hablo, ¿de donde es? De Cork, de Cork, de Cork, de Cork, pues quien vive ahora en Cork, en el sur de Irlanda? ¡St. James Hill, o playa Flamenca!

##11

pero es la oferta también de las inmobiliarias, cuando venden una casa, ah, aquí está muy bien, porque todos son ingleses, aquí compran a veces por eso.

##12

los belgas, casi todos los belgas viven juntos.

##13

la culpa, yo creo, viene de las inmobiliarias.

##E

imagino que venderán porque les preguntarán ¿dónde están los de mi nacionalidad? Pues aquí, aquí y aquí, ¿no? ¿La gente busca estar con los suyos?

##13

es más fácil.

##11

yo creo que la gran oportunidad para superar eso, honradamente, son los más pequeños, los niños que vienen de primaria que antes de tener once años, ya están metidos en la cultura, en un futuro, porque ellos están más metidos que nadie, el idioma y la cultura española porque, desde el primer día, depende cuantos españoles más allá en la clase, pero

ellos tienen la oportunidad de conocer los españoles, igual luego tienen novios o novias españoles, y se casan y tendremos una mezcla de integración.

E7-P11,P12,P13

La dificultad para que se de una integración plena aumenta cuando los medios que utilizan diariamente para informarse no son españoles y el mundo en el que viven ahora parece una fiel reproducción del mundo que conocieron en su país. La situación llega hasta el extremo de que para intentar solucionar algunos problemas que sufren, como es el problema de la inseguridad ciudadana, se organizan entre ellos sin informar a las autoridades competentes en la materia, con lo que muy probablemente el esfuerzo realizado será en vano.

##12

pero ¿como pueden los ingleses integrarse? Leen periódicos ingleses, escuchan la radio inglesa, hay satélite

##11

casi ningún inglés tiene la tele española, casi ninguno.

##12

y, por ejemplo, las urbanizaciones se llaman, Dreams Hills, Rojas Hills, Saint James Park, ¡en inglés! Y como español, tú no quieres vivir en Dreams Hills, St. James Park, pues, (risas) ¡San James parque! Y, por ejemplo, esta tarde hay una manifestación en Orihuela costa, sobre la inseguridad, hay unos ingleses, unos irlandeses ahí, esta tarde

##11

hablando de la inseguridad y eso, esta tarde mismo hay una manifestación, organizada por los ingleses en Orihuela costa, sobre inseguridad, pero, ¿como la han organizado? no han informado a nadie, no ha salido en la prensa española, ha sido organizado entre un grupo de ingleses, que hablan inglés, las únicas personas que están

ahí son las que hablan inglés, van a hacer una marcha, manifestación, y el Ayuntamiento, ni el alcalde se da cuenta que va a pasar, incluido que cuando lleguen al Ayuntamiento, el Ayuntamiento estará cerrado, ¡por favor! ¿qué van a conseguir? (risas) los pobres se sienten inseguros, pero, pero, han intentado hacerlo todo ellos, ¿por qué? ¡No lo sé!

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

E7-P11,P12

Los hechos percibidos por los entrevistados son muy elocuentes, los tres están de acuerdo que son los europeos los que más problemas tienen para integrarse, no saben por qué, pero opinan que algunas nacionalidades aprenden con gran rapidez el idioma y se socializan muy rápidamente.

##E

y, para complicarlo un poquito más, (risas) no, simplemente, cuando estamos hablando de problemas de papeles y de residencia, decidme que opináis, ¿creéis que los inmigrantes también viven en sus guettos o creéis que se integran mejor?

##11

si, ellos se integran muchísimo mejor que los europeos, muchísimo mejor, no se por qué, pero muchísimo mejor, algo increíble, la diferencia, igual es la necesidad de comer, puede ser, pero ellos se integran muchísimo mejor que los europeos, los del norte de África, los senegaleses, los rusos,...

##13

y hablan español muy rápidamente, ¡es increíble!

E7-P11,P13

Al parecer, los problemas de integración también pueden darse por la falta de seguridad que conlleva la socialización con otras culturas diferentes. El sentimiento de anomia que puede producir sentirse extraño ante un mundo nuevo o peculiar que puede crear falsas percepciones, el miedo al ridículo o la falta de confianza en uno mismo, puede hacer que la persona se repliegue aún más en la “seguridad” del mundo que ya conoce.

##E

¿tu crees que esa oportunidad, que la tienen, desde el momento que llegan a España tienen la oportunidad de integrarse, pero a lo mejor ese proceso de integración les crea un estrés que les agobia, y por eso se van desmotivando poco a poco, y prefieren quedarse donde están? (risas)

##11

si, por eso creo que todos somos un poco xenófobos, hasta un punto, porque, más, si tu no entiendes ni una palabra del idioma, bueno tu puedes pensar, por la manera de hablar aquí en España, bueno, que, ¡los españoles siempre se están peleando entre ellos! No entienden, y bueno, supongo que si tu no entiendes ni una palabra de inglés y estás escuchando a algunos ingleses, tu opinión está totalmente equivocada, de lo que están hablando, entonces...yo creo que sí, tienen una situación de estrés, ¡todos! Lo mismo, cuando estaba aprendiendo castellano, yendo a clases en Inglaterra, viniendo aquí de vacaciones, entonces, ¡tenía tanta ilusión de aprender y utilizar ese español que he aprendido! que, un kilo de naranjas, por favor, y la señora dice ¿qué? ¿no me entendieron?, ¿que he dicho mal? ¡Ya estoy!, porque no tenía suficiente confianza para decirlo un poco en alto para que pudiera oírme, ¡pero yo he sentido ese tipo de estrés!, y claro, es difícil, y pueden volver a la seguridad de sus urbanizaciones y sus bares ingleses, allí están tranquilos.

E7-P11

Nuestro siguiente entrevistado, corrobora lo anterior; curiosamente también habla de la percepción que tienen algunas personas con respecto a la manera de hablar de los españoles, que en opinión del entrevistado, es un factor decisivo, junto a la edad, a la hora de tomar la decisión de hacer un esfuerzo para el aprendizaje de la lengua castellana. También piensa que es la nacionalidad inglesa la que más problemas presenta para el aprendizaje de la lengua castellana, siendo sin embargo en su opinión, los que mejor se sienten aquí.

##E

¿Con respecto a la gente extranjera que usted conoce, ¿usted cree que cuando llegan a España intentan aprender el idioma castellano?

##1

Si, hemos visto desastres en esto. Muchos vienen aquí y viven en sus núcleos, con sus amigos, y viven aquí como, y perdone, como testigos de Jehová, piensan solamente ellos. Conozco un grupo social de ocho amigos y viven ellos solos, sin contacto con el resto. Creo que todos quieren aprender español, el problema es: puedes leer la primera hoja, del libro de español, hola que tal, pero el libro entero no. Hay una respuesta que ¡uf!, los españoles hablan pánico, y deciden que no van a aprender. Muchos son viejos, tienen más de 50 años, y hay muchos pensionistas con más de 65 años, que es más difícil aprender un idioma. Ellos quieren, pero no pueden, porque la cabeza no funciona muy bien y...

##E

¿Pero tienen voluntad de aprender?

##1

Si, pero no pueden. Muchos de ellos, aprenden un castellano básico, lo bastante para hacer sus compras, los franceses, los alemanes, los holandeses, especialmente los holandeses son mucho mejor, los ingleses son después de siglos, viviendo en todo el mundo, en India, en China, ahora los ingleses son muy insulares, ellos tienen la capacidad muy baja, no piensan pero los de los otros países no tienen este problema, pero los ingleses posiblemente gustan más de estar acá que los otros.

E1-P1

1.11 Sentimiento de pertenencia. Nacionalidad y costumbres.

El sentimiento de pertenencia a su país de origen es obvio, pero se sienten muy identificados con la vida española. Suelen echar de menos la vida cultural y quieren ser tenidos en cuenta, pues ellos también contribuyen a la riqueza del país.

##6

Yo me siento holandesa, algunas veces también española, pero la mayor parte de mi vida he vivido en Holanda, por tanto, me siento holandesa.

E5-P6

##5

Yo conozco como Els Poblets ha crecido y, en Suiza, en el año 1960 hay quinientas personas que viven en nuestro pueblo, como aquí, diez años más, cinco mil y, muchos problemas, muchos problemas, aquí, ¡lo mismo!. Ahora aquí es terminado, no más, no más, los problemas,.. no hay problemas con integración, no, ahora es bien, más dinero para cultura, todo bien, y yo creo aquí poco poquito mejor,.. hablar y ayudar. Nosotros traemos dinero,..cuando yo vine aquí, primero españoles, después extranjeros, ¡es normal! En Suiza es lo mismo, primero suizos y después extranjeros, ¡es lo mismo! Yo soy extranjero aquí, muchos extranjeros piensan que han de ser lo mismo, es no normal, primero españoles y después los otros, la cultura es importante por aquí, no me gusta todo, ¡pero es normal!.

E4-P5

Algunos piensan que ser de una determinada nacionalidad puede ser un “factor protector” en algunas circunstancias de la vida.

##E

Alguna vez has sentido que has sido tratado de forma distinta por los españoles por ser extranjero?

##8

Sí, una vez. Me pararon en un control de policía y llevaba todo el coche lleno de ordenadores, y además había bebido, ¡y me dejaron ir!. Me preguntaron para que eran los ordenadores, y les dije que era mi trabajo, y me dejaron ir, podía haber sido mentira, pero me dejaron ir, me preguntaron si había bebido y les dije que un poco, ¡y se notaba!, no me preguntaron ni por los papeles del coche.

##E

...pero eso no es normal tampoco..

##8

Y también a veces, los españoles me preguntan si soy alemán, y cuando les digo que soy de Noruega me miran mucho mejor.

##E

¿Tu crees que te tienen mejor consideración por ser noruego, aquí en España?

##8

Si, a veces pienso eso, y no se por qué, pero, no se porque es diferente a un alemán, por ejemplo, pero pienso que me tratan mejor.

E8-P8

Al parecer, hay muchos residentes extranjeros que después de un tiempo viviendo aquí en España aún no han aprendido a expresarse en el idioma de la cultura huésped, pero lejos de hacer un esfuerzo en este sentido, utilizan a los niños cuando tienen algún problema de comunicación. Los “guettos”, una vez más, son un obstáculo muy importante para la integración.

##E

...o sea que, para que llegemos a una pluralidad necesitaremos que llegue la siguiente generación.

##11

igual si, pero mientras, estamos trayendo tanta, tanta gente en la misma zona, formando “guettos” que..

##E

pero mientras, ¿los padres se integran o tampoco?, ¿se marchan?

##11

no, no, no, los niños actúan como traductores para sus padres, en muchos casos, se ve aquí, los pequeñitos traduciendo para sus padres.

E7-P11

La afinidad con algunas culturas a veces puede ser inevitable. Muchas veces uno no se siente bien con gente de alguna nacionalidad.

##E

¿Hay algunas nacionalidades con las que se siente mejor?

##8

Con todas, pero, vale, alemanes menos.

##E

¿y por qué?

##8

No sé, es algo cultural, es algo que pasa aquí en Torrevieja, porque, se hacen grupos muy cerrados y siempre van con un sentimiento de superioridad, alemanes, en Alemania, es perfectísimo, abierto y bien, pero cuando viene a España, ¡lo ocupan todo! Tienen sentimiento de invasores cuando van a otro país.

E8-P8

En fin, al parecer en el proceso de aculturación interviene un factor tan importante como el desconocimiento de la lengua de la cultura huésped: la nacionalidad.

##E

oye, ¿qué os parece, con tantas nacionalidades aquí conviviendo, cada una, con una cultura propia, y unas identidades propias, ahora, que esto cada vez es más multicultural, nos vamos integrando todos, o cada vez nos separamos más?, aunque cada uno vive en su "guetto", de cara a los problemas, porque los problemas nos afectan a todos, ¿hay una integración o está esa barrera que vosotros notáis, y no hay manera?

##12

¡la gran muralla! no, no, no, el problema no se encuentra entre los españoles y los ingleses, en mi opinión, cada grupo tiene esta muralla, por eso, yo por ejemplo, yo no tengo muchos amigos alemanes, porque los alemanes normalmente prefieren concentrarse,..

##11

¡y tú hablas alemán!

##12

pero él, él por ejemplo, tiene muchos, muchos amigos belgas, y los belgas, también, es un grupo muy concentrado.

##13

si, es lo mismo, cada nacionalidad quedan juntos, ¿no?

##11

si

E7-P11,P12,P13

El asociacionismo que se da entre las diferentes nacionalidades, puede llegar hasta el extremo de utilizar el “hobby” como herramienta asociacionista, y esto, en opinión del entrevistado, no favorece para nada la integración en la cultura huésped.

##11

si, es que los ingleses están más divididos, los escandinavos se juntan porque son escandinavos, los alemanes se juntan porque son alemanes, pero los británicos, se juntan, según su propio hobby, si quieren hacer, pintar, bailar, o eso, hay una asociación. Entonces, puedes ir a un lugar distinto cada día, a un club o asociación que tiene un hobby distinto, en tu propio idioma, en inglés, nunca hace falta juntarse con un español, en la vida, yo, no lo se, he visto este problema hacerlo más gordo a través de los años y, ¡no lo se!, mi intención que quería hacer, integrar a esa gente, conocer el país, por lo menos entender algo de la cultura del pueblo donde han elegido vivir, pero es casi imposible, y también, hay tantos de ellos llegando cada semana, y cada vez más y más y más, ¡esto es incontrolable!

E7-P11

Los horarios en España es algo que suele llamar la atención de los residentes extranjeros cuando llegan aquí, es algo que les cuesta al principio, pues supone cambiar sus costumbres, pero es algo que tiene que ver con el clima, con los días largos, en fin, con el estilo de vida mediterráneo.

##7

eso es inevitable, la educación que has recibido de pequeña no la puedes olvidar, seguimos funcionando.

##E

pero ha incorporado algunas cosas..

##7

si, por supuesto.

##E

¿cómo cuales?

##7

Las horas de funcionamiento durante el día. En Holanda, pues empiezas muy temprano, y sigues, todo tu horario es de ocho y media de la mañana hasta las seis de la

tarde, con una pequeña pausa, y aquí, los días son más largos porque tienes una pausa grande, a nosotros nos costó muchísimo adaptarnos a parar de trabajar a las dos de la tarde y volver a las cinco, y hacer esos días largos, porque de cinco a nueve, y recién poder comer a las diez de la noche es impensable en Holanda, tú comes a las seis de la tarde y se acabó el día, y eso tiene que ver mucho con el clima, pues en Holanda a las cuatro y media o cinco de la tarde, pues es de noche, entonces el clima determina mucho las costumbres de la población, y el horario lo hemos tenido que incorporar obligatoriamente porque el pub está cerrado a mediodía, sobretodo en los pueblos.

E6-P7

##8

Lo mas importante es que tengas una vida regular, bueno, vale, ahora no me gusta el siesta, por el julio, agosto, si, pero no me gusta, porque Noruega tiene un paquete de sandwiches para trabajo, tiene media hora, y nada más, y eso me gusta más, pero vale, vive en España y he de cambiar un poco, y si, me gusta vida en España, todo, el comer tapas y cosas.

E8-P8

Pero en general no todos los residentes extranjeros participan de las costumbres españolas, son muy pocos los que realmente conocen las costumbres españolas, sí la paella y la sangría, pero poco más.

##11

y como he dicho yo desde un principio, yo he sido afortunado en mi integración y creo que he sido muy afortunado, he tenido mucha suerte y, pero la mayoría de los extranjeros ni saben que es, cuando tu dices tapear, ni entienden el costumbre de ir a visitar bares, como hacen en el norte, por ejemplo, en el País Vasco,..paella y sangría, si, pero...

E7-P11

La informalidad es otra de las cosas que llama la atención de los residentes extranjeros, es algo a lo que no están acostumbrados.

##7

Mira, Holanda es una población muy formal, todo se tiene que hacer con una agenda, todo se tiene que hacer muy medido, hasta hacer una visita es planificado, entonces aquí la improvisación es más moneda de cada día ¿no? Y eso te cuesta.

E6-P7

La impuntualidad, la manera de conducir, el exceso de rotondas, el ruido, en fin, como muy bien refleja esta opinión, esa manera de vivir tan ecléctica que tenemos los españoles también llama mucho la atención de los residentes extranjeros, que prefieren frecuentar los lugares donde generalmente hay más extranjeros.

##8

Lo peor, nunca llegan a las citas, siempre tarde, mañana, mañana y siempre, siempre, si quedas a las nueve y media o diez, siempre, siempre un cuarto de hora, ¡siempre!, y también, conducen como maníacos, muchos roundabouts,...

##E

¿qué es lo que mas te llamó la atención de España?

##8

Dos cosas, el tranquilidad y el caos, porque el español está muy relajado y también es muy ruidoso en todas partes, grita mucho.

##E

¿Y eso te gustó, o al principio te asustaba?

##8

No, me gustó, pero es como,..es como, ¡vale!, voy a un bar típico español, dos televisiones, diferentes canales, sonido estéreo, todo el mundo, ¡ba,ba ba,ba,ba!,.. normalmente voy a bares de extranjeros porque la gente con que salgo van allí.

##E

¿Te gustan más que los bares con españoles porque son menos ruidosos?

##8

No.

##E

¿Te sientes mejor allí, con gente extranjera?

##8

Si, es la gente con la que salgo.

E8-P8

Para algunos entrevistados la pérdida de la vida cultural que gozaban en su país es algo que echan mucho de menos aquí en España, pero se han organizado para tener aquí sus propias actividades culturales.

##7

Bueno, es que, desventaja en sí, la parte de cambiar de una gran ciudad del norte de Europa, como es Ámsterdam, con una vida cultural y una vida social, intelectual, muy amplia, a un pueblo, como es Javea ¿no?, pero, hay que medir sus proporciones, no son puntos de comparación.

E6-P7

##E

¿En qué aspectos cree usted que el haber emigrado a España ha supuesto una desventaja?

##1

Explíqueme la pregunta ¿qué es una desventaja?

##E

Podría ser lo que echa de menos aquí en España, que cree que le falta.

##1

No entiendo esto

##E

Sí, aquí tiene usted de todo, pero hay algún aspecto, que sea más malo, que lo eche a faltar, que lo tenga usted en su país y que por eso le ha supuesto una desventaja con respecto a haberse quedado aquí.

##1

La vida cultural. Porque para mí, personalmente, no hay tiempo, pero si puedo pasar a Londres para ballet, pero la música, especialmente la música. La cultura. Eso es porque organizamos actos en este salón, (la entrevista se hizo en un salón de un hotel en Javea) con gente que traemos bastante famosas, aquí, en Javea, pero siempre fuera del

Ayuntamiento, porque el alcalde y los concejales, es Ana Vasbinder concejala de cultura, ella tiene otra casa aquí, ella viene con nosotros, a nuestros actos, pero no he visto otro concejal que venga aquí, ni para recitales, ni para cabarets, ni para shows, ni para nada. Eso es una ventana para la propia vida, si ellos son los que dirigen el dinero, y no les importa la cultura, ¿qué oportunidades hay para nosotros? De verdad, extranjero, aunque muchos traen el dinero porque compran las casas aquí, traen su vida y ellos buscan cultura y hay poca disposición en el Ayuntamiento. En el Ayuntamiento, su idea de cultura es cuatro veces a la semana de títeres para los niños. ¡Otras cosas también hacen falta!

E1-P1

Los problemas ecológicos son importantes para los españoles, y también para los residentes extranjeros que no entienden algunas “costumbres” nuestras.

##5

Aquí una vez en el año hay un fuego pum, pum, pum, y muchos pájaros viven en los agujeros, al día siguiente todos muertos, todos, si, si, si, mira, ahora hay muchos pájaros y cuando la fiesta y pum, pum, pum, ¡todos muertos! No bien, no me gusta, y toros, no, puaff.

E4-P5

##5

No entiendes el idioma, la basura, hay una, dos, tres, cuatro, cinco diferentes basuras, cristal separado, verde separado, cartón separado,..cuando en la noche camión viene, todo en lo mismo. Yo escribo al alcalde, ¡estupid!, ¡si! papel, plástico, ¡todo en la misma camión! ¿por qué separar? a las tres de la mañana no hay nadie en la calle y lo ponen todo junto, solo viene un camión a recoger la basura y por la mañana están todos los contenedores vacíos (risas) ¡no normal!

E4-P5

Los problemas de tráfico en algunas zonas también son tenidos en cuenta por los residentes extranjeros.

##3

Es muy difícil vivir aquí, porque estamos mucho tiempo en la carretera cuando intentamos desplazarnos, y necesitamos mucho tiempo para llegar a casa, lo que a veces se tarda diez minutos, normalmente puede ser más de hora y media, además, cuando llegas no puedes aparcar. La gente evita los desplazamientos debido a estos problemas, y si muchas veces que quieres desplazarte, no puedes, ¿qué estás haciendo aquí?

E3-P3

##10

Hay demasiados coches.

E9-P10

1.12 Sistema sanitario. Problemas de salud.

Los problemas de salud de los mayores son importantes, pero si además son extranjeros éstos se amplifican al carecer de apoyos familiares que no están compensados por un sistema adecuado de ayuda a domicilio.

##7

Por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio, que aquí es muy precario, en Holanda es,..

##E

¿De ayuda en cuanto a hospitalización a domicilio?

##7

No, de ayuda en cuanto a los post operatorios, o sea, de los tiempos que está en el hospital, después de salir del hospital, para los extranjeros es muy difícil, no hay familia que los cuide, y eso es un gran problema, eh, la población española pues siempre tiene los hijos, la familia, esto es muy familiar, pero los extranjeros que suelen vivir, los cuidados postoperatorios no los tienen.

E6-P7

Algunos residentes extranjeros con problemas de salud en España siguen consultando al médico en su país.

##E

¿Y cuando usted va al médico, normalmente, ¿dónde tienen lugar estas consultas?

##3

Muy lejos. Yo viajo a Inglaterra para mis revisiones y los medicamentos me los mandan desde allí. Todavía no he visto un doctor aquí en España, puede ser porque aún no he conseguido la residencia aquí.

E3-P3

Otros, sin embargo están muy contentos con el sistema sanitario que hay en España, les parece muy bueno, y además, barato.

##5

Es diferente, creo aquí, el sistema español es mejor, más barato para gente, en Suiza la gente piensa que el seguro lo paga todo, y las farmacias gana mucho dinero, no normal, todo el año sube sube sube y sube, aquí es mejor, aquí pagamos medio precio para seguro que en Suiza y el servicio en el Centro de Salud es no media, ¡es lo mismo que en Suiza! No peor que en Suiza. Dentista, en Vergel, barato, puff, mucho barato, y rápido, y moderno, ¡es muy moderno!, no es necesario voy a Suiza para médico, no.

E4-P5

En general se sienten bien, y algunos de ellos que han tenido algunas experiencias cercanas con familiares, están muy contentos, se sienten bien atendidos y creen que sus hospitales de referencia son muy buenos. Piensan que el sistema de Seguridad Social es suficiente para cubrir sus necesidades.

##E

¿Cree usted, que comparando con otras personas de su edad, su salud es buena?

##1

Si, no he visto el doctor para 30 años, y también para mi mujer, tenemos una suerte en esto.

##E

¿Tiene algún tipo de seguro médico?

##1

Seguridad Social.

##E

¿Suele hacer algún tipo de ejercicio físico con regularidad?

##E

No, mi ejercicio es ver las paredes en los bares.

##E

¿Suele fumar o beber?

##1

Si, mucho. Mi sangre está hecha de gin, y tengo problemas con tabaco.

##E

¿Considera que el sistema sanitario español es bueno?

##1

Si, porque he pasado mucho tiempo en hospitales de Denia, ayudando a mujeres, hombres que necesitaban estar allí, y mi primera experiencia fue con mi mujer, que murió en el hospital de aquí, con mi madre y mi padre que tiene 83 años, que ha cambiado sus caderas, y operaciones con sus ojos, y posiblemente aquí en la Marina Alta, hay un grupo de especialistas muy buenos a escala mundial.

E1-P1

##E

Cuándo vas al médico, ¿qué opinas del sistema sanitario aquí en España?

##8

Mejor.

##E

¿En qué cosas?



##8

En todo.

##E

¿En todo?

##8

Eh,..gratis y más rápido y muy bien. En Noruega medicina no es barato.

##E

¿Tienes algún tipo de seguro médico?

##8

Seguridad Social. Es suficiente.

E8-P8

El tabaco es hoy uno de los mayores problemas de salud pública, pues no solo afecta al fumador, sino también al resto de la sociedad. Tal vez aquí en España se debiera tomar más en serio este problema, pues al parecer, la gente con este problema fuma cuando le place sin tener en cuenta que su actuación también puede afectar a la salud de los demás.

##E

¿Suele usted fumar o beber ahora en la actualidad?

##8

Si, y más que nunca. Beber menos que en Noruega, pero fumar más.

##E

¿Fumas porque te sientes estresado en tu trabajo?

##8

No, es porque es barato

##E

¿barato? ¿Crees que si fuera más caro tú fumarías menos?

##E

Si. Noruega es difícil, porque no es legal fumar nada, pero aquí todo el mundo fuma, en el banco,...

##E

Y eso no crees tu que es un problema, que estás en el banco y el de al lado te está echando todo el humo?

##8

¡Claro, es un problema para la salud!

##E

¿Crees que se debería prohibir fumar en esos lugares?

##8

Si, en Noruega, de aquí a un mes va a estar prohibido fumar en cualquier sitio, incluso en los bares.

##E

¿Tu crees que en España se llegará a eso?

##8

Si, se va a prohibir en toda Europa, al final si. Es probable que es el problema más caro en el mundo, el tabaco, y nunca he visto, en cada parte del mundo, en todos los sitios, más gente con aparatos para respirar por el cuello (se refiere a traqueotomizados) como en España.

##E

Si ¿te fijas mucho en eso?

##8

Si, yo fumo muchísimo.

E8-P8

1.13 Interés por la política española

La barrera de la lengua es muy importante, su falta de dominio hace que no se pueda tener acceso a algunas noticias importantes, por ello, y pese a una voluntad firme para poder lograr una integración plena en la nueva cultura, muchas veces resulta difícil seguir los avatares políticos de la cultura huésped. Al parecer, y sobretodo para la gente mayor, cuesta mucho adaptarse plenamente al nuevo medio.

##3

Yo no la entiendo mucho, pero David está aprendiendo Español y me está enseñando a hablar español y como yo no entiendo bien la lengua española, no leo los periódicos y no me entero muy bien de la política española. En Inglaterra yo sí estaba interesada en la política, y si yo supiera español yo estaría también interesada en la política española. Estoy interesada en aprender de la cultura de España, de la política en España, y procuro bailar sevillanas con gente española, pero en esta zona solo se habla inglés, ¡yo quiero integrarme!

E3-P3

En general, los residentes extranjeros en España suelen estar interesados en la vida política española sobretodo a nivel local, y algunos de ellos están afiliados a algunos partidos políticos y participan activamente en algunas actividades de los Ayuntamientos, también los hay, muy pocos, que ejercen como concejales (P6), y en general suelen estar muy bien informados de lo que ocurre en el ámbito local del pueblo o ciudad donde viven. Para ellos es importante esta participación, porque se sienten muy vinculados al lugar donde han establecido su nueva residencia y quieren ser tenidos en cuenta.

##E

¿Es importante para usted poder votar aquí en España?

##6

Si, si. Para las elecciones locales, si. Yo no se nada más acerca de la política del resto de España.

E5-P6

##7

Soy miembro del partido popular, y he sido elegida a nivel local para el partido popular. No puedo votar a nivel nacional, sin embargo estoy muy interesada también en la política nacional.

E6-P7

##5

Con el alcalde, hablo con el alcalde, en Els Poblets y yo he escrito muchos papeles para el Ayuntamiento, para hacer cosas.

E4-P5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

##E

¿suele ir a votar usted. normalmente?

##1

Si, siempre, pero depende como va, soy ayudante para las entrevistas, pero las entrevistas son demasiado a la izquierda para mí, de el partido SDB, socialistas de mi barrio, he pasado tres años, preparando los documentos de formulación para éstos.

##E

¿Piensa usted, que tiene importancia, el hecho de que pueda vd, votar aquí en España?

##1

Para mí es muy importante, he hecho un esquema para la campaña para seis años, y hemos duplicado el padrón para Javea y hay 40.000 pero seguro que hay 10.000 invisibles.

E1-P1

##E

¿Está registrado como residente en Torrevieja?

##8

Si

##E

¿Está interesado en la vida política aquí en España?

##8

Si, si, soy miembro del partido popular.

##E

¿Vota en las elecciones locales?

##8

Hasta ahora no, pero ahora si.

##E

¿Cómo se informa usted?

##8

Todos los días veo el telediario y el televisor, leo el periódico, y también hablar mucho con otra gente que son extranjeros, pero son un grupo de extranjeros que están interesados en lo que pasa aquí en Torrevieja, es política local, para mi la política nacional no interesa mucho.

E8-P8

Los sistemas democráticos locales son diferentes según los países, en algunos de ellos como Suiza, la decisión última reside en la gente del pueblo, que es quien decide que hacer con el dinero que pagan a los Ayuntamientos, no los alcaldes.

##5

Los Ayuntamientos no tienen mucha competencia aquí, en Suiza, un pueblo, mucho mucho poder, sí, mucho, mucho, los impuestos, se invierte mucho más. La democracia española es solo treinta años, en Suiza, en el pueblo que yo viví, toda gente vota no solo para personas, cuando una calle es nueva, la gente decide con su dinero, no un alcalde, allí eso no es posible. En Suiza, las cuentas del Ayuntamiento tienen que ser aprobadas por los habitantes de la población.

E4-P5.

Los residentes extranjeros con algún conocimiento de la lengua española suelen leer la prensa local española, algunos, incluso han escrito algunos artículos que se han publicado, pero a veces no pueden entenderlo todo.

##E

¿Suele leer usted algún periódico?

##1

Sí, el local, Canfali, he escrito varias cosas para "El País" porque, no puedo escribir muy bien en español, pero tengo el software bastante bueno, y los editores cambian varias palabras y lo arreglan.

##E

¿Suele leer más prensa internacional que nacional?

##1

Si, especialmente, lo que se refiere al mundo, por eso pasamos mucho tiempo en internet, tenemos ADSL so, estamos en contacto con el mundo. Tengo un hermano que vive en Sudáfrica, y suelo leer lo que pasa allí.

E1-P1

##5

Un periódico de Suiza para finanzas, un periódico cada semana, es muy interesante para mí, y también Costablanca, y a veces Marina Alta, pero no entiendes todo, porque no puedes hablar ni entiendes español pasado y futuro.

E4-P5

1.14 Problemas con las leyes españolas y las infraestructuras

Algunos de ellos aún van más allá, y se sienten tan identificados con los problemas que hay en España y que les atañen directamente que luchan y se organizan para defender esos problemas. Vale la pena detenerse en este análisis en la entrevista nº 9, que se refiere a un propietario y su mujer, que viendo amenazados sus intereses, logran incluso presentar una petición al Parlamento Europeo que ha enviado una Comisión de Investigación. Han escrito cartas al gobierno y notas a los cónsules, entre otras actividades. Han organizado una campaña de manifestaciones en Valencia en defensa de este problema y están intentando formar un grupo multinacional. Cada vez les llaman más y más gente que sufren el problema. Como la entrevista, cuando se refiere a este problema (es el problema de la LRAU) se hace muy larga, no se muestra aquí en su integridad, pero si queda reflejada claramente la opinión, la lucha y la preocupación de nuestros entrevistados por el problema.

##9

Hemos empezado a trabajar en este papel hace dos años y pico cuando hemos detectado gente aquí tomando medidas en nuestro terreno, aquí mismo,..¿qué hacen aquí? estamos trabajando por el alcalde, el Ayuntamiento tomando medidas, les dije,

mire, esto es una mentira, voy a llamar al alcalde, y fue exactamente una mentira, y luego, hemos empezado a estudiar la ley y fue un choque grande, porque esta ley nos damos cuenta que los propietarios, normalmente la ley protege a los propietarios, pero aquí con esta ley, hay otras leyes aquí en España ahora, pero es que, nos han dado un poco de miedo, y empecé a estudiar más y a hablar con abogados, fui, un propietario solo no tiene suficiente fuerza para hacer nada, por eso empecé a organizarme, a sacar papeles para organizarnos como una asociación, en Agosto-Septiembre del 2002, teníamos alguna visita del embajador entonces de Gran Bretaña aquí, hemos organizado una reunión con él, y hemos traído más de quinientas personas, y este año también salió mucho en la prensa y, después he recibido firmas de todas las regiones de la Comunidad Valenciana, mire, tengo este problema con la ley, este y este problema, me van a quitar el terreno, me van a quitar dinero, etcétera, etcétera, etcétera, ah, hemos empezado con este, con veinte personas y, ahora tenemos, con afiliados, quizás veinte mil personas, gran parte aquí, en la Comunidad Valenciana, y también estamos recibiendo llamadas de todos los lugares de España, de Andalucía, de las Islas Canarias, donde más, Castilla La Mancha y Cataluña ahora, es esta ley, una autorización para un robo, efectivamente, esto es peculiar de la construcción española, porque dice, cualquier cosa que, por decir, que es de "interés social", el estado, el derecho fundamental, es decir, normalmente en Europa, los países bajo nuestro sistema, digamos, es al revés, el derecho a la propiedad es un derecho fundamental, aquí en España es un derecho secundario y, único en Europa, unos chinos tienen mejor protección que nosotros en este sentido, pero, solamente en el artículo treinta y tres de la ley de la Constitución hay una protección a la propiedad privada, pero hay otras excepciones, donde dice que cualquier propiedad puede ser expropiada por razones de interés social, y no tiene criterio, es, ¡un robo!, pero ¡si por decir!, el alcalde de Benissa necesita sitio para aparcar su coche y su casa está en este sitio, pues mala suerte, porque su casa se puede aplicar esta ley, y aún peor, no hay reglas para la expropiación, es decir, hay que ceder gratuitamente, en el proceso de expropiación, porque, ¡esto no debería ser así!, no tienen derecho de decir que porque, es desdignificar un acto voluntario, la palabra "ceder", pero esto no es una cesión voluntaria, es forzosa, y por eso estamos, luchando contra la ley y estamos, hemos presentado una petición al Parlamento Europeo, y el Parlamento va a enviar una Comisión de Investigación sobre este tema, pero también tenemos, un montón de borradores de la nueva ley...

...estamos pasando mucho tiempo, hemos organizado también una campaña de manifestaciones, vamos a tener una manifestación en Valencia otra vez, quince de Mayo,

el año pasado en Abril los periódicos dicen que hemos tenido más de doce mil personas en las calles de Valencia, pero imagino que fueron sobre las cinco mil, pero si la policía dice doce mil, ganan más, pero es, puede ser interesante otra vez, pero de todas formas, estamos pasando mucho tiempo con esto, estamos ganando poco a poco porque, van a cambiar la ley, van a introducir más controles sobre esto y también a través del Parlamento Europeo, y también a través de la Comisión de Europa, se va a tener más presión sobre el gobierno de España.

...he escrito cartas al gobierno, y mandé una nota a los cónsules aquí para pedir su ayuda con el nuevo gobierno en Madrid, sería necesario, imprescindible, escribir otras cartas, diciendo que hay muchos ciudadanos y propietarios con miedo a esta situación, y esto no es bueno para ellos, tampoco para España, para la reputación de la Comunidad.

...vamos a ver, vamos a ver,..el problema con este gobierno es que no tiene una mayoría absoluta, y por eso, siempre, puede ser un poco flojo y el señor Zapatero tiene que hacer negocios con partidos pequeños, de Cataluña, de los países vascos, no se que compromisos tiene que hacer, es imposible decir si este gobierno puede hacer una cosa mejor para nosotros o por el contrario, primeramente no ha tomado poder todavía, en un mes, dos meses podemos decir algo, pero si que vamos a escribir cartas a los ministros....

...un cambio de mentalidad es otra cosa, pero para llegar donde queremos, porque tienen que cambiar la ley este año y, estamos en ello, pero me parece que, si fuera un juego de fútbol, eh, estamos mas o menos, tenemos dos goles ya, pero tenemos la mitad del juego a jugar, es decir, estamos en medio tiempo de juego, tenemos otra hora para jugar, hemos ganado bastante, pero tenemos mucho más que ganar...cada vez hay más españoles que nos llaman, en el principio no habían, pero ahora hay más...

E9-P9

Es evidente que cada vez en su lucha se sienten más apoyados y piensan seguir luchando por los intereses de los ciudadanos con problemas, por lo que están pensando en formar un movimiento de carácter multinacional.

##9

...van a formar un grupo multinacional, multipartido, sino, no valdrá la pena, si solo es una cosa política no hay nada que hacer...

E9-P9

##10

Los derechos humanos de los ciudadanos, estamos pensando, tenemos que buscar un buen nombre, pero no va a ser un partido, porque no queremos aliarnos con cualquier partido, solamente, quiere ser un movimiento.

Universitat d'Alacant E9-P10
Universidad de Alicante

No son los únicos residentes extranjeros que luchan por los problemas de aquí, aunque saben que aquí son extranjeros, algunos de ellos se esfuerzan para que la gente extranjera se integre poco a poco a la vida española, les informan y hasta incluso denuncian aquellas situaciones que les parecen injustas. Se sienten parte de este país, e intentan mejorar todo aquello que les parece injusto, denunciando a la Administración si lo creen conveniente.

##E

¿Qué piensa usted que comparte con los españoles y qué comparte con los ingleses?

##1

Vivo aquí, soy ex patriótico estoy aquí, hablando con gente que habla español. No me gusta el fútbol, no me gusta la televisión, mis amigos aquí, son normalmente profesionales, están trabajando en, y con la sociedad civil están siempre, están explicando como funciona la vida aquí, con hacienda, con el mundo cuando hay problemas como por ejemplo la LRAU, hemos hecho con el ex embajador canadiense, vive aquí, él ha hecho la denuncia contra España. Yo he hecho la denuncia contra Valencia sobre la situación del agua, Valencia ha dicho: no hay un problema de agua potable, pero yo he traído testigos, y así se ha podido ver que es un problema el agua potable. Ahora tenemos una planta desaladora. Por mi parte hemos mirado para el fin de turismo aquí, muchos extranjeros tienen casa aquí, hemos vivido aquí desde hace cinco años sin agua potable, teníamos agua, pero no potable. Ahora tenemos agua de la mejor, ¡la mejor!. Tenemos una desaladora, 35000 m³. En el subsuelo hay un lago, con agua salada, pero poco salada.

E1-P1

Tal vez en lo que se refiere al tema de las infraestructuras hemos mejorado mucho y ahora estamos a niveles europeos, pero aún queda mucho por hacer, en opinión de los entrevistados, en cuanto a mejora de la red educativa y sanitaria.

##9

Hace veinte años España no tenía mucha infraestructura pero ahora es notable que ha mejorado bastante.

##10

le falta agua, pero han puesto la tubería y por eso que en este sitio hay infraestructura, y el suministro de electricidad ahora es bastante mejor que antes, a mi me parece que esto es al mismo nivel de Europa.

E9-P9, P10

##9

Hay lugares que no tienen suficiente infraestructura y han hecho una imposición sobre los propietarios, es real, en Náquera, todos los propietarios tenían suficiente para su vida, pero, entró un promotor, fue necesario introducir nuevas infraestructuras, pero solo para las nuevas casas, los propietarios que ya habían tenían suficiente, como nosotros, tenían que desarrollar este sector y pedían mucho dinero para infraestructura, pero, ya tenemos todo, hemos pagado por este camino, tenemos la electricidad, no necesitamos más, pero esto no debe ser un problema, no queremos pagar otra vez, pero normalmente, a mi me parece que España tiene un nivel de infraestructura, etcétera, suficiente.

E9-P9

##9

lo cual quiere decir también hospitales, y faltan servicios, porque se puede leer cada día que a los hospitales no pueden acudir todas las personas porque están los enfermos esperando operaciones, es un desastre, y en las escuelas hay barracones, en Alfàz del Pí hay un colegio entero de barracones, es un desastre, falta mucho, más gente, mas profesores y hospitales

E9-P10

2. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

La franja mediterránea española es uno de los lugares preferidos por los extranjeros para veranear y vivir. Mientras no hace muchos años la mayoría de los extranjeros residentes en España eran jubilados, ahora son cada vez más jóvenes. Los problemas derivados de este cambio en cuanto a la tipología del residente extranjero que llega a nuestro país, y de que su número esté aumentando, hay que tenerlo en cuenta, pues la mayoría tienen niños en edad escolar.

En general, los lazos familiares y las amistades de siempre quedan lejos, y las nuevas no acaban de reemplazar lo que se ha dejado, influye en que la persona tarda a encontrar, si es que lo encuentra, su sitio dentro del país que ha elegido para vivir. Su hábitat ha cambiado, más gente, más ruido, más tráfico, más burocracia, etc,.. Los problemas para la integración a la vida española son importantes y en muchos casos hacen que se acentúen los problemas de soledad al haber disminuido el soporte social del que llega. Por otro lado, la mayoría de los extranjeros que llegan a España lo hacen sin apenas preparación, sin estar informados de las cosas básicas y en general desconocen las leyes y la cultura españolas. En este contexto, aunque la mayoría de los que llegan se sienten apoyados por otros ciudadanos europeos que hablan su misma lengua, en general, se sienten muy solos, extrañados ante una sociedad que no les entiende y que les obliga a una burocracia que no entienden. Así, los problemas a los que se enfrentan en la nueva sociedad, no muy distintos de los que ya sufrían en su país, como es el problema de la inseguridad ciudadana, hace que se sientan más unidos aún.

El asociacionismo que se da en las diferentes nacionalidades no favorece, al parecer, la integración del individuo que llega, pero éste siente que forma parte de un mundo en el que tiene amigos que le comprenden y le ayudan. Se siente querido por un grupo de extraños que ahora son sus amigos y eso le reconforta, y hace que se sienta seguro. No entiende la cultura del país en el que vive, los horarios, la informalidad, el ruido de las ciudades, y ese lenguaje tan raro que hablan aún menos, y peor, probablemente no va a hacer ningún esfuerzo para aprender y así poder entender la cultura del país que ha elegido para vivir.

El choque cultural en las sociedades europeas conlleva todo esto, los residentes extranjeros que llegan a España por vez primera suelen identificarse con un grupo de

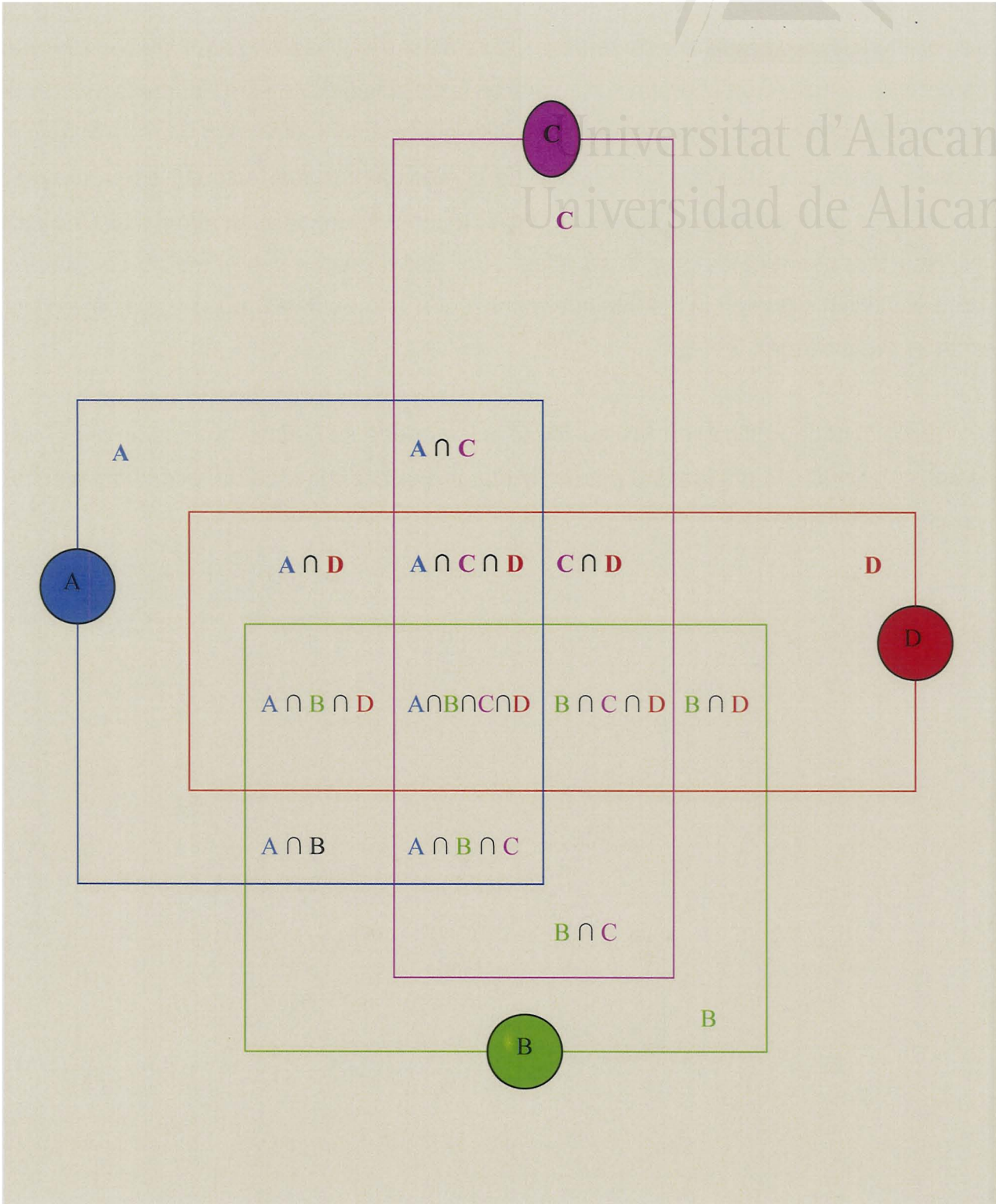
referencia, que generalmente habla su misma lengua, más aún, suelen identificarse porque generalmente sus miembros comparten unos valores y unas creencias comunes. La existencia de asociaciones refuerza aún más estos lazos y con frecuencia suele reforzar la conciencia del grupo. Una característica añadida de esto es que las diferentes nacionalidades suelen vivir en espacios diferentes, interaccionando en ese espacio y creando cada una de ellas, un proyecto de comunidad urbana, esto es, su propio grupo social⁴⁰. En el análisis de la conducta social, algunas formas de marginalidad se pueden explicar en base a estos grupos sociales, pues estos grupos son el marco de referencia para el individuo que en la medida que rechaza los valores de su grupo social, éste puede a su vez rechazarle a él.

El choque cultural en las sociedades europeas se refiere al choque entre estos grupos sociales. Un gráfico que puede ayudar a explicar como se da este choque cultural puede ser el siguiente:

⁴⁰ Para referirnos, como es el caso, a aquellas agrupaciones que surgen en el seno de una sociedad global.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Alaminos, A. Santacreu, O. Albert, C. *Los procesos de aculturación y socialización de extranjeros en Alicante*. European Observatory of Social Trends (obets) Universidad de Alicante. (2002, pp.41)

Los núcleos A, B, C y D están enmarcados dentro de la sociedad global. Cada uno de ellos representa una nacionalidad diferente y cada nacionalidad vive en un lugar diferente al resto. Las intersecciones que vemos son las posibles interacciones que se dan con los miembros que han elegido la estrategia de despliegue como actitud o modo de aculturación (el resto del grupo social sigue en sus núcleos sin interactuar con el resto de la sociedad, solo lo hacen esporádicamente). El centro es el lugar donde todo el mundo interactúa, pues los miembros que hayan elegido la estrategia de repliegue como modo de aculturación, necesitan acudir alguna vez a éste, sobretodo en lo concerniente a la gestión burocrática y al uso de los servicios sanitarios (algunos de ellos también suelen ir a los mercadillos, pues se defienden con un lenguaje muy básico). En general, cada núcleo está cubierto en sus necesidades básicas, con instalaciones como centros comerciales, etc...

En la siguiente tabla vemos mejor los problemas más importantes a los que se enfrentan los residentes extranjeros en nuestro país. Por un lado, los problemas comunes como son la incompetencia lingüística y cultural, la nacionalidad, la burocracia, la disminución del soporte social o los problemas económicos y por otro lado los problemas añadidos de la gente mayor como pueden ser la falta de infraestructuras geriátricas en nuestro país, la soledad, el empeoramiento de la salud muy ligado a la edad o la falta de un soporte sanitario de ayuda a domicilio.

| EL CHOQUE CULTURAL EN LAS SOCIEDADES EUROPEAS | | |
|--|--|--|
| Problemas de los residentes extranjeros | Fase de crisis: elección de la estrategia de aculturación | Consecuencias de la fase de crisis |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incompetencia lingüística • Incompetencia cultural • Nacionalidad • Gestión burocrática • Problemas económicos • Disminución del soporte social • Nuevas normas y valores • Nuevas amistades • Ausencia de vínculos familiares • Dificultad para encontrar un trabajo adecuado • Soledad • Edad avanzada • Falta de infraestructuras geriátricas • Falta de soporte de ayuda domiciliaria • Empeoramiento de la salud • Otros problemas | <p>Despliegue: El objetivo es la adaptación y la participación en las actividades sociales de la cultura huésped. El contacto con la cultura huésped es alto.</p> | <p>Afrontamiento (alto nivel de estrés de aculturación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residir con gente de la cultura huésped • Relaciones sociales frecuentes con personas que pertenecen a la cultura huésped. • Participación en fiestas de la cultura huésped • Alto interés de aprendizaje de la lengua de la cultura huésped |
| | <p>Repliegue: el objetivo es volver a la seguridad del hogar, del lugar donde se vive. El contacto con la cultura huésped es mínimo.</p> | <p>Huida o evitación (bajo nivel de estrés de aculturación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reproducción de las pautas culturales propias • Asociacionismo horizontal (con gente de su propia nacionalidad o que hable la misma lengua) |

Fuente: elaboración propia.

Los extranjeros que contactan por primera vez con una cultura diferente a la suya pueden encontrarse con alguno de estos problemas. Algunos autores han investigado el problema del choque cultural, una de las principales aportaciones es la de Lysgaard (1955), que aportó la idea de que los extranjeros se integran en la cultura huésped a través de tres fases muy importantes que siguen una curva en forma de U. Según este autor, la fase inicial es una fase en la que la persona que acaba de llegar a la nueva sociedad siente un gran optimismo, esta fase es reemplazada por un periodo de frustración, depresión y confusión y finalmente este periodo de crisis acaba con un aumento de la confianza del extranjero hacia la nueva sociedad, que hace que tenga más amigos y se integre en la cultura huésped.

En nuestro análisis, tal como refleja el gráfico (pp 164) puede ser que este periodo contemplado por Lysgaard y otros autores como un periodo de recuperación o adaptación a la nueva cultura, en muchos casos no se da. La curva U podría no darse en su fase

ascendente, esto es, el extranjero que toma contacto con la nueva cultura, en general, llega con ilusión, con optimismo, con ganas de integrarse, pero cuando acontece el periodo de crisis, sus sentimientos se confunden y se da cuenta que se agobia, y ese agobio puede hacer que se repliegue en la sociedad que ya conoce, que habla su misma lengua, que tiene sus mismas costumbres y donde, en principio, sus necesidades básicas estarían cubiertas, deja de sentir la necesidad de integrarse en la cultura huésped, a la que siente como extraña y lejana, y pierde la ilusión que en un principio tenía. La seguridad de su urbanización, sin apenas agobios, le reconforta.

El extranjero que elija esta opción, ha elegido tal vez una estrategia en la que no se da la fase ascendente de la curva U de Lysgaard, y si esta fase ascendente no se da, la estrategia que ha elegido tendrá probablemente una forma parecida a una L, pues tan solo va a contactar con la cultura huésped cuando le sea absolutamente necesario (burocracia, ir al médico, etc,...). En general, cuando requieren de los servicios sanitarios, suelen ir acompañados por otra gente que habla bien la lengua de la cultura huésped con lo que los niveles de estrés de aculturación serán también bajos, pero es cuando ingresan, cuando se enfrentan solos a un sistema que para ellos sigue siendo desconocido, provocando que los niveles de estrés de aculturación se disparen, pues están solos y no pueden comunicarse con la sociedad en la que están inmersos. Con frecuencia esto ocurre cuando son mayores, con problemas importantes de salud, siendo entonces cuando muchas veces se plantean el regreso a su país, donde aún les quedan algunos lazos familiares.

Pero la gente joven también sufre un proceso parecido, muchos de ellos al cabo de un tiempo aún no han aprendido la lengua de la cultura huésped, por lo que suelen trabajar generalmente de forma ilegal para su grupo social, o en empresas de servicios también para ellos. En general no necesitan hablar castellano para ello, pero pasado un tiempo, muchos de ellos no se sienten integrados en la nueva sociedad, económicamente suelen tener problemas, y se sienten fracasados, por lo que el regreso a su país es una de las pocas opciones que les queda.

Aquellos que deciden integrarse en la cultura huésped, que quieren aprender su lengua y sus costumbres, probablemente tengan más posibilidades para permanecer en la nueva sociedad; al inicio de este proceso de aprendizaje sus niveles de estrés de aculturación son elevados, pero poco a poco van aceptando las normas y los valores de la

cultura huésped, la densidad de las relaciones sociales con la cultura huésped son cada vez mayores, sintiéndose parte de ella con lo que sus niveles de estrés de aculturación van disminuyendo durante este proceso. Cuanto más aceptados se sienten en la cultura huésped, se sienten más relajados y son más felices, han adquirido una mayor competencia lingüística y cultural, demostrando una gran habilidad para reaccionar ante situaciones nuevas y en general responden adecuadamente a los problemas que puedan darse durante este periodo de adaptación.

El estrés de aculturación es pues, el “precio” que se paga cuando se viaja a una cultura diferente a la propia, y más cuando se decide establecer allí la residencia. En general, se puede decir que todos los individuos que han viajado y se han enfrentado con una cultura diferente a la suya lo han sentido en algún momento. Según lo expuesto, los niveles de estrés de aculturación estarán influidos por la actitud o modo de aculturación que el individuo elija, esto es, si elige integrarse en la nueva cultura (estrategia de despliegue), los niveles de estrés a los que este individuo esté sometido, probablemente sean muy altos al principio, mientras que si elige lo contrario (estrategia de repliegue), sus niveles serán bajos, pero el coste será vivir en un mundo acotado, en un mundo con fronteras.

Superar la distancia cultural que hay entre la anomia y la integración social, conlleva el “coste” del estrés de aculturación, que será mayor al inicio del proceso y menor conforme el individuo va sintiéndose parte de la cultura huésped. El objetivo sería lograr la integración perfecta⁴¹, pero ésta es muy difícil que se de, en general lo que se da es una integración relativa.

⁴¹ Ésta sería un estado límite, esto es, el estado ideal. Lo que habitualmente entendemos por integración sería una integración relativa.



V PARTE CUANTITATIVA

1 Selección de la muestra y aplicación del cuestionario

El escalamiento de estrés de aculturación fue desarrollado en inglés siguiendo la metodología explicada en el capítulo III. Este escalamiento fue diseñado para ser autoaplicado, no tiene tiempo limitado, y los encuestados emplean, por regla general, entre diez y quince minutos para responderlo completamente. Su validez descansa en el supuesto de que los sujetos evaluados entienden claramente todos los *items*, y si durante su aplicación surge alguna pregunta, ésta puede ser contestada por parte del investigador de manera que no influya en el resto de la prueba ni en los demás.

Encuesta preliminar

Se realizó un estudio piloto de testado del escalamiento en una muestra de setenta y tres estudiantes¹ extranjeros de castellano (de diferentes niveles) en la Universidad de Alicante repartidos en un total de seis aulas, de esta manera se pudo valorar la comprensión y factibilidad de la administración del escalamiento. Durante la aplicación del cuestionario no se registraron problemas de comprensión de los *items*. El cuestionario contiene seis preguntas abiertas y dos semiabiertas y en su mayor parte las alternativas de respuestas están en formato likert. Las alternativas de respuesta se concretaron al máximo de manera que fueran fáciles de comprender, con un vocabulario muy sencillo, para lo que se simplificó al máximo posible el formato de presentación de los *items*, con sus opciones de respuestas, pues el escalamiento, con un total de noventa y un *items* podría resultar largo y tedioso.

Finalmente, antes de producir la versión definitiva del escalamiento, se llevó a cabo un estudio empírico de la calibración de las opciones de respuesta y de los *items* elegidos, que demostró su validez empírica, con la salvedad de que los *items*, ordenados según las dimensiones elegidas, tendían a ser repetitivos en las opciones de respuestas finales, por lo que se decidió desordenarlos para su aplicación definitiva.

¹ Se trata de estudiantes extranjeros que estaban recibiendo un curso de español de dos meses de duración en la Universidad de Alicante. En el momento de pasar la encuesta (Marzo 2004), la mayoría de ellos habían superado, al menos, un mes de estancia en España.



Encuesta definitiva

La versión definitiva del cuestionario, en inglés, se aplicó en un total de doscientos veintitrés estudiantes² extranjeros de castellano (de diferentes niveles) de la Universidad de Alicante repartidos en un total de doce aulas. Durante la aplicación del cuestionario no se registraron tampoco problemas de comprensión de los *items* (que estaban redactados de la manera más clara y breve posible), pues en general todos los encuestados tienen un conocimiento elevado de la lengua inglesa.

² Se trata de estudiantes del programa Sócrates. En el momento de realizar la encuesta (Abril-Mayo 2004) la mayoría de ellos superaban el mes de estancia en nuestro país.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Versión preliminar del escalamiento

1.- Age _____

2.- Sex:

- A. Woman
- B. Man

3 - your marital status is:

- A. Single
- B. Married
- C. Live together without married
- D. Separated/Divorced
- E. Widowed
- F. Others

4 - Do you consider yourself as belonging to any particular religion or denomination?

- A. No
- B. Catholic
- C. Protestant
- D. Orthodox
- E. Other Christian (write in).....
- F. Jewish
- G. Islam/Muslim
- H. Other non Christian (write in).....
- I. No answer

5 - Have you ever considered yourself as belonging to any particular religion or denomination?

- A. No
- B. Catholic
- C. Protestant
- D. Orthodox
- E. Other Christian (write in).....
- F. Jewish
- G. Islam/Muslim
- H. Other non Christian (write in).....
- I. No answer

6 - Regardless of whether you belong to a particular religion, how religious would you say you are? (Please check with x)

| | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Not at all religious

Very religious

7 - Which is your work situation now?

- A. Study and work
- B. Only study
- C. Don't know
- D. No answer

8 - How best define your financial situation now?

- A. Without problems
- B. With some problems
- C. With many problems
- D. Extremely difficult
- E. No answer

9--In what country were you born? _____

10--In what country was your mother born? _____

11--In what country was your father born? _____

12--Which is your Nationality? _____

13--How long have you been in Spain?

- A. Less than one month
- B. More than one month, less than tree months
- C. More than three months, less than six months
- D. More than six months

14--Your accommodation in Spain is:

- A. Very good
- B. Good
- C. Regular
- D. Bad
- E. Very bad

15 - Do you chat in internet while are living in Spain?

- A. Every day
- B. More than once a week
- C. Once a week
- D. At least once a month
- E. Only on special holidays
- F. Less often
- G. No answer
- H. Never (Go to question number 17)



Universitat d'Alacant
 Univ. de Alicante

16 - Do you prefer to chat with people from your own country?

- A. Yes
- B. No
- C. I don't mind
- D. No answer

17 - The people I fit in with best are from:

- A. Spain
- B. My own country
- C. Both
- D. Other countries
- E. Neither

18 - ¿Which is your level of Spanish language? (Please check with X)

| | Null | Lower | Low | Middle | High | Higher |
|----------|------|-------|-----|--------|------|--------|
| Speaking | | | | | | |
| Writing | | | | | | |
| Reading | | | | | | |

19 - Which languages do you speak fluently? (write in) _____

Please, check now with X the answers that describe better your feelings in Spain.

| 1.- Strongly disagree | 2.- Disagree | 3.- Neutral/Depends | 4.- Agree | 5.- Strongly agree |
|-----------------------|--------------|---------------------|-----------|--------------------|
|-----------------------|--------------|---------------------|-----------|--------------------|

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 20 | I enjoy speaking Spanish | | | | | |
| 21 | I am linguistically and culturally competent in at least one language and culture other than my own | | | | | |
| 22 | I want to continue to learn about the Spanish people | | | | | |
| 23 | I am proud of my own culture | | | | | |
| 24 | I feel at home in Spain | | | | | |
| 25 | Spanish culture has had a positive impact on my life | | | | | |
| 26 | Sometimes I am embarrassed/ashamed of Spanish culture | | | | | |
| 27 | I believe that my worldview is one of many equally valid worldviews | | | | | |
| 28 | It is important to me to consider my friend's opinions before I act | | | | | |
| 29 | I am familiar with Spanish cultural practices and customs | | | | | |
| 30 | I enjoy Spanish entertainment (eg. Music, movies, dance,..) | | | | | |
| 31 | I enjoy typical Spanish jokes and humour | | | | | |
| 32 | I incorporate the attractive aspects of other cultures into my own way of doing things | | | | | |
| 33 | At home, I eat Spanish food | | | | | |
| 34 | At restaurants, I eat Spanish food | | | | | |
| 35 | I like to go to places where people are Spanish | | | | | |
| 36 | I feel uncomfortable when I am with people who are speaking a language I do not know | | | | | |
| 37 | I have the ability to psychologically put myself into another person's shoes | | | | | |
| 38 | I am interested in having Spanish friends | | | | | |
| 39 | I wish to be accepted by Spanish people | | | | | |
| 40 | I feel accepted by Spanish people | | | | | |
| 41 | I like to get involved in group discussions with others who are from different cultures | | | | | |
| 42 | My thoughts become confused and jumbled when interacting with people from different cultures | | | | | |
| 43 | I have the ability to deal flexibly with and adjust to new people, place and situations | | | | | |
| 44 | I enjoy interacting with people from different cultures | | | | | |
| 45 | I am optimistic about things | | | | | |
| 46 | I feel now more enthusiastic and happy | | | | | |
| 47 | I find now more difficulties for relax | | | | | |
| 48 | I feel moved with more facility than in my country | | | | | |
| 49 | I cry easily than in my country | | | | | |
| 50 | I get angry about things that usually don't bother me | | | | | |
| 51 | I am now more sad than in my country | | | | | |
| 52 | I am now more irritable than in my country | | | | | |
| 53 | I feel that I lost interest about some things like hobbies, costumes... | | | | | |
| 54 | I feel that I lost interest about my personal look (or appearance) | | | | | |

| | | | | |
|----------------------|-------------|--------------------|----------|-------------------|
| 1 -Strongly disagree | 2 -Disagree | 3 -Neutral/Depends | 4 -Agree | 5 -Strongly agree |
|----------------------|-------------|--------------------|----------|-------------------|

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 55 | I am proud of myself | | | | | |
| 56 | Others are luckier than me | | | | | |
| 57 | I lost confidence in myself | | | | | |
| 58 | Usually, I consider myself less than others | | | | | |
| 59 | I feel that I have now more difficulties in paying attention | | | | | |
| 60 | I feel that I have now more difficulties in remembering things | | | | | |
| 61 | I have more difficulties for making decisions | | | | | |
| 62 | I need to check several times what I do | | | | | |
| 63 | I feel worried about my daily things | | | | | |
| 64 | I feel that all things requires more effort than usual | | | | | |
| 65 | I feel that people do not behave in a friendly manner | | | | | |
| 66 | I argue more frequently | | | | | |
| 67 | The main reason for my problems comes because people don't understand me | | | | | |
| 68 | I feel alone | | | | | |
| 69 | I don't care about people | | | | | |
| 70 | Sometimes I feel muscular pain | | | | | |
| 71 | Sometimes I have headaches and backaches | | | | | |
| 72 | Sometimes I feel that my heart beats faster | | | | | |
| 73 | Sometimes I have digestive problems | | | | | |
| 74 | I feel more tired and exhausted than in my country | | | | | |
| 75 | Often I have the sensation that my arms and legs weigh more than in my country | | | | | |
| 76 | I sleep here as much as in my country | | | | | |
| 77 | I have difficulty to falling sleep | | | | | |
| 78 | I wake up earlier than usual (I don't sleep well) | | | | | |
| 79 | I sleep too much and I have difficulty for waking up | | | | | |
| 80 | I have less sexual drive or more sexual difficulties than in my country | | | | | |
| 81 | I have a bigger appetite and eat more than in my country | | | | | |
| 82 | I have less of an appetite and eat less than in my country | | | | | |
| 83 | I feel that I lost weigh because of my appetite | | | | | |

84 - Do you consider that since your arrival to Spain, your consumption of the following drugs has been increased or decreased?

| | | Increased | Decreased | Same | Don't take |
|----|------------------|-----------|-----------|-------|------------|
| 84 | Alcohol | | | | |
| 85 | Tobacco | | | | |
| 86 | Marijuana | | | | |
| 87 | Hashish | | | | |
| 88 | Amphetamines | | | | |
| 89 | Ecstasy | | | | |
| 90 | Other (write in) | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

91 - Since your arrival to Spain, have you been depressed, anxious or stressed sometimes?

- A. Yes
- B. No

THANKS FOR YOUR COOPERATION!



Versión definitiva del escalamiento

Universitat d'Alacant
 Universidad de Alicante

1.- Age _____

2.- Sex:

- A. Woman
- B. Man

3 - your marital status is:

- A. Single
- B. Married
- C. Live together without being married
- D. Separated/Divorced
- E. Widowed
- F. Others

4 - Do you consider yourself as belonging to any particular religion or denomination?

- A. No
- B. Catholic
- C. Protestant
- D. Orthodox
- E. Other Christian (write in).....
- F. Jewish
- G. Islam/Muslim
- H. Other non Christian (write in).....
- I. No answer

5 - Have you ever considered yourself as belonging to any particular religion or denomination?

- A. No
- B. Catholic
- C. Protestant
- D. Orthodox
- E. Other Christian (write in).....
- F. Jewish
- G. Islam/Muslim
- H. Other non Christian (write in).....
- I. No answer

6 - Regardless of whether you belong to a particular religion, how religious would you say you are? (Please check with x)

| | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Not at all religious

Very religious

7 - Which is your work situation now?

- A. Study and work
- B. Only study
- C. Don't know
- D. No answer

8 - How best define your financial situation now?

- A. Without problems
- B. With some problems
- C. With many problems
- D. Extremely difficult
- E. No answer

9--In what country were you born? _____

10--In what country was your mother born? _____

11--In what country was your father born? _____

12--Which is your Nationality? _____

13--How long have you been in Spain?

- A. Less than one month
- B. More than one month, less than three months
- C. More than three months, less than six months
- D. More than six months

14--Your accommodation in Spain is:

- A. Very good
- B. Good
- C. Regular
- D. Bad
- E. Very bad

15 - Do you chat on the internet while you are living in Spain?

- A. Every day
- B. More than once a week
- C. Once a week
- D. At least once a month
- E. Only on special holidays
- F. Less often
- G. No answer
- H. Never (Go to question number 17)

17 - The people I fit in with best are from:

16 - Do you prefer to chat with people from your own country?

- A. Yes
- B. No
- C. I don't mind
- D. No answer

- A. Spain
- B. My own country
- C. Both
- D. Other countries
- E. Neither

18 - ¿Which is your level of Spanish language? (Please check with X)

| | Null | Lower | Low | Middle | High | Higher |
|----------|------|-------|-----|--------|------|--------|
| Speaking | | | | | | |
| Writing | | | | | | |
| Reading | | | | | | |

19 - Which languages do you speak fluently? (write in) _____

Please, check now with X the answers that describe better your feelings in Spain.

| 1.- Strongly disagree | 2.- Disagree | 3.- Neutral/Depends | 4.- Agree | 5.- Strongly agree |
|-----------------------|--------------|---------------------|-----------|--------------------|
|-----------------------|--------------|---------------------|-----------|--------------------|

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 20 | I feel alone | | | | | |
| 21 | I am linguistically and culturally competent in at least one language and culture other than my own | | | | | |
| 22 | Others are luckier than me | | | | | |
| 23 | I am proud of my own culture | | | | | |
| 24 | I wake up earlier than usual (I don't sleep well) | | | | | |
| 25 | Spanish culture has had a positive impact on my life | | | | | |
| 26 | I am now more irritable than in my country | | | | | |
| 27 | I believe that my worldview is one of many equally valid worldviews | | | | | |
| 28 | I have less of an appetite and eat less than in my country | | | | | |
| 29 | I am familiar with Spanish cultural practices and customs | | | | | |
| 30 | I feel that all things requires more effort than usual | | | | | |
| 31 | I have difficulty to falling sleep | | | | | |
| 32 | I sleep here as much as in my country | | | | | |
| 33 | At home, I eat Spanish food | | | | | |
| 34 | I feel that I lost interest about my personal look (or appearance) | | | | | |
| 35 | I like to go to places where people are Spanish | | | | | |
| 36 | I want to continue to learn about Spanish people | | | | | |
| 37 | I have the ability to psychologically put myself into another person's shoes | | | | | |
| 38 | I argue more frequently | | | | | |
| 39 | I wish to be accepted by Spanish people | | | | | |
| 40 | Sometimes I feel that my heart beats faster | | | | | |
| 41 | I like to get involved in group discussions with others who are from different cultures | | | | | |
| 42 | I feel at home in Spain | | | | | |
| 43 | I have the ability to be flexible with and adjust to new people, place and situations | | | | | |
| 44 | I need to check several times what I do | | | | | |
| 45 | I am optimistic about things | | | | | |
| 46 | I feel uncomfortable when I am with people who are speaking a language I do not know | | | | | |
| 47 | I have a bigger appetite and eat more than in my country | | | | | |
| 48 | I feel accepted by Spanish people | | | | | |
| 49 | I cry easily than in my country | | | | | |
| 50 | My thoughts become confused and jumbled when interacting with people from different cultures | | | | | |
| 51 | I am now more sad than in my country | | | | | |
| 52 | Sometimes I am embarrassed/ashamed of Spanish culture | | | | | |
| 53 | I feel that I lost interest in some things like hobbies, costumes,.. | | | | | |
| 54 | I feel more tired and exhausted than in my country | | | | | |



| | | 1.-Strongly disagree | 2.-Disagree | 3.-Neutral/Depends | 4.-Agree | 5.-Strongly agree |
|----|--|----------------------|-------------|--------------------|----------|-------------------|
| | | | | | | |
| 55 | I am proud of myself | | | | | |
| 56 | I enjoy speaking Spanish | | | | | |
| 57 | I lost confidence in myself | | | | | |
| 58 | I get angry about things that usually don't bother me | | | | | |
| 59 | I feel that I have more difficulties in paying attention | | | | | |
| 60 | I have less sexual drive or more sexual difficulties than in my country | | | | | |
| 61 | I have more difficulties for making decisions | | | | | |
| 62 | I enjoy Spanish entertainment (eg. Music, movies, dance,...) | | | | | |
| 63 | I feel worried about my daily things | | | | | |
| 64 | I feel more emotional than in my country | | | | | |
| 65 | I feel that people do not behave in a friendly manner | | | | | |
| 66 | Sometimes I feel muscular pain | | | | | |
| 67 | The main reason for my problems comes because people don't understand me | | | | | |
| 68 | It is important to me to consider my friend's opinions before I act | | | | | |
| 69 | I don't care about people | | | | | |
| 70 | I feel now more enthusiastic and happy | | | | | |
| 71 | Sometimes I have headaches and backaches | | | | | |
| 72 | At restaurants I eat Spanish food | | | | | |
| 73 | Sometimes I have digestive problems | | | | | |
| 74 | I enjoy interacting with people from different cultures | | | | | |
| 75 | Often I have the sensation that my arms and legs weigh more than in my country | | | | | |
| 76 | Usually I consider myself less than others | | | | | |
| 77 | I enjoy typical Spanish jokes and humour | | | | | |
| 78 | I incorporate the attractive aspects of other cultures into my own way of doing things | | | | | |
| 79 | I sleep too much and I have difficulty for waking up | | | | | |
| 80 | I feel that I have now more difficulties in remembering things | | | | | |
| 81 | I find now more difficulties for relax | | | | | |
| 82 | I am interested in having Spanish friends | | | | | |
| 83 | I feel that I lost weight because of my appetite | | | | | |

84 - Do you consider that since your arrival to Spain, your consumption of the following drugs has been increased or decreased?

| | | Increased | Decreased | Same | Don't take |
|----|------------------|-----------|-----------|-------|------------|
| 84 | Alcohol | | | | |
| 85 | Tobacco | | | | |
| 86 | Marijuana | | | | |
| 87 | Hashish | | | | |
| 88 | Amphetamines | | | | |
| 89 | Ecstasy | | | | |
| 90 | Other (write in) | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

91 - Since your arrival to Spain, have you been depressed, anxious or stressed sometimes?

- A. Yes
- B. No

THANKS FOR YOUR COOPERATION!

2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE EL ESTRÉS DE ACULTURACIÓN

Cada vez son más evidentes las limitaciones que ofrecen las mediciones basadas en el autoinforme o valoraciones subjetivas de los estados psicológicos de los entrevistados. En ese sentido un conocimiento correcto de la realidad social implica la medición y valoración de variables latentes. Así, una aproximación directa ofrece exclusivamente una visión parcial e incompleta de las fuerzas sociales que configuran la sociedad que percibimos.

Una de las contribuciones con mayor aprovechamiento y utilidad en la investigación social procede de la investigación psicológica. Esta disciplina, por motivos evidentes, desarrolla extensa e intensamente métodos y sistemas de escalamientos y medición que intentan minimizar los sesgos originados en la dependencia de los entrevistados. Una de las estrategias más fructíferas (desarrollada desde diferentes ángulos en la década de los 70, la sociología con el análisis de senderos, la economía con el análisis estructural y la psicología con el análisis factorial) es la medición de variables latentes. Para ello, mediante el análisis de la covariación entre variables es factible determinar la posible presencia de una fuente común que coordinaría la covariación visible entre los indicadores.

Para el estudio de los posibles efectos que la convivencia en una cultura ajena pudiese producir en los colectivos extranjeros, se ha optado por la técnica del análisis factorial. Es decir, por considerar las posibles modificaciones comportamentales o psicológicas desde una óptica integrada, como es habitual en los estudios sobre la materia. El método de análisis factorial, o de variables latentes es lo suficientemente conocido como para requerir una justificación expresa para su empleo.

Cabe, no obstante, notar aquí que el análisis dimensional se emplea desde una óptica exploratoria. En ese sentido, los *items* y dimensiones proceden de un debate académico y de modelos teóricos previos. Sin embargo, su aplicación y desarrollo a una realidad diferente solamente nos permite considerar este análisis como exploratorio.

Procederemos a evaluar y diagnosticar los diferentes pesos o importancia que los diferentes indicadores muestran para determinar y medir las diversas dimensiones latentes que estamos considerando. En primer lugar, para el análisis factorial, se

consideran los *items* del cuestionario en formato likert de cinco puntos agrupados por las dimensiones ya elegidas. La finalidad es evaluar la estructura dimensional que presenta el estrés de aculturación y que involucra, al menos, ocho dimensiones:

- Relaciones personales
- Comportamiento
- Creencias y valores
- Estado de ánimo
- Actividades diarias y afrontamiento
- Autoestima
- Relaciones sociales
- Síntomas somáticos

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Relaciones personales

Afiliación social:

v.41- I like to get involved in group discussions with others who are from different cultures

v.74- I enjoy interacting with people from different cultures

v. 82.- I am interested in having Spanish friends

v.43- I have the ability to be flexible with and adjust to new people, place and situations

v.37- I have the ability to psychologically put myself into another person's shoes

v.46- I feel uncomfortable when I am with people who are speaking a language I do not know

Prejuicios percibidos/discriminación:

v.48- I feel accepted by Spanish people

v.39- I wish to be accepted by Spanish people

v.50- My thoughts become confused and jumbled when interacting with people from different cultures



Comportamiento

Costumbres

- v.78- I incorporate the attractive aspects of other cultures into my own way of doing things).
- v.35- I like to go to places where people are Spanish .
- v.72- At restaurants I eat Spanish food.
- v.77- I enjoy typical Spanish jokes and humour.
- v.68- It is important to me to consider my friend's opinions before I act.
- v.33- At home, I eat Spanish food.

Tradiciones culturales:

- v.62- I enjoy Spanish entertainment (eg. music, movies, dance,..)
- v.29- I am familiar with Spanish cultural practices and customs

Creencias y valores

Identidad cultural/Orgullo

- v.23- I am proud of my own culture
- v.55- I am proud of myself
- v.42- I feel at home in Spain

Valores culturales

- v.52- Sometimes I am embarrassed/ashamed of Spanish culture
- v.36- I want to continue to learn about Spanish people
- v.27- I believe that my worldview is one of many equally valid worldviews
- v.25- Spanish culture has had a positive impact on my life

Estado de ánimo

- v.51- I am more sad than in my country
- v.58- I get angry about things that usually don't bother me
- v.64- I feel more emotional than in my Country

- v.53- I feel that I lost interest in some things like hobbies, costumes,...
- v.26- I am now more irritable than in my Country
- v.49- I cry easily than in my country
- v.70- I feel now more enthusiastic and happy
- v.45- I am optimistic about things

Actividades diarias y afrontamiento

- v.59- I feel that I have now more difficulties for paying attention
- v.80- I feel that I have now more difficulties in remembering things
- v.63- I feel worried about my daily things
- v.61- I have more difficulties for making decisions
- v.30- I feel that all things requires more effort than usual
- v.44- I need to check several times what I do

Autoestima

- v.76- Usually I consider myself lower than others
- v.57- I lost confidence in myself
- v.34- I feel that I lost interest about my personal look (or appearance)
- v.22- Others are luckier than me

Relaciones sociales

- v.65- I feel that people do not behave in a friendly manner
- v.67- The main reason for my problems is because people don't understand me
- v.20- I feel alone
- v.38- I argue more frequently
- v.69- I don't care about people

Síntomas somáticos

- v.75- Often I have the sensation that my arms and legs weigh more than in my country
- v.71- Sometimes I have headaches and backaches
- v.40- Sometimes I feel that my heart beats faster
- v.66- Sometimes I feel muscular pain
- v.73- Sometimes I have digestive problems
- v.28- I have less appetite and eat less than in my Country
- v.47- I have a bigger appetite and eat more than in my Country
- v.83- I feel that I lost weight because of my appetite
- v.32- I sleep here as much as in my Country
- v.31- I have difficulty to falling sleep
- v.79- I sleep too much and I have difficulty to waking up
- v.81- I find now more difficulties for relax
- v.54- I feel more tired and exhausted than in my Country
- v.60- I have less sexual drive or more sexual difficulties than in my Country
- v.24- I wake up earlier than usual (I don't sleep well)

En esta fase de adaptación del escalamiento se consideran a continuación las distribuciones univariadas de frecuencia de los distintos *items* o indicadores utilizados para la reconstrucción de la dimensionalidad expuesta previamente.

2.1 Distribuciones de frecuencia en el escalamiento de aculturación

Tal y como consideramos en la primera parte, consideramos relevante el estudio y medición de tres dimensiones básicas. Son las formadas por las dimensiones *Relaciones personales*, *comportamientos* y *creencias y valores*. Algunas de ellas vienen a su vez definidas por dimensiones de primer orden, es decir, dimensiones que agrupan indicadores dentro de una realidad temática diferenciada pero complementaria a la dimensión principal.

Dimensión relaciones personales

Así, la dimensión que mide la interacción social, es decir, la percepción e involucración del individuo con su entorno social contendría dos subdimensiones: afiliación social y prejuicios percibidos/discriminación.

Afiliación social

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| I have the ability to psychologically put myself into another person's shoes | 3,7% | 9,2% | 35,0% | 37,8% | 14,3% | 100,0% |
| I like to get involved in group discussions with others who are from different cultures | 2,3% | 4,1% | 16,7% | 45,2% | 31,7% | 100,0% |
| I have the ability to be flexible with and adjust to new people, place and situations | 2,3% | 3,6% | 18,1% | 52,5% | 23,5% | 100,0% |
| I feel uncomfortable when I am with people who are speaking a language I do not know | 13,8% | 28,4% | 25,2% | 27,5% | 5,0% | 100,0% |
| I enjoy interacting with people from different cultures | 2,7% | 3,2% | 10,0% | 36,7% | 47,5% | 100,0% |
| I am interested in having Spanish friends | 2,8% | 2,8% | 11,5% | 45,0% | 38,1% | 100,0% |

Como podemos apreciar, un 51% por ciento de los entrevistados extranjeros considera que es capaz de ponerse en el lugar del otro. En ese sentido, se muestran o valoran con una disposición abierta y flexible para comprender la diversidad de opiniones o comportamientos. Un 35% está indeciso respecto a ello. Una aceptación mayor, del 77%, se refiere a disfrutar en la conversación con individuos de otras culturas que mantienen distintos puntos de vista. En ese sentido, se configuran distribuciones asimétricas donde tienen cabida una percepción abierta y flexible de la diversidad (actitud muy valorable en aquellos que optan por la movilidad). Así mismo, un 76% se considera flexible para aceptar gente diferente y nuevas situaciones. Esta disposición de flexibilidad no oculta un discomfort psicológico cuando las situaciones se complican por el desconocimiento de la lengua que las vehicula. Un 43% se declara incómodo cuando interacciona con personas cuyo lenguaje no conoce. En ese sentido, la diversidad es tolerable cuando se controla el significado de los debates o intercambios. La diversidad se convierte en amenaza cuando es opaca en sus contenidos o significados. Un 84% y un 83% respectivamente disfrutaban (con la salvedad anterior) de la diversidad cultural y desearían tener mayor contacto con españoles.

Prejuicios percibidos/discriminación

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|--|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| I wish to be accepted by Spanish people | 3,2% | 5,9% | 26,2% | 43,4% | 21,3% | 100,0% |
| I feel accepted by Spanish people | 7,3% | 9,1% | 39,3% | 33,8% | 10,5% | 100,0% |
| My thoughts become confused and jumbled when interacting with people from different cultures | 28,6% | 39,6% | 25,8% | 5,1% | ,9% | 100,0% |

El deseo de ser aceptado en la nueva cultura por la mayoría de los entrevistados extranjeros es obvio, un 65%. Son muy pocos los que no participan de este deseo, un 9%. Un 44% se sienten, además, aceptados en la nueva cultura, por lo que sus deseos se verían cumplidos, aunque aquí el porcentaje de los que dudan es alto, un 39%. Así mismo, un 68%, cree que el contacto con la nueva cultura no afecta a sus ideas. Son muy pocos los que no se sienten aceptados por la nueva cultura, un 16%, y aún menos, un 6%, los que han notado que estos hechos hubieran afectado de alguna manera a su manera de pensar, o al menos, se han sentido confusos en algún momento.

Dimensión comportamiento

Cada individuo tiene sus propios patrones de comportamiento compartidos con su grupo social. Así, la dimensión que mide el comportamiento contendría dos subdimensiones: costumbres y tradiciones culturales.

Costumbres

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| At home, I eat Spanish food | 15,7% | 32,7% | 32,7% | 14,7% | 4,1% | 100,0% |
| I like to go to places where people are Spanish | 1,4% | 8,2% | 25,0% | 42,3% | 23,2% | 100,0% |
| It is important to me to consider my friend's opinions before I act | 10,5% | 20,9% | 36,8% | 25,5% | 6,4% | 100,0% |
| At restaurants I eat Spanish food | 4,1% | 6,8% | 34,1% | 37,3% | 17,7% | 100,0% |
| I enjoy typical Spanish jokes and humour | 5,6% | 12,1% | 50,2% | 27,0% | 5,1% | 100,0% |
| I incorporate the attractive aspects of other cultures into my own way of doing things) | 1,9% | 5,6% | 38,0% | 47,7% | 6,9% | 100,0% |

A la mayor parte de los encuestados, un 65.5%, les gusta frecuentar los lugares donde la gente es española. Un 19% de los encuestados comen en su casa comida española, un 55% prefieren la comida española cuando van a algún restaurante, e incorporan todo aquello que les parece interesante en su manera de hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que tienen una disposición abierta hacia la incorporación de nuevos estilos de vida. Un 32% de los encuestados considera las opiniones de los amigos antes de actuar, y casi el mismo porcentaje se da para lo contrario, un 31%. Este último porcentaje no tiene por qué esconder una falta de flexibilidad en el encuestado, quizás, aprender a escuchar y a observar con atención todo lo que ocurre a nuestro alrededor constituye el punto de partida para tomar lo mejor de cada circunstancia y hacer a un lado todo aquello que objetivamente no es conveniente. El humor y las bromas típicas españolas gustan al 32%, pero esta pregunta registra un alto porcentaje de neutralidad, un 50.2%, que no oculta una falta de entendimiento de algunos comportamientos de la nueva cultura.

Tradiciones culturales

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| I am familiar with Spanish cultural practices and customs | 1,8% | 9,7% | 34,1% | 42,9% | 11,5% | 100,0% |
| I enjoy Spanish entertainment (eg. music, movies, dance...) | 6,5% | 10,2% | 19,4% | 40,7% | 23,1% | 100,0% |

La mayor parte de los entrevistados, un 54%, se sienten familiares con las costumbres españolas; El cine, la música o la danza les gusta en un porcentaje muy alto, (64 %). Esta aceptación de las tradiciones culturales demuestra una predisposición a participar en éstas, actitud que puede ser muy positiva de cara a los procesos de transformación social que se dan en las sociedades multiculturales emergentes.

Dimensión creencias y valores

Las creencias y los valores en muchos casos son subconscientes al afectar a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás, de las cosas y de las situaciones que nos rodean. Así, esta dimensión contendría dos subdimensiones: identidad cultural/orgullo y valores culturales.

Identidad cultural/Orgullo

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral /Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|--------------------------------|-------------------|----------|------------------|-------|----------------|--------|
| I am proud of my own culture % | 5,0% | 5,5% | 22,9% | 36,7% | 29,8% | 100,0% |
| I feel at home in Spain % | 5,9% | 11,0% | 26,0% | 40,2% | 16,9% | 100,0% |
| I am proud of myself % | ,9% | 4,2% | 20,8% | 51,9% | 22,2% | 100,0% |

Como se puede apreciar la mayor parte de los encuestados, un 74%, se sienten orgullosos de sí mismos y de su propia cultura (66%). Podría parecer que el hecho de que los entrevistados se sientan orgullosos de su identidad y de su cultura fuera un indicador negativo de cara al proceso de aculturación al reforzar los lazos que unen al individuo con su cultura, pero no tiene por qué ser incompatible con la posibilidad de que se sientan integrados en otra cultura distinta como es el caso del 57% de los entrevistados que se sienten en España como en su casa, en realidad, este sentimiento de identidad es en general positivo al conferir al individuo la posibilidad de “caminar” de la mano de otros individuos con culturas diferentes con autonomía e independencia, aceptando en todo momento la diversidad de las culturas.

Valores culturales

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| Spanish culture has had a positive impact on my life % | 5,0% | 6,8% | 28,8% | 34,2% | 25,1% | 100,0% |
| I believe that my worldview is one of many equally valid worldviews % | 5,8% | 9,1% | 38,0% | 34,1% | 13,0% | 100,0% |
| I want to continue to learn about Spanish people % | 3,2% | 3,2% | 10,5% | 49,1% | 34,1% | 100,0% |
| Sometimes I am embarrassed/ashamed of Spanish culture % | 33,5% | 38,0% | 20,4% | 6,3% | 1,8% | 100,0% |

Un 59% de los encuestados creen que la cultura española ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y un 83% se muestran interesados en continuar aprendiendo acerca de la gente española. En este sentido, se muestran con una disposición muy abierta de cara a la aceptación de nuevos valores culturales. Un 47% se muestran muy respetuosos con las opiniones de los demás y entienden que su punto de vista es uno más de los muchos que hay válidos. Por el contrario, un 8% ha llegado alguna vez a sentirse harto de la cultura española, frente a un 71%. En este sentido, el respeto a las diferencias étnicas, culturales, de género o de sentimiento de pertenencia a colectivos específicos

adopta formas flexibles para poder llegar a alcanzar un entendimiento entre todos los individuos y grupos sociales, ya que la cultura se puede considerar como un sistema de valores que se comparten colectivamente.

2.2 Distribuciones de frecuencias en el escalamiento de estrés

Para el escalamiento de estrés se considera relevante el estudio y la medición de cinco dimensiones básicas. Son las formadas por las dimensiones *estado de ánimo*, *afrentamiento de las actividades diarias*, *autoestima*, *relaciones sociales* y *síntomas somáticos*. Al igual que ocurre con el escalamiento de aculturación, algunas dimensiones vienen a su vez definidas por dimensiones de primer orden.

Dimensión estado de ánimo

El estado de ánimo influye en nuestro pensamiento y nuestras percepciones externas y hace referencia al placer o al displacer que acompaña a los sentimientos sin que sea necesario que haya ocurrido algo en particular.

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| I am now more irritable than in my Country | 32,4% | 29,2% | 25,0% | 11,6% | 1,9% | 100,0% |
| I cry easily than in my country | 40,8% | 30,0% | 17,0% | 8,1% | 4,0% | 100,0% |
| I am more sad than in my country | 37,8% | 29,3% | 21,2% | 9,0% | 2,7% | 100,0% |
| I feel that I lost interest in some things like hobbies, costumes,... | 33,5% | 34,4% | 17,0% | 13,3% | 1,8% | 100,0% |
| I get angry about things that usually don't bother me | 33,6% | 32,7% | 25,5% | 6,8% | 1,4% | 100,0% |
| I feel more emocional than in my Country | 18,5% | 33,8% | 29,2% | 14,8% | 3,7% | 100,0% |
| I am optimistic about things | 2,3% | 5,5% | 21,9% | 48,4% | 21,9% | 100,0% |
| I feel now more enthusiastic and happy | 6,4% | 11,0% | 44,3% | 31,1% | 7,3% | 100,0% |

Como se puede apreciar, un 18% considera que ahora está más sensible que en su país, frente a un 52 % que opina lo contrario. Un 13% considera que se irrita con mayor facilidad que en su país, frente a un 62%. Un 12 % considera que llora con más facilidad que en su país y que se siente más triste, frente a un 71% y un 67%

respectivamente. Un 15% considera que ha perdido interés por algunas cosas como hobbies, costumbres, etc.. frente a un 68%. Un 8% considera que se enfada con mayor facilidad que en su país, frente a un 66%. Un 70% se siente optimista frente a un 8% y un 39% es más feliz y se siente con más entusiasmo frente a un 17%. En general, a la vista de los datos, la mayor parte de los encuestados extranjeros se sienten con muy buena disposición anímica, que juega un importante papel en la regulación de las relaciones con los demás, aunque los porcentajes que indican lo contrario habría que tenerlos en cuenta, pues en la mayor parte de los casos superan el 10%.

Dimensión afrontamiento de las actividades diarias

El afrontamiento de las actividades de la vida diaria supone desarrollar un esfuerzo para lograr manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como amenazantes, excedentes o desbordantes de los recursos psicológicos del individuo.

| | | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|---|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| I feel that all things requires more effort than usual | % | 13,5% | 24,2% | 35,8% | 22,8% | 3,7% | 100,0% |
| I need to check several times what I do | % | 8,4% | 32,6% | 38,1% | 15,3% | 5,6% | 100,0% |
| I feel that I have now more difficulties for paying attention | % | 19,3% | 37,6% | 26,1% | 15,6% | 1,4% | 100,0% |
| I feel worried about my daily things | % | 25,7% | 38,5% | 25,7% | 9,6% | ,5% | 100,0% |
| I have more difficulties for making decisions | % | 26,4% | 42,3% | 20,5% | 9,1% | 1,8% | 100,0% |
| I feel that I have now more difficulties for relax | % | 24,0% | 35,9% | 24,4% | 13,4% | 2,3% | 100,0% |

Un 26% de los extranjeros encuestados considera que todas las cosas requieren mayor esfuerzo del habitual, frente a un 38%. Un 21% considera que necesita comprobar varias veces lo que hace frente a un 41%. Un 17% considera que ahora tiene dificultades para prestar atención frente a un 57%. Un 15% considera que está preocupado con el quehacer de la rutina diaria, frente a un 64%. Un 11% considera que tiene más dificultades para tomar decisiones frente a un 69% y un 16% considera que ahora tiene más dificultades para relajarse frente a un 60%. En general, los extranjeros encuestados saben enfrentarse con éxito a los problemas de la rutina diaria, pero no hay que perder de

vista que los porcentajes que muestran los problemas de afrontamiento superan en dos casos el 20% y en tres casos el 15%. En ese sentido, en la medida que se tienen problemas para afrontar la vida diaria, los recursos psicológicos del individuo pueden desbordarse y su bienestar verse reducido al intensificarse la ansiedad a causa de un afrontamiento no efectivo.

Dimensión autoestima

Cuando hablamos de autoestima nos referimos al grado de aceptación que tenemos de nosotros mismos.

| | | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|--|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| Others are luckier than me | % | 31,5% | 30,6% | 25,6% | 10,5% | 1,8% | 100,0% |
| I feel that I lost interest about my personal look (or appearance) | % | 35,1% | 29,3% | 18,5% | 13,1% | 4,1% | 100,0% |
| I lost confidence in myself | % | 41,2% | 34,8% | 14,5% | 6,3% | 3,2% | 100,0% |
| Usually I consider myself lower than others | % | 32,3% | 29,0% | 26,7% | 8,3% | 3,7% | 100,0% |

Un 17% considera que ha perdido interés acerca de su apariencia personal frente a un 64%. Un 12% considera que los demás tienen más suerte que ellos frente a un 62%. Un 9% considera que ha perdido la confianza en sí mismo, frente a un 76% y un 12% se considera habitualmente inferior a los demás frente a un 61%. En general, la mayor parte de los extranjeros entrevistados tienen una alta autoestima, pero no hay que obviar los porcentajes que rondan el 10% de los entrevistados extranjeros con una autoestima baja que les puede provocar conflictos a todos los niveles (familiar, laboral, amistades,...).

Dimensión relaciones sociales

La conducta social de un individuo depende de la influencia que los demás ejercen sobre él. Las relaciones sociales producen efectos sobre la percepción, la motivación, y especialmente, sobre el aprendizaje y las capacidades de adaptación del individuo a las nuevas circunstancias de la vida.

| | | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|---|---|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| I feel alone | % | 45,0% | 26,8% | 21,8% | 3,6% | 2,7% | 100,0% |
| I argue more frequently | % | 22,9% | 33,5% | 31,2% | 9,6% | 2,8% | 100,0% |
| I feel that people do not behave in a friendly manner | % | 18,9% | 37,8% | 28,1% | 12,0% | 3,2% | 100,0% |
| The main reason for my problems is because people don't understand me | % | 26,4% | 39,8% | 22,2% | 9,3% | 2,3% | 100,0% |
| I don't care about people | % | 55,7% | 26,0% | 14,6% | 2,7% | ,9% | 100,0% |

Un 6% consideran que se sienten solos frente a un 72%. En este sentido, la mayor parte de los extranjeros encuestados, como seres sociales, se sienten integrados en sus nuevos grupos de referencia. Un porcentaje mayor, 12%, consideran que discuten con mayor frecuencia frente a un 56% y un 15% considera que los demás no se comportan con ellos de manera amistosa frente a un 57%. En este sentido, la mayor parte de los encuestados extranjeros se sienten bien tratados y se muestran flexibles para adaptarse a las nuevas circunstancias sociales. Un 12% considera que la principal razón de sus problemas es que los demás no los entienden frente a un 66%. Es evidente que la falta de entendimiento en el lenguaje puede acarrear malestar psicológico cuando creemos que nuestros mensajes no son captados correctamente por los demás. Tan solo a un 3% de los entrevistados extranjeros no parece importarles los demás frente a un 82%. En general, la mayor parte de los entrevistados extranjeros muestran una disposición abierta y un alto interés por relacionarse con los demás.

Dimensión síntomas somáticos

El estrés, la ansiedad, la depresión, en fin, algunos problemas de índole psicológica o mental, pueden modificar, al parecer, el funcionamiento general del organismo y favoreciendo la aparición de algunas enfermedades o agravando las que ya se tienen. Además, también es importante tener en cuenta el contexto cultural, pues éste va a influir en la manera que estos síntomas se expresan en el individuo.

| | Strongly disagree | Disagree | Neutral/Depends | Agree | Strongly agree | Total |
|--|-------------------|----------|-----------------|-------|----------------|--------|
| I wake up earlier than usual (I don't sleep well) | 35,3% | 28,9% | 17,4% | 13,8% | 4,6% | 100,0% |
| I have less appetite and eat less than in my Country | 33,3% | 28,8% | 17,6% | 13,5% | 6,8% | 100,0% |
| I have difficulty to falling sleep | 41,7% | 29,8% | 16,1% | 9,6% | 2,8% | 100,0% |
| I sleep here as much as in my Country | 9,1% | 22,3% | 25,9% | 32,3% | 10,5% | 100,0% |
| Sometimes I feel that my heart beats faster | 26,9% | 28,8% | 26,5% | 14,2% | 3,7% | 100,0% |
| I have a bigger appetite and eat more than in my Country | 18,0% | 26,1% | 27,9% | 19,8% | 8,1% | 100,0% |
| I feel more tired and exhausted than in my Country | 20,9% | 26,4% | 22,3% | 25,0% | 5,5% | 100,0% |
| I have less sexual drive or more sexual difficulties than in my Country | 36,2% | 28,6% | 24,4% | 6,1% | 4,7% | 100,0% |
| Sometimes I feel muscular pain | 28,2% | 31,9% | 24,1% | 13,0% | 2,8% | 100,0% |
| Sometimes I have headaches and backaches | 21,8% | 22,7% | 24,1% | 25,9% | 5,6% | 100,0% |
| Sometimes I have digestive problems | 24,4% | 32,3% | 21,7% | 19,4% | 2,3% | 100,0% |
| Often I have the sensation that my arms and legs weigh more than in my country | 38,1% | 32,6% | 17,4% | 8,3% | 3,7% | 100,0% |
| I sleep too much and I have difficulty to waking up | 19,7% | 30,7% | 26,1% | 16,5% | 6,9% | 100,0% |
| I find now more difficulties for relax | 27,5% | 35,8% | 21,6% | 13,8% | 1,4% | 100,0% |
| I feel that I lost weight because of my appetite | 39,9% | 26,6% | 18,3% | 11,5% | 3,7% | 100,0% |

Como se puede apreciar, un 12% de los entrevistados extranjeros tienen la sensación de que sus extremidades pesan más que en su país, frente a un 71%. Un 31% consideran que algunas veces sufren de dolores de espalda y cefaleas, frente a un 44%. Un 18% considera que ha sentido taquicardia algunas veces frente a un 56%. Un 16% considera que ha tenido algunas veces dolores musculares frente a un 60%. Un 22% considera que algunas veces ha tenido problemas digestivos frente a un 57%. Al parecer, estos síntomas o signos somáticos han sido percibidos por aproximadamente un 15% de los individuos, y este porcentaje aumenta en más de un 30%, cifra a tener en cuenta, para los dolores de espalda y las cefaleas.

Un 22% considera que tiene menos apetito y come menos que en su país, frente a un 62%. Un 28%, por el contrario, considera que tiene más apetito y come más que en su país, frente a un 44%. Un 15% considera, además que ha perdido peso a causa de su falta de apetito, frente a un 66%. Siguiendo con el análisis descriptivo, los cambios en el

contexto situacional del individuo, pueden afectarle a nivel psíquico y también orgánico, la pérdida de peso puede ser una consecuencia de estos cambios que el individuo puede objetivar.

La mayor parte de los extranjeros entrevistados, un 43%, considera que duerme igual aquí que en su país, pero el 31% sí ha notado cambios en la calidad de su sueño; Esto último, en principio, podría considerarse lógico en el sentido de que el individuo ha sufrido, entre otros, un cambio climático y horario que afectaría a sus biorritmos, y que el organismo deberá "reajustar". Un 12% considera que tiene dificultad para iniciar el sueño, frente al 71%, un 18% considera que se despierta más temprano de lo habitual y no duerme bien, frente a un 64%, asimismo, un 23% considera que duerme demasiado y tiene dificultad para despertarse, frente a un 50%. Como se puede apreciar, un porcentaje a tener en cuenta de los extranjeros entrevistados han sufrido cambios en los hábitos de su sueño, que se mantienen después de más de un mes de estancia en nuestro país (momento de la entrevista). Asimismo, un 15% de los entrevistados extranjeros consideran que ahora tienen mayores dificultades para relajarse que en su país, frente al 63%. Un porcentaje importante, 30%, consideran que ahora se encuentran más cansados y exhaustos, frente al 47%. En este sentido, parece muy significativo que un 30% de los entrevistados se sientan más cansados aquí que en su país. No hay que olvidar tampoco que un 11% consideran que tienen ahora más dificultades sexuales que en su país, frente a un 65%, si tenemos en cuenta la juventud de la población entrevistada y que este tipo de preguntas no gustan, en general, de ser contestadas con sinceridad, este porcentaje debería también tenerse en cuenta.

En general, las distribuciones muestran una estructura con suficiente variabilidad para al menos iniciar el análisis factorial del escalamiento con la finalidad de poder determinar la dimensionalidad de la medición del estrés de aculturación.

3 ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA DIMENSIONALIDAD DEL ESTRÉS DE ACULTURACIÓN

Una vez evaluados los comportamientos distribucionales de los indicadores que expresan las diferentes dimensiones, procedemos al estudio de la dimensionalidad.

- Análisis de las dimensiones del escalamiento de aculturación
- Análisis de las dimensiones del escalamiento de estrés

Para ello, debemos considerar mediante el estudio de las cargas de los indicadores en las dimensiones en que modo e intensidad estos están involucrados o participan de dicha fuente común de variabilidad. En otras palabras, en que modo dichos indicadores puede pensarse que miden y comparten una explicación común. No obstante, es importante explicitar que las dimensiones no son ni pueden ser ortogonales, independientes, entre si. Las diferentes dimensiones es mas que evidente que se relacionan mutuamente, formando cluster explicativos. En ese sentido, las cargas compartidas de los indicadores son significativas de una covarianza esperada teóricamente entre dimensiones.

3.1 Análisis dimensional del escalamiento de aculturación

Dimensiones:

- Relaciones personales
- Comportamiento
- Creencias y valores

Dimensión relaciones personales

En el estudio de la covariación entre los indicadores de esta dimensión podemos parciar las dos subdimensiones previamente consideradas. El factor de la subdimensión “Afiliación social” hace referencia a seis elementos, y el factor de la subdimensión “Prejuicios percibidos/discriminación” a tres.

Afiliación social

Matriz de componentes(a)

| | Componente |
|---|------------|
| | 1 |
| v.41- I like to get involved in group discussions with others who are from different cultures | ,745 |
| v.74- I enjoy interacting with people from different cultures | ,736 |
| v. 82.- I am interested in having Spanish friends | ,691 |
| v.43- I have the ability to be flexible with and adjust to new people, place and situations | ,615 |
| v.37- I have the ability to psychologically put myself into another person's shoes | ,424 |
| v.46- I feel uncomfortable when I am with people who are speaking a language I do not know | -,143 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales a 1 componentes extraídos

Las saturaciones factoriales son altas para las cuatro primeras variables, la quinta tiene una saturación baja, pero aceptable, y la sexta carga negativamente en el factor (ésta correlaciona negativamente con el resto de las variables).

Prejuicios percibidos/discriminación

Matriz de componentes(a)

| | Componente |
|--|------------|
| | 1 |
| v.48- I feel accepted by Spanish people | ,708 |
| v.39- I wish to be accepted by Spanish people | ,706 |
| v.50- My thoughts become confused and jumbled when interacting with people from different cultures | -,440 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componentes extraídos

Las dos primeras variables están altamente correlacionadas, mientras que la tercera correlaciona negativamente con ellas.

Dimensión comportamiento

Se confirman las dos subdimensiones previas: “Costumbres” y “Tradiciones culturales”.

Costumbres

En esta subdimensión aparecen dos factores, el primero de ellos agrupa a cuatro variables y el segundo a dos, pero algunas de estas variables no parecen coherentes, como v. 68 que hace referencia a la opinión de los amigos. La última variable (v.33) carga negativamente en el segundo factor, y no satura bien en el primero, por lo que se decide eliminar este segundo factor con el objetivo de mejorar el análisis final.



Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | |
|---|------------|-------|
| | 1 | 2 |
| v.78- I incorporate the attractive aspects of other cultures into my own way of doing things) | ,706 | ,118 |
| v.35- I like to go to places where people are Spanish | ,681 | -,173 |
| v.72- At restaurants I eat Spanish food | ,665 | -,102 |
| v.77- I enjoy typical Spanish jokes and humour | ,575 | |
| v.68- It is important to me to consider my friend's opinions before I act | ,139 | ,860 |
| v.33- At home, I eat Spanish food | ,322 | -,525 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Así pues, ahora la matriz de componentes rotados para la subdimensión “costumbres” tiene solo un factor que agrupa a cuatro variables:

Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente |
|---|------------|
| | 1 |
| v.78- I incorporate the attractive aspects of other cultures into my own way of doing things) | ,706 |
| v.35- I like to go to places where people are Spanish | ,681 |
| v.72- At restaurants I eat Spanish food | ,665 |
| v.77- I enjoy typical Spanish jokes and humour | ,575 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tradiciones culturales

Formada por dos variables que presentan la misma cantidad de variación en la información explicada por el factor.

| Matriz de componentes(a) | |
|--|------------|
| | Componente |
| | 1 |
| v.62- I enjoy Spanish entertainment (eg. music, movies, dance,...) | ,782 |
| v.29- I am familiar with Spanish cultural practices and customs | ,782 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a. 1 componentes extraídos

Dimensión creencias y valores

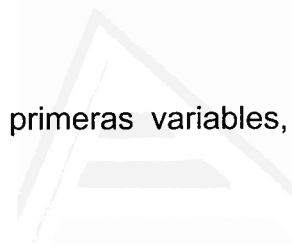
En esta dimensión se confirma la primera subdimensión que agrupa a tres variables, pero en la subdimensión “valores culturales” aparecen dos factores que son complementarios, por lo que se decide reconvertir esta subdimensión en dos: “Actitud hacia la cultura española etnocentrada” (F1) y “Actitud hacia la cultura española universalista” (F2).

La dimensión “creencias y valores” después del análisis factorial exploratorio tiene, pues, tres dimensiones:

Identidad cultural/Orgullo

| Matriz de componentes(a) | |
|------------------------------------|------------|
| | Componente |
| | 1 |
| v.23- I am proud of my own culture | ,783 |
| v.55- I am proud of myself | ,739 |
| v.42- I feel at home in Spain | -,343 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a. 1 componentes extraídos



Las saturaciones factoriales son altas para las dos primeras variables, pero la tercera carga negativamente en el factor.

Valores culturales

Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | |
|---|------------|------|
| | 1 | 2 |
| v.52- Sometimes I am embarrassed/ashamed of Spanish culture | -,807 | ,133 |
| v.36- I want to continue to learn about Spanish people | ,754 | ,279 |
| v.27- I believe that my worldview is one of many equally valid worldviews | -,129 | ,849 |
| v.25- Spanish culture has had a positive impact on my life | ,407 | ,666 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

El primer factor agrupa a dos variables, la primera de ellas con un valor alto, pero negativo, que implica la existencia de una fuerte correlación inversa entre estas dos variables. Los valores correspondientes a las variables agrupadas en el segundo factor también son altos, pero esta vez las variables se correlacionan directamente.

3.2 Análisis dimensional del escalamiento de estrés

Dimensiones:

- Estado de ánimo
- Relaciones sociales
- Autoestima
- Actividades diarias y afrontamiento
- Síntomas somáticos

Estado de ánimo

Esta dimensión se resuelve en dos subdimensiones: una con un claro predominio de un estado de ánimo negativo (F1) y la otra con un claro predominio de un estado de ánimo positivo (F2). A F1 se resuelve llamar “distrés” y a F2 se resuelve llamar “eutrés”.

Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | |
|---|------------|-------|
| | 1 | 2 |
| v.51- I am more sad than in my country | ,703 | -,373 |
| v.58- I get angry about things that usually don't bother me | ,634 | |
| v.64- I feel more emocional than in my Country | ,633 | ,159 |
| v.53- I feel that I lost interest in some things like hobbies, costumes,... | ,627 | |
| v.26- I am now more irritable than in my Country | ,607 | -,301 |
| v.49- I cry easily than in my country | ,594 | -,282 |
| v.70- I feel now more enthusiastic and happy | ,131 | ,817 |
| v.45- I am optimistic about things | -,220 | ,593 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

La subdimensión “distrés” involucra a seis variables, mientras que la subdimensión “eutrés” involucra a dos. Las seis variables del primer factor aparecen altamente correlacionadas, al igual que las dos del segundo factor.

Dimensión relaciones sociales

En esta dimensión aparecen también dos subdimensiones que se resuelven como “incomprensión” y “rechazo”.

Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | |
|---|------------|------|
| | 1 | 2 |
| v.65- I feel that people do not behave in a friendly manner | ,746 | |
| v.67- The main reason for my problems is because people don't understand me | ,732 | ,303 |
| v.20- I feel alone | ,675 | |
| v.38- I argue more frequently | | ,786 |
| v.69- I don't care about people | ,117 | ,774 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

La subdimensión de “incomprensión” agrupa a tres variables altamente correlacionadas y la subdimensión de “rechazo” agrupa a dos variables que también correlacionan muy bien.

Autoestima

Aparece como una dimensión única.

Matriz de componentes(a)

| | Componente |
|--|------------|
| | 1 |
| v.76- Usually I consider myself lower than others | ,783 |
| v.57- I lost confidence in myself | ,751 |
| v.34- I feel that I lost interest about my personal look (or appearance) | ,662 |
| v.22- Others are luckier than me | ,344 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 componentes extraídos

Esta dimensión agrupa cuatro variables, de ellas, la última variable (v.22) tiene un peso bajo dentro del factor.

Dimensión afrontamiento de las actividades diarias

Es una sola dimensión que agrupa a seis variables altamente correlacionadas.

Matriz de componentes(a)

| Componente | |
|--|------|
| 1 | |
| v.59- I feel that I have now more difficulties for paying attention | ,739 |
| v.80- I feel that I have now more difficulties in remembering things | ,697 |
| v.63- I feel worried about my daily things | ,687 |
| v.61- I have more difficulties for making decisions | ,642 |
| v.30- I feel that all things requires more effort than usual | ,533 |
| v.44- I need to check several times what I do | ,529 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a. 1 componentes extraídos

Dimensión síntomas somáticos

En el análisis factorial de esta dimensión aparecen cinco factores. Después de una profunda reflexión se identifican estos factores como:

F1: Síntomas somáticos generales (cinco variables)

F2: Trastornos de la alimentación (tres variables)

F3: Trastornos asociados a problemas para iniciar el sueño (dos variables)

F4: Trastornos asociados a problemas de relajación y cansancio (tres variables)

F5: Trastornos asociados a problemas para mantener el sueño y sexuales (dos variables)

Las subdimensiones de los síntomas somáticos

Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | | | | |
|--|------------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| v.75- Often I have the sensation that my arms and legs weigh more than in my country | ,703 | | -,180 | ,182 | ,231 |
| v.71- Sometimes I have headaches and backaches | ,610 | ,268 | | ,226 | -,226 |
| v.40- Sometimes I feel that my heart beats faster | ,591 | | ,118 | | ,126 |
| v.66- Sometimes I feel muscular pain | ,476 | | ,347 | | ,266 |
| v.73- Sometimes I have digestive problems | ,372 | | ,369 | ,311 | -,176 |
| v.28- I have less appetite and eat less than in my Country | ,134 | ,725 | ,165 | | ,148 |
| v.47- I have a bigger appetite and eat more than in my Country | ,196 | -,723 | ,126 | ,251 | |
| v.83- I feel that I lost weight because of my appetite | ,151 | ,682 | | ,264 | ,245 |
| v.32- I sleep here as much as in my Country | ,138 | | -,769 | | -,148 |
| v.31- I have difficulty to falling sleep | ,308 | ,237 | ,610 | ,119 | -,217 |
| v.79- I sleep too much and I have difficulty to waking up | | | -,157 | ,716 | |
| v.81- I find now more difficulties for relax | ,162 | ,181 | ,262 | ,636 | ,154 |
| v.54- I feel more tired and exhausted than in my Country | | | ,285 | ,540 | ,431 |
| v.60- I have less sexual drive or more sexual difficulties than in my Country | ,114 | ,190 | | ,157 | ,708 |
| v.24- I wake up earlier than usual (I don't sleep well) | ,269 | | ,456 | -,222 | ,465 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
 a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Las dos últimas variables del primer factor (v.66, v.73) tienen un peso bajo en éste, pero mientras v.66 correlaciona aceptablemente con el resto de las variables que componen dicho factor, v.73 muestra una saturación baja, similar a la que tiene en F3 y F4 (en F5 muestra una carga muy baja negativa), por lo que es factible su eliminación. Las variables que pertenecen al segundo factor muestran una alta correlación entre ellas

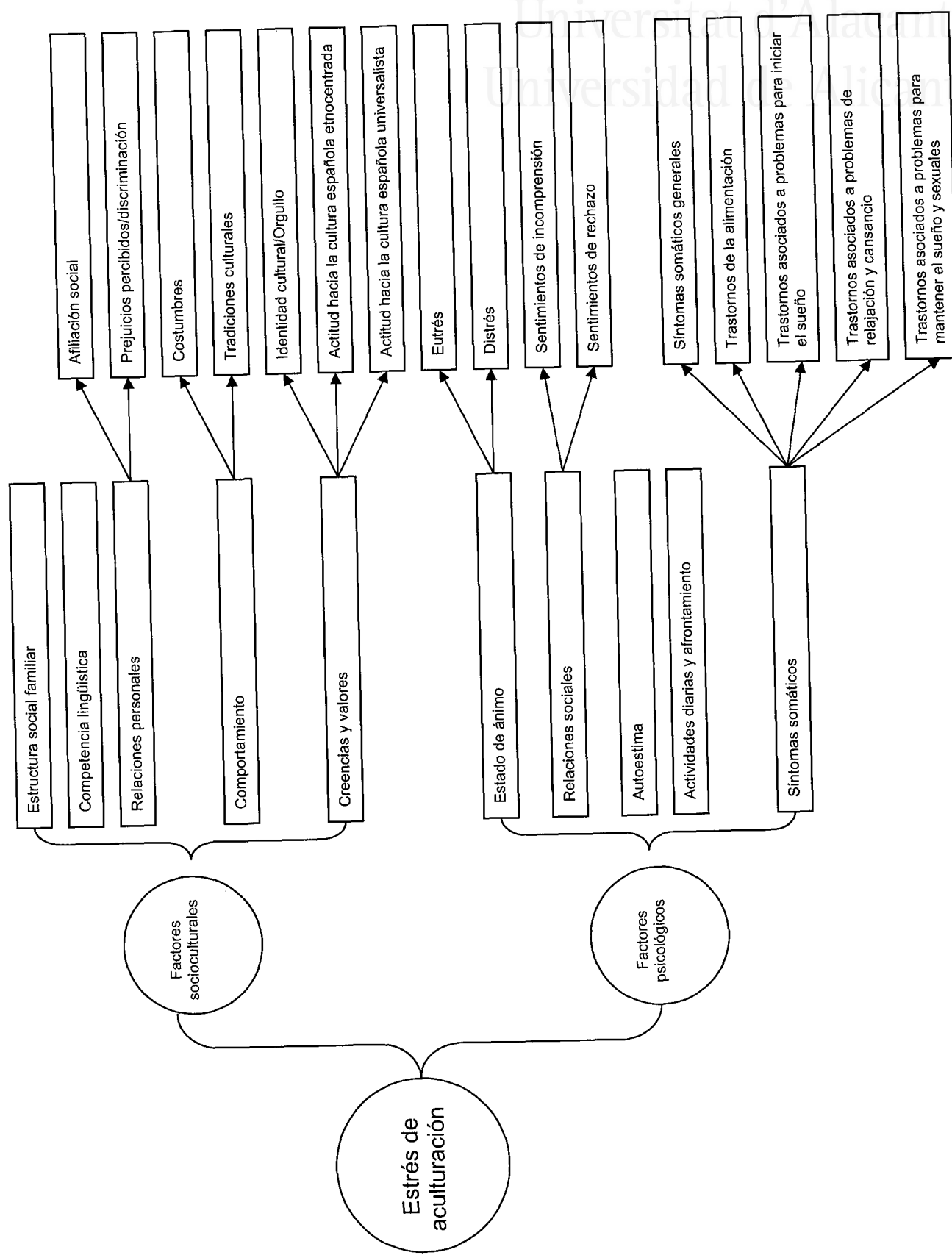
y lo mismo ocurre con las variables que pertenecen al cuarto factor. Las variables pertenecientes a F3 correlacionan inversamente entre ellas y las variables que pertenecen a F5 correlacionan entre ellas aceptablemente, teniendo en cuenta que v.24 satura bien también en F3, pero de cara a su adjudicación en un factor, le corresponde aquél donde su valor de carga es mayor.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3 Conclusiones del análisis dimensional del estrés de aculturación

La adaptación es un concepto muy usado en el estudio de los fenómenos que intervienen en el proceso de aculturación (Berry, 1976a, 1976b). Según este autor los niveles de estrés de aculturación están asociados a las características psicológicas de los grupos y de los individuos en contacto y es más elevado cuanto mayor es la distancia cultural y la necesidad de viajar (Berry, 1980). Conceptuar adecuadamente el estrés de aculturación no es fácil, y los individuos con contactos interculturales lo saben. En este sentido, el estrés de aculturación supondría una reacción a los nuevos retos que surgen durante el proceso de adaptación a una nueva cultura.

Este proceso de aculturación, presupone un ajuste en todos los ámbitos de la vida de un individuo, así pues, en nuestro modelo, los factores socioculturales y psicológicos están asociados fuertemente con el estrés de aculturación:

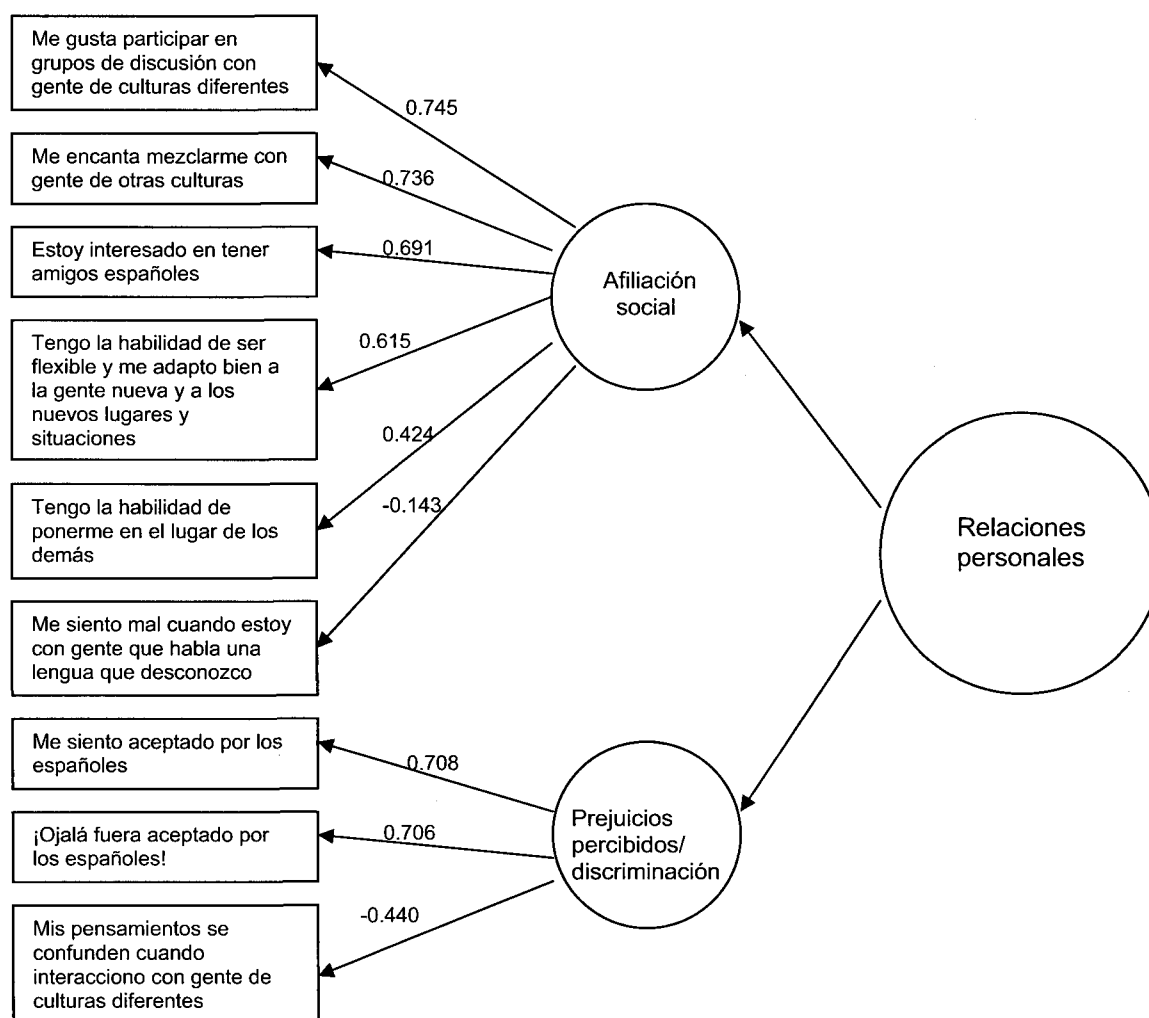




Factores socioculturales

- Estructura social familiar
- Competencia lingüística
- Relaciones personales
- Comportamiento
- Creencias y valores

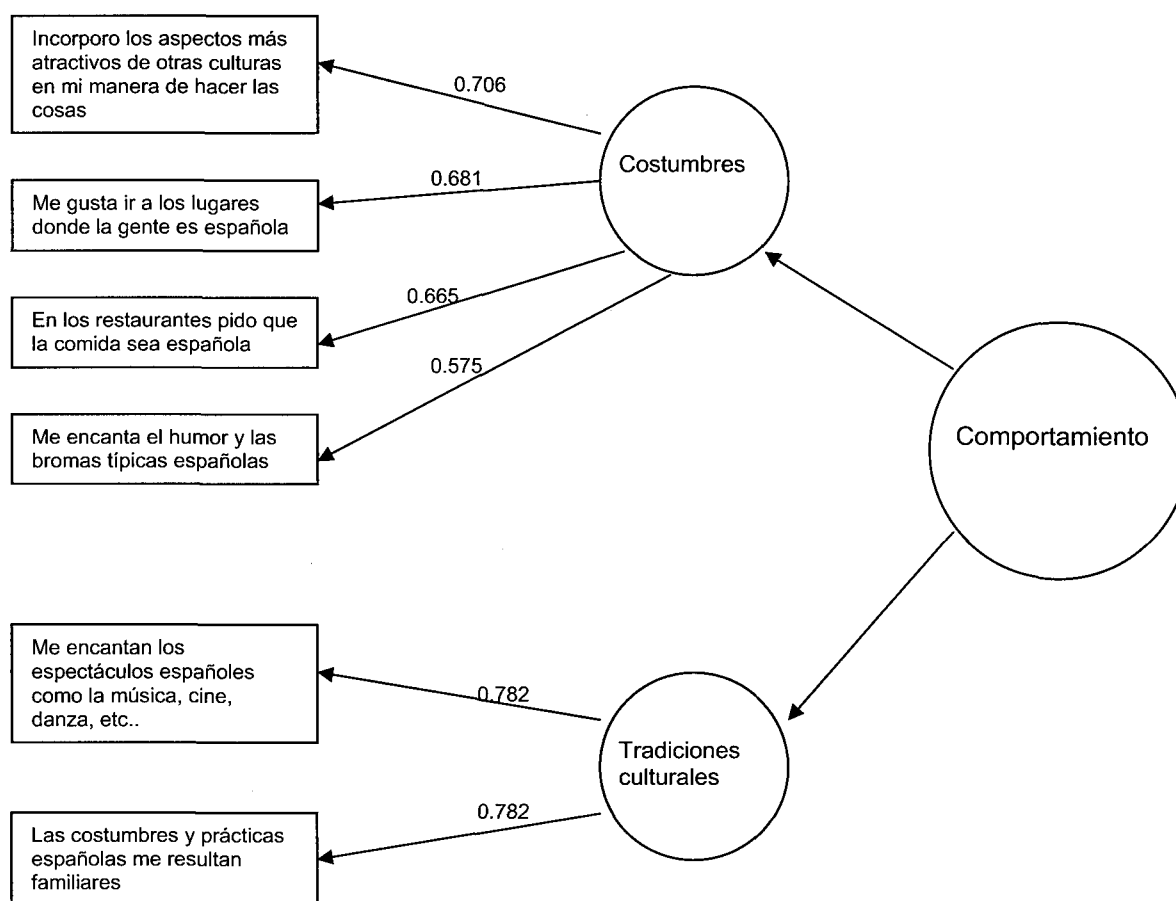
Dimensión relaciones personales



La flexibilidad para adaptarse a las nuevas circunstancias, sentirse a gusto con gente de culturas diferentes, mezclarse con gente de diferentes culturas, la habilidad de saber ponerse en el lugar del otro y el interés en tener amigos, en este caso de nacionalidad

española, son elementos muy importantes de afiliación social. El deseo de sentirse aceptado por personas de la cultura huésped, y el hecho de conseguirlo, son elementos que afectan directamente a la necesidad de integración del individuo en la nueva cultura, pero durante este proceso las ideas preconcebidas se tambalean, y pueden hacer que el individuo, inmerso en la confusión de estos cambios, se sienta discriminado.

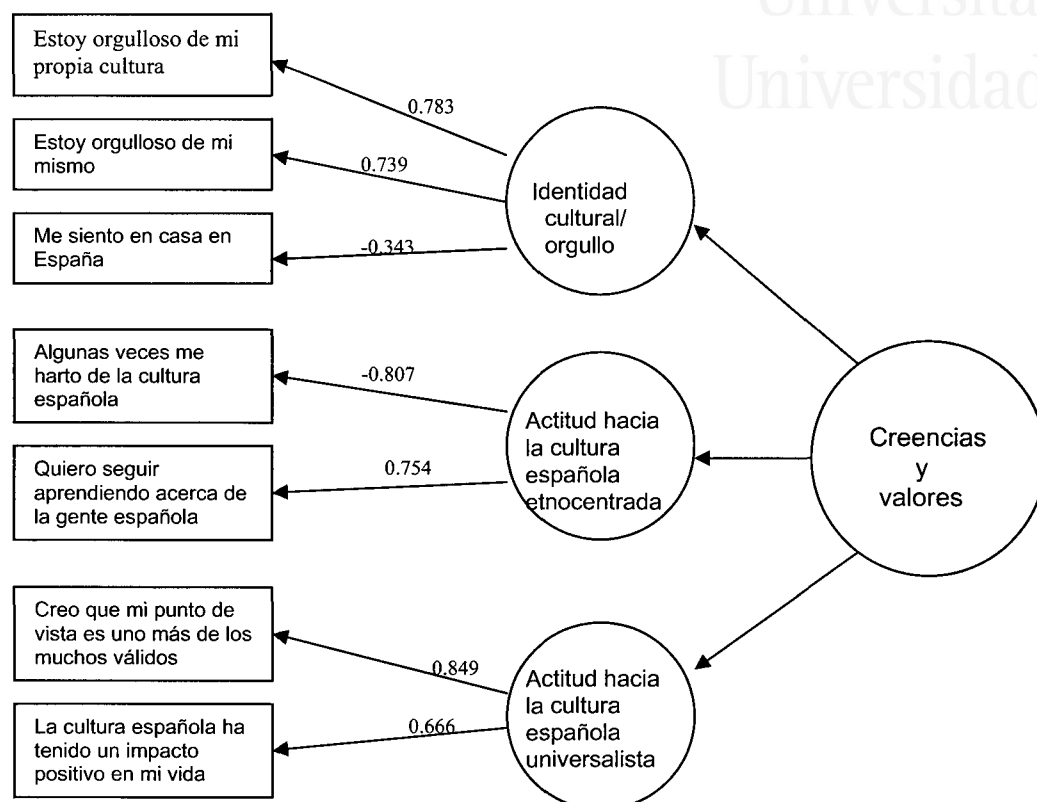
Dimensión comportamiento



El interés por los espectáculos españoles, sentirse familiar con las costumbres españolas, frecuentar los lugares donde la gente es española, como son los restaurantes donde se sirve comida española, gustar del carácter y forma de ser de los españoles, y poco a poco incorporar los aspectos más atrayentes de la nueva cultura en las costumbres diarias, son aspectos que pueden influir en el comportamiento del individuo.



Dimensión creencias y valores



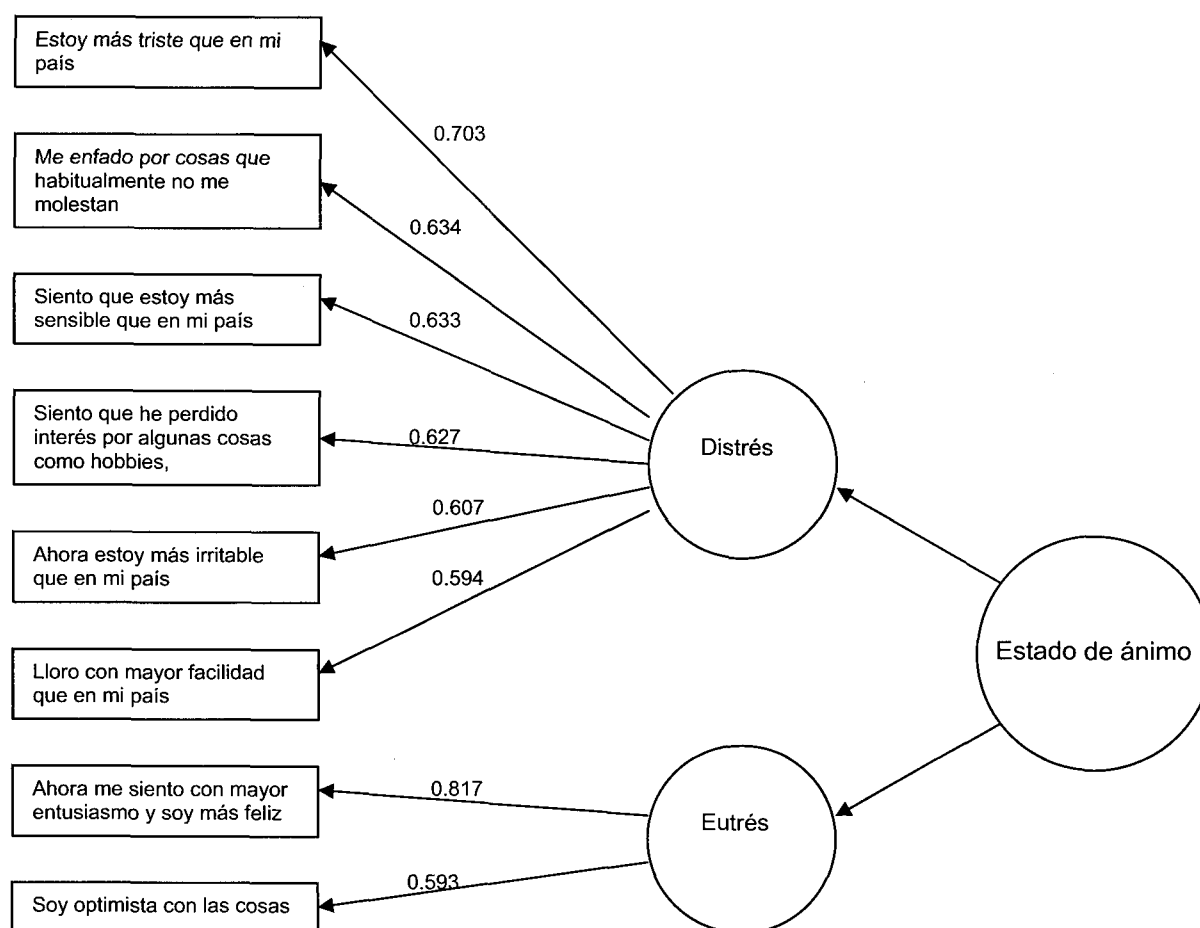
Querer seguir aprendiendo acerca de la gente de la cultura huésped, el respeto hacia el punto de vista del otro o, simplemente, sentir que la nueva cultura (en este caso la cultura española) influye positivamente en la propia vida, son valores diferentes e importantes que ayudan a entender algunas actitudes que pueden llegar a modificar las creencias y los valores adquiridos hasta ese momento. Lo contrario, la dificultad de poder entender esto, hace que algunas veces el individuo pierda el interés por la integración e incluso en algunos momentos podría sentirse hartó de la nueva cultura. El sentimiento de orgullo de uno mismo y de la propia cultura es muy importante en esta dimensión, y en general, aunque el individuo se siente integrado en la nueva sociedad, no llega a sentirse como se sentía en su país.



Factores psicosociales

- Estado de ánimo
- Relaciones sociales
- Autoestima
- Afrontamiento de las actividades diarias
- Síntomas somáticos

Dimensión estado de ánimo

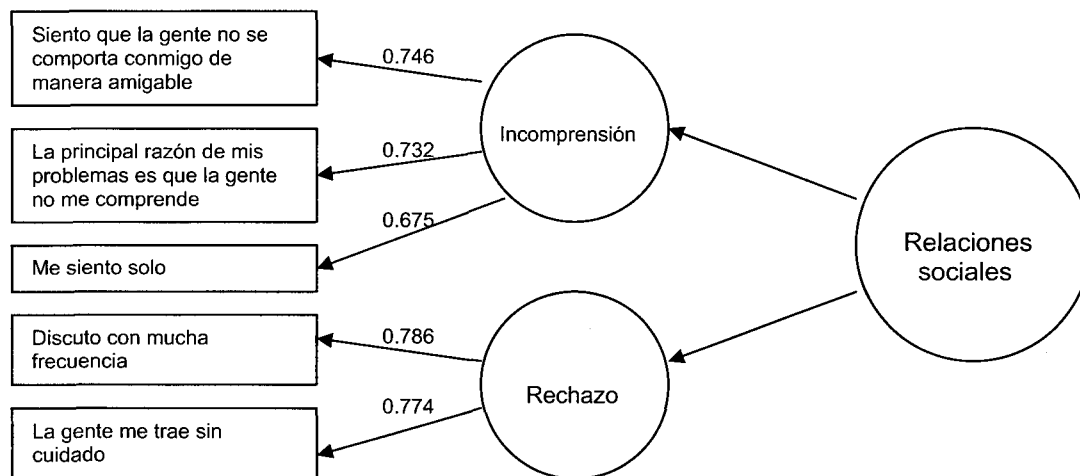


Sentir que se está más sensible e irritable, con una mayor tristeza, enfadarse o llorar con facilidad, perder el interés por las cosas, son elementos que influyen negativamente en el



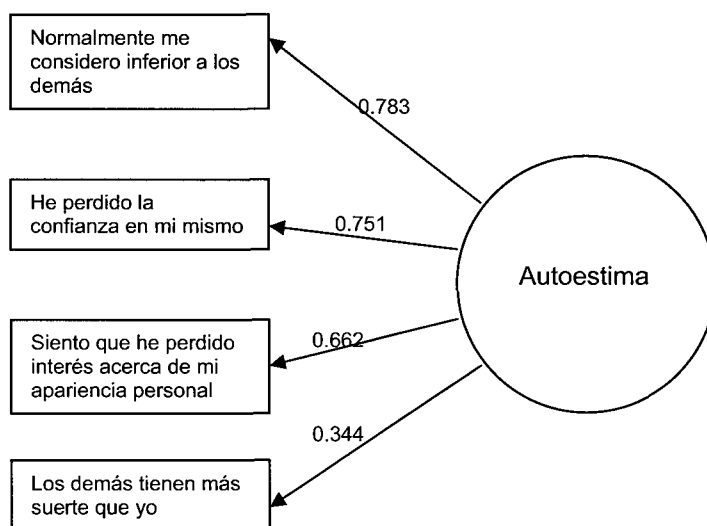
estado de ánimo del individuo. Por el contrario, sentirse con un mayor entusiasmo o ser optimista con las cosas son elementos que influyen de manera positiva en éste.

Dimensión relaciones sociales



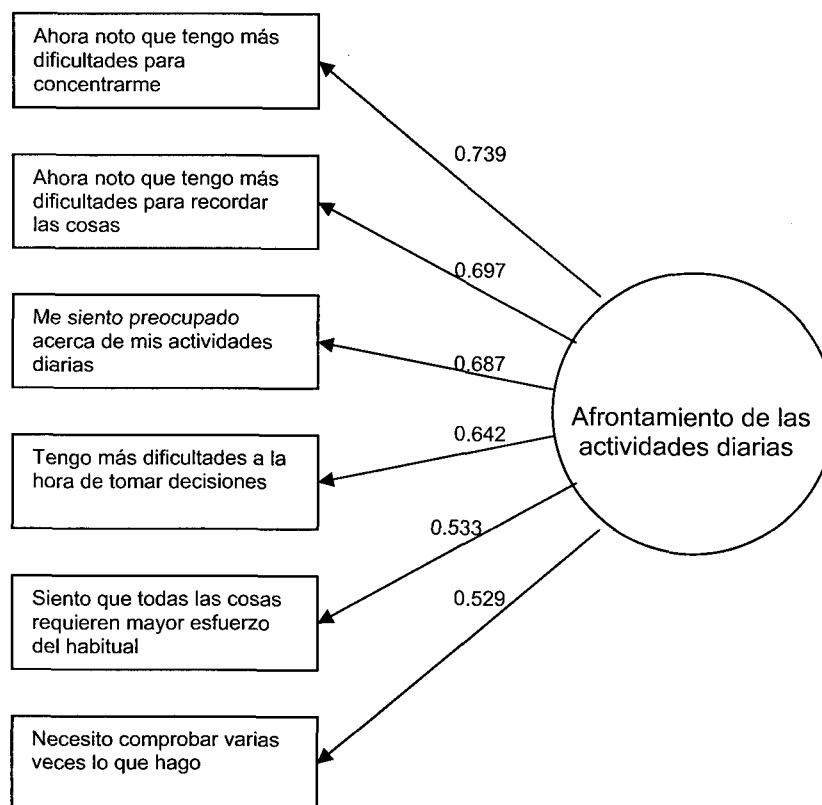
Los sentimientos de incomprensión y de rechazo que a veces se perciben de la gente que nos rodea, pueden hacer que se discuta con más frecuencia, y en general, cada vez la comunicación del individuo con el grupo es menor.

Dimensión autoestima



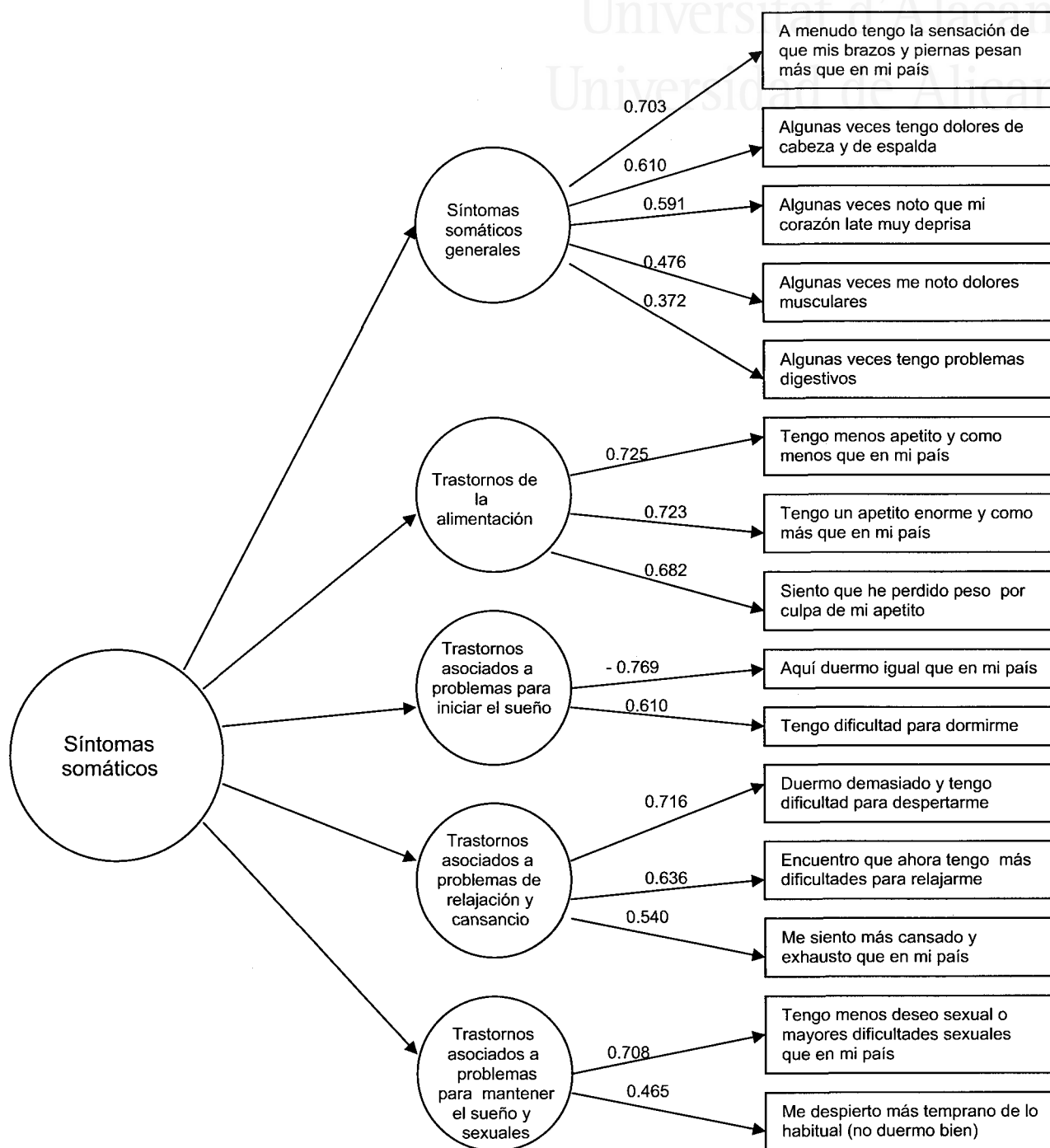
El sentimiento de inferioridad, la pérdida de confianza en uno mismo o la pérdida paulatina de interés en la apariencia personal son aspectos que influyen negativamente en la autoestima.

Dimensión afrontamiento de las actividades diarias



La dificultad para recordar las cosas, para tomar decisiones, comprobar una y otra vez lo que se hace, sentir que todas las cosas requieren un mayor esfuerzo del habitual, el exceso de preocupaciones o la falta de concentración son aspectos que dificultan el afrontamiento de las actividades diarias.

Dimensión síntomas somáticos



La sensación de pesadez corporal, sobretodo de las extremidades (aquello que los alemanes llaman *sbermut*¹), los dolores de cabeza, musculares o de espalda, la sensación de que el corazón late muy deprisa, los trastornos de la alimentación como puede ser el exceso de apetito, y lo contrario, la falta de apetito que puede derivar en una pérdida de peso, los trastornos asociados a los problemas para iniciar el sueño, y lo contrario, dormir demasiado, las dificultades para poder relajarse o el cansancio; despertarse más temprano de lo habitual teniendo la sensación de no haber descansado o una disminución del deseo sexual, y también un aumento de las dificultades sexuales, entre otros, son signos que “avisan” que el organismo está intentando “pasar factura”².

¹ (Ver pag. 49)

² Los problemas psicológicos pueden afectar al organismo. La manera en que estos problemas se somaticen dependerá sobre todo de la psicología del individuo, es decir, de su personalidad.



VI CONCLUSIONES FINALES

El estrés de aculturación involucra, al parecer, aspectos socioculturales, psicológicos y somáticos. Los aspectos socioculturales más importantes que esta tesis de investigación ha encontrado, y que al parecer influyen éste son: la competencia lingüística, las relaciones personales, el comportamiento y las creencias y los valores.

Las respuestas psicológicas de un individuo durante el proceso de aculturación son muy variadas e involucran, al menos, cinco áreas o dimensiones: estado de ánimo, relaciones sociales, autoestima, afrontamiento de las actividades diarias y síntomas somáticos. Una característica esencial de los trastornos adaptativos es el desarrollo de síntomas, signos emocionales o comportamentales como respuesta a un estresante psicosocial identificable, que en el caso del estrés de aculturación estas respuestas psicológicas estarían determinadas por un inductor de estrés o estresante de índole sociocultural¹.

Vemos, pues, que el estrés de aculturación no comparte con el trastorno de adaptación el mismo tipo de estresante, y esto mismo se repite para el resto de los trastornos mencionados en esta tesis de investigación, como el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad, el trastorno mixto ansioso-depresivo, el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático o la fobia social, entre otros.

Los signos y síntomas más significativos que influyen en la aparición de estrés de aculturación que esta tesis de investigación ha encontrado quedarían sintetizados en la tabla siguiente:

¹ Si atendemos a la clasificación multiaxial del manual DSM-IV, el estrés de aculturación se codificaría según los síntomas predominantes en el Eje I, pero el estresante específico que lo provoca podría pertenecer al eje IV.

Signos y síntomas relacionados con el estrés de aculturación

| Factores socioculturales | Factores psicológicos y somáticos |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de flexibilidad para adaptarse a nuevas circunstancias • No sentirse a gusto con gente de culturas diferentes a la propia • Dificultad para empatizar con la gente • Falta de interés para hacer amistades nuevas de culturas diferentes a la propia • Sentimientos de falta de aceptación por la cultura huésped • Deseos de querer sentirse aceptados por la cultura huésped • Percibir prejuicios o discriminación por parte de la cultura huésped • "Confusión" de ideas preconcebidas acerca de la cultura huésped • Falta de familiaridad e interés acerca de las costumbres y tradiciones de la cultura huésped • Falta de interés para entender las actitudes, creencias y valores de la gente que pertenece a la cultura huésped • Falta de entendimiento y aceptación de los diferentes puntos de vista • Falta de entendimiento y aceptación de la cultura huésped • Excesivo sentimiento de identidad cultural propia • Disonancia sociocultural • Deprivación/sobrecarga sensorial • Incompetencia lingüística • Nacionalidad • Disminución del soporte social | <ul style="list-style-type: none"> • Labilidad afectiva • Falta de interés por algunas cosas • Aumento de la sensibilidad, con tendencia a la irritabilidad y al llanto fácil • Aumento del entusiasmo y optimismo • Sentimientos de tristeza • Sentimientos de incompreensión y de rechazo • Pérdida de confianza en uno mismo (comprobar una y otra vez lo que se hace) • Sentimientos de inferioridad • Pérdida de interés en la apariencia personal • Disminución de la autoestima • Dificultad para concentrarse (exceso de preocupaciones) • Dificultad para recordar las cosas • Dificultad para tomar decisiones • Sentir que todas las cosas requieren mayor esfuerzo del habitual • Sensación de pesadez en brazos y piernas • Dolores de cabeza y de espalda • Taquicardia • Dolores musculares • Problemas gastrointestinales • Problemas de falta de apetito que puede conllevar pérdida de peso • Problemas de exceso de apetito (bulimia) • Problemas asociados a dificultades para conciliar el sueño • Hipersomnias • Dificultades para relajarse • Problemas de cansancio excesivo • Disminución del deseo sexual • Aumento de los problemas sexuales • Sueño intermitente |

Fuente: elaboración propia.

Las dimensiones o aspectos socioculturales, psicológicos y somáticos del estrés de aculturación que se dan en el "choque cultural" de las sociedades europeas, se podrían

resumir también en la tabla² siguiente, que podría servir para explicar el proceso de transformación que sufre el individuo, como ser social, para poder integrarse en la sociedad global.

| EL CHOQUE CULTURAL EN LAS SOCIEDADES EUROPEAS | | | |
|--|---|--|--|
| Problemas más importantes de los residentes extranjeros | Fase de crisis: elección de la estrategia de aculturación | Consecuencias de la fase de crisis | Dimensiones o aspectos socioculturales, psicológicos y somáticos del estrés de aculturación |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incompetencia lingüística • Incompetencia cultural • Nacionalidad • Gestión burocrática • Problemas económicos • Disminución del soporte social • Nuevas normas y valores • Nuevas amistades • Ausencia de vínculos familiares • Dificultad para encontrar un trabajo adecuado • Soledad • Edad avanzada • Falta de infraestructuras geriátricas • Falta de soporte de ayuda domiciliaria • Empeoramiento de la salud • Otros problemas | <p>Despliegue: El objetivo es la adaptación y la participación en las actividades sociales de la cultura huésped.</p> <p>El contacto con la cultura huésped es alto.</p> <p>Posibles actitudes de aculturación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asimilación - Integración - Innovación | <p>Afrontamiento (alto nivel de estrés de aculturación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residir con gente de la cultura huésped • Relaciones sociales frecuentes con individuos que pertenecen a la cultura huésped • Participación en fiestas de la cultura huésped • Alto interés de aprendizaje de la lengua y costumbres de la cultura huésped | <ul style="list-style-type: none"> • Estructura social familiar • Competencia lingüística • Costumbres • Tradiciones culturales • Identidad cultural/orgullo • Actitud hacia la cultura española etnocentrada • Actitud hacia la cultura española universalista • Eutrés • Distrés • Sentimientos de incomprensión • Sentimientos de rechazo • Autoestima • Afrontamiento de las actividades diarias • Síntomas somáticos generales • Trastornos de la alimentación • Trastornos asociados a problemas para iniciar el sueño • Trastornos asociados a problemas para iniciar el sueño • Trastornos asociados a problemas de relajación y cansancio • Trastornos asociados a problemas para mantener el sueño y sexuales |
| | <p>Repliegue: el objetivo es volver a la seguridad del hogar, del lugar donde se vive.</p> <p>El contacto con la cultura huésped es mínimo.</p> <p>Posibles actitudes de aculturación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separación - Marginación - Exclusión social | <p>Huida o evitación (bajo nivel de estrés de aculturación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reproducción de las pautas culturales propias • Asociacionismo horizontal (con individuos de su propia nacionalidad o que hablen su misma lengua) | |

Fuente: elaboración propia.

Los residentes extranjeros, en general, cuando abandonan su país experimentan una disminución de su soporte social significativa, sobretodo de signos y símbolos familiares y de

² A la tabla de la página 166 de esta tesis de investigación se le ha añadido el apartado de aspectos socioculturales o psicológicos del estrés de aculturación.

intercambio social entorno a los cuales tenían su vida estructurada. En este sentido, cuanto mayor es la distancia cultural que separa la sociedad de origen de la de acogida, mayor será el esfuerzo de adaptación que deberán hacer, y mayor la intensidad con que experimentan el estrés de aculturación. La incompetencia lingüística y cultural, las dificultades para encontrar un trabajo adecuado, la falta de vínculos familiares, los problemas económicos, los problemas burocráticos, las nuevas normas a que se ven sometidos, la soledad, en fin, los problemas inherentes al proceso de aculturación, se agravan aún más cuando la edad es avanzada y comienzan a emerger algunos problemas de salud.

Estos problemas se enmarcan dentro de una sociedad global cada vez más multicultural, donde el resultado de los procesos de aculturación no se determinan solamente por las características sociales y psicológicas del individuo sino también por la forma en que el proceso de aculturación se lleva a cabo dentro del grupo al que el individuo cree pertenecer. Las diferencias intergrupales adquieren un papel importante en el proceso de adaptación del individuo al nuevo entorno, pues de la manera en que éste perciba los diferentes aspectos o dimensiones involucradas en este proceso, puede depender la elección de su estrategia de aculturación. El choque cultural se refiere a estas diferencias intergrupales que se dan en las sociedades modernas.

En general, en las sociedades europeas los residentes extranjeros que llegan a un país por vez primera, suelen identificarse con un grupo de referencia que por regla general habla su misma lengua y comparte sus mismos valores. La tendencia al asociacionismo horizontal refuerza aún más esos valores, así, estos grupos que reproducen sus propias pautas culturales, se convierten poco a poco en un punto de referencia muy importante para el individuo, siendo pocos los individuos que se esfuerzan por aprender la lengua del país que han elegido para vivir, que se esfuerzan por integrarse plenamente en la cultura huésped, así que por regla general, las oportunidades laborales para ellos son muy pocas, y se concentran en sectores específicos que los aíslan aún más del resto de la sociedad. No es de extrañar que estos residentes jóvenes extranjeros pasado un tiempo, que al parecer se situaría entre los dos o tres años³, regresen a su país de origen donde pueden tener mejores condiciones laborales.

³ Según los resultados del análisis cualitativo en esta tesis de investigación.

De la “reconstrucción” del tejido social que rodea al residente extranjero, se derivarán consecuencias claras para su integración en la sociedad global; De ahí que éste tenga en sus manos la oportunidad de elegir ampliar la densidad de sus relaciones incluyendo a individuos pertenecientes a la cultura huésped (estrategia de despliegue) o bien limitar estas relaciones a los individuos del grupo al que cree pertenecer (estrategia de repliegue).

En la estrategia de *despliegue* el afrontamiento de los problemas inherentes al proceso de aculturación puede hacer que en un principio este individuo sienta un alto nivel de estrés de aculturación, que será mayor o menor dependiendo sobretodo de su personalidad y de la distancia cultural. Poco a poco este individuo va adquiriendo las herramientas necesarias que le permitirán resolver cada vez con mayor acierto los problemas que van surgiendo durante este proceso de aculturación, facilitando su integración en la cultura huésped.

Por el contrario, el individuo que elija la estrategia de *repliegue* se sentirá reconfortado en la seguridad del lugar donde vive, con sus vecinos y amigos, los niveles de estrés de aculturación que experimenta serán bajos, pero cuando necesite salir de esa “seguridad” por algún motivo, los niveles de estrés de aculturación serán altos e intensos, pues apenas ha aprendido a comunicarse con la cultura huésped.

Dentro de los objetivos más importantes de la estrategia de *despliegue*⁴ está la adaptación y la participación en las actividades sociales de la cultura huésped, mientras que uno de los objetivos más importantes de la estrategia de *repliegue*⁵ sería volver a la seguridad del hogar, del lugar donde se vive, donde el contacto con la cultura huésped es mínimo.

Después de todo lo expuesto, podríamos definir el estrés de aculturación como “el conjunto de signos y síntomas que indican la transformación que experimenta un individuo en

⁴ Algunas actitudes posibles de aculturación serán las propuestas por Berry (1980) como asimilación o integración. Asimismo podemos encontrar más actitudes aculturativas, como la de *innovación* que propone Roosevelt; disponible en: < <http://www.culture-at-work.com/cacweek.10.html> >[En línea].

⁵ Algunas actitudes posibles de aculturación para esta estrategia, ya propuestas por Berry (1980) serán la segregación o la marginación. Otra actitud de aculturación también puede ser la *exclusión social*, cuya diferencia principal con la segregación reside en que en ningún caso es elegida por el individuo.

contacto con una cultura que no es la propia". En este sentido, estos signos y síntomas aparecen como consecuencia de la fase de crisis que experimenta el individuo en un intento de superación de la anomia que siente en la nueva cultura. La intensidad con que el individuo experimenta estos signos y síntomas dependerá sobretodo de la distancia cultural, de la personalidad y de la estrategia de aculturación que elija.

El testado y validación de los escalamientos de aculturación y estrés han demostrado una validez muy elevada. En conjunto, los indicadores elegidos expresan de forma coherente las dimensiones teóricas subyacentes esperadas. En ese sentido, tanto la relación de indicadores elegidos como su agrupación teórica expresan una covariación estadística empírica. Estas dos mediciones conjuntamente con las subdimensiones asociadas definen dos herramientas fundamentales e inéditas en España para el desarrollo de investigaciones sobre estos procesos sociales.

Esta tesis de investigación ha hecho un esfuerzo, desde la triangulación metodológica, intentando identificar los principales signos y síntomas del estrés de aculturación que, tal vez, podrían ayudar a disminuir la incertidumbre diagnóstica de un problema que cada día cobra mayor importancia en las sociedades europeas.



VII BIBLIOGRAFÍA

- Adler A. (1912) *El carácter neurótico*. Ed. Paidós. Barcelona, 1984.
- Adler P. S. (1975) The transitional experience: an alternative view of culture shock. *Journal of Humanistic Psychology*; 15, 13-23.
- Aguado C., Martínez J., Onís M. C. et al. (2000) Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria*; 26 (supl. 1): 328.
- Aguirre Beltrán G. (1992) *Obra antropológica VIII. Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, FCE.
- Alaminos A., Santacreu O., Albert M. C. (2002) *Los procesos de aculturación y socialización de extranjeros en Alicante*. European Observatory of Social Trends (Obets). Universidad de Alicante.
- Alexander F. (1950) *Psychosomatic Medicine: Its Principales and Aplications*. New York, W.W. Norton.
- Alexander F. y Selenjilk S. (1970) *Historia de la psiquiatría*. Espaxs, Barcelona.
- Alexander J. C. (1982) *Les antinomies of Classical Thought: Marx and Durkheim*. Rotledge, Londres.
- Allen, L., Denner, J., Yoshikawa, H., Seidman, E., & Aber, J. L. (1996). Acculturation and depression among Latina urban girls. In B. J. R. Leadbeater & N. Way (Eds.), *Urban girls: Resisting stereotypes, creating identities* (pp. 337-352). New York, New York University Press.
- Alvarez Andrews O. (sin fecha) *Las Fuerzas Sociales. Ensayo de sociología aplicada*. México, Gráfica Panamericana.
- American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. 4ª edición. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association (2001) *DSM-IV-TR Manual estadístico de los trastornos mentales-IV-Texto revisado*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association (2002) *Breviario Criterios diagnósticos*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association DSM III (1985) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª edición). Barcelona, Masson.
- Anderson J., Moeschberger M., Chen Jr. M. S., Kunn P., Wewers M. E., & Guthrie R. (1993). An acculturation scale for Southeast Asians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 28, 134-141.
- Anton RF, Moak DH, Latham P. (1995) The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A Self-Rated Instrument for the Quantification of Thoughts about Alcohol and Drinking Behavior. *Alcohol Clin. Exp. Res.*; 19(1): 92-99.

- Baert P. (2001) *La teoría social en el siglo XX*. Madrid, Alianza Editorial.
- Baille R. (1995) *Alcohol and the mass media: an evaluation of avenues of public influence*. 21st. Portugal Annual Alcohol Epidemiology Symposium.
- Ballinger C. B., Smith A. H. W. and Hobbs P. R. (1985) Factors associated with psychiatric morbidity in woman. A general practice survey. *Acta Psychiat. Scand*; 71, 272-280.
- Ball-Rokeach S. J. (1973) From pervasive ambiguity to a definition of the situation. *Sociometry*; 36, 3-13.
- Barnett H. G. (1954) Acculturation: an exploratory formulation. *American Anthropology*; vol.56, pp. 974.
- Barona, A., & Miller, J. A. (1994) Short Acculturation Scale for Hispanic Youth (SASH-Y): A preliminary report. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 16(2), 155-162.
- Barrera M., and Ainlay S. L. (1983) The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*; 11, 133-143.
- Bastide R. (1967) *Sociología de las enfermedades mentales*. Ed. Siglo XXI, México.
- Bebbington P. E., Hurry J., Tenant C., Sturt E. and Wing J. K. (1981) The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med*; 11, 561-580.
- Bech P. (1996) *The Beck, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10*. Second edition. Berlin Heidelberg: Springer; p35-42.
- Beck A. T., Guth D. Steer R. A. et al. (1997) Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav. Res. Ther.*; 35: 785-791.
- Beck A. T., Rial W. Y., Rickels K. (1974) Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports*; 34: 1184-1186.
- Beck A. T., Steer R. A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of anxiety Disorders*; 5: 213-223.
- Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. et al. (1961) Inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatr.*; 4: 561-571.
- Beck A., Wynnendod P. (1964) Thinking and depression. *Arch. Gen. Psychiatry* ; 10, 561-571.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. i Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Becona E., Vázquez F. L. (1998) The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*; 83 (3 Pt2): 1455-1458.
- Beiser M. R. (1988) Influence of time, ethnicity and attachment on depression in Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*; 145, 46-51.
- Beneke M. (1987) Methodological investigation of the Hamilton Anxiety Scale. *Pharmacopsychiat.*; 20: 249-255.
- Benson H. (1976). *The relaxation response*. New York, Avon Books.
- Berger P. (2000) *Introducción a la sociología*. México, Limusa.
- Berriain J., Iturrate J. L. (ed).; (1998) *Para comprender la teoría sociológica*. Estella, Ed. Verbo Divino.

- Bernard C. (1959) *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Traducción del original de 1878. Buenos Aires, El Ateneo.
- Berrios G. (1999) Anxiety disorders : a conceptual history. *J. Affect. Disord.* ; 56, 83-94.
- Berrios G. E. (1988) Descripción y entrevistas estructuradas en psiquiatría. En: Guimón J, Mezzich J. E., Berrios G. E. *Diagnóstico en Psiquiatría*. Salvat, Barcelona; 195-9.
- Berry J. W. (1970) Marginality, stress, and ethnic identification in an acculturated Aboriginal community. *Journal of Cross-Cultural Psychology*; 1, 239-252.
- Berry J. W. (1976a) *Individual adaptation to change in relation to cultural complexity and psychological differentiation*. American Anthropological Association.
- Berry J. W. (1976b) *Human Ecology and Cognitive Style: Comparative Studies in Cultural and Psychological Adaptation*. New York: Sage/Halsted.
- Berry J. W. (1980) Acculturation as varieties of adaptation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO: Westview.
- Berry J. W. (1984) Cultural relations in plural societies. In M. Brewer & Miller (Eds.), *Groups in contact* (pp. 11-27). New York: Academic Press.
- Berry J. W. (1998) Acculturation and health: Theory and practice. In S. S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), *Cultural clinical psychology: Theory and practice* (pp. 39-57). New York, Oxford University Press.
- Berry J. W., & Annis R. C. (1974a) Acculturation stress: The role of ecology, culture and differentiation. *Journal of Cross-Cultural psychology*; 5, 382-406.
- Berry J. W., & Kim U. (1988) Acculturation and mental health. In P.R. Dasen, J. W. Berry & N. Sartorius (Eds.), *Health and cross-cultural psychology: Towards application* (pp. 207-236). Newbury Park, CA: Sage.
- Berry J. W., Kim U., Minde T., & Mok D. (1987) Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*. 21, 491-511.
- Berry J. W., Kim U., Power S. Young M., & Bujaki M. (1989) Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology*; 38, 185-206.
- Berry J. W., Trimble J. E. & Olmedo E. L. (1986) Assessment of Acculturation. In: W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.) *Field methods in cross-cultural research* (pp. 291-345). Beverly Hills, C.A.: Sage.
- Berry J.W. (1974b) Psychological aspects of cultural pluralism: Unity and identity reconsidered. *Topics in Culture Learning*; 2, 17-22.
- Berry J.W. (1997) Inmigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*; 46, 5-34.
- Besnard P. (1973) Durkheim et les femmes ou Le Suicide inachevé. *Revue Française de Sociology*; 14: 27-61.
- Besnard P. (1978) Merton à la recherche de l'anomie. *Revue Française de Sociologie*; 19, 3-61.
- Besnard P. (1987) *L'anomie, ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim*. Paris, PUF.
- Besnard P. (1993) *Émile Durkheim. Sociologist and Moralist*. Londres, Routledge; pp. 160-169.

- Besnard P. (1998). Anomia y fatalismo en la teoría dukheimiana de la regulación. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 81.
- Betes L. G. Y Sarries L. (1972) *Sociología. La ciencia de la convivencia*. Estella, Verbo Divino.
- Biggs JT, Wylie CT, Ziegler V. (1978) Validity of the Zung Self-rating Depression Scale. *British Journal Psychiatry*; 132: 381-385.
- Birman, D. (1994). Acculturation and human diversity in a multicultural society. In E. J. Trickett, R. J. Watts, & D. Birman (Eds.), *Human diversity* (pp. 261-284). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Blashfield R. K. (1984) *The classification of Psychopathology: Neo-Kraepelinean and quantitative approaches*. New York, Plenum Press.
- Bobes J., Bulbena A., Luque A., Dal-Ré R., Ballesteros J., Ibarra N., y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas [GVEEP] (2003) Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina clínica*, 120 (18): 693-700.
- Bobes J., G., Portilla M. P., Bascarán M. T., Sáiz P. A., Bousoño M. (2002). Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Médica*. Barcelona, Psiquiatría Editores.
- Bobes J., González M. P., Sáiz P. A., Bousoño M. V. (1999) *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona, Masson.
- Bock P. (Ed.) (1970) *Culture Shock : A Reader in Modern Anthropology*. New York, Alfred A. Knopf.
- Bond M. et al. (1987) Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*; 18, 143-164.
- Bourhis R., Moise C., Perreault S., & Sénécal S. (1997) Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. *International Journal of Psychology*; 32, 369-386.
- Bowlby J. (1960) Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*; 15, 9-52.
- Breuer J., Freud S. (1955) On the psychical mechanism of hysterical phenomena. Preliminary communication. En: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*; Vol. 2. London, Hogarth Press.
- Brink T. L., Yesavage J. A., Lum O. et al. (1982) Screening tests for geriatric depression. *Clin. Gerontol.*; 1: 37-43.
- Brown G. W. and Harris T. (1978) *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London, Tavistock.
- Brown G. W. and Prudo R. (1981) Psychiatric disorder in a rural and an urban population: A etiology and depression; *Psychol Med*; 581-599.
- Bruner E. M. (1956) Cultural transmission and culture change. *Southwest Journal of Anthropology*; 12, 191-199.
- Bulbena A., Berrios G. E. y Fernandez P. (2000) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Masson.
- Burnam M. A., Telles C. A., Karno M., Hough R. L., Escobar J. I. (1987) Measurement of acculturation in a community population of Mexican Americans. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*; 9 (2) 105-130.

- Burton R. (1997) *Anatomía de la melancolía*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Byrnes F. C. (1966) Role shock: an occupational hazard of American technical assistants abroad. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*; 368, 95-108.
- Caballo V. (1993) *Manual para la evaluación y el entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Campo S. Y otros (1988) *Tratado de Sociología I y II*. Madrid, Taurus (2ª Ed. corregida y aumentada).
- Cannon W. B. (1929) Organization for Physiological Homeostasis. *Physiol. Rev.*; 9: 39-432.
- Cannon W. B. (1939) *The Wisdom of the Body*. 1ª rev. ed. WW. New York, Norton and Company.
- Caro I, Ibáñez E. (1992) La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. *Bol. Psicol*; 36: 43-69.
- Carvajal, S. C., Photiades, J. R., Evans, R. I., & Nash, S. G. (1997). Relating a social influence model to the role of acculturation in substance use among Latino adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*; 27, 1617-1628.
- Celso (1989) *El discurso verdadero contra los cristianos*. Madrid, Alianza Editorial.
- Cervantes, R. C., Padilla, A. M., & Salgado de Snyder, N. (1991) The Hispanic Stress Inventory: A culturally relevant approach to psychosocial assessment. *Psychological Assessment*, 3(3), 438-447.
- Chomsky N. (1995) *La aldea global*. Tafalla, Ed, Txalaparta.
- Chun K. M., Balls Organista P., & Marín G. (2002) *Advances in Theory, Measurement, and Applied Research. Conceptual Approaches to Acculturation*. Washington D.C., American Psychological Association.
- Clarck M., Kauffman S., & Pierce R. (1976) Explorations of acculturation: Toward a model of ethnic identity. *Human Organization*; 35, 231-238.
- Cloward R., y Ohlin L. (1960) *Delinquency and Opportunity*. Nueva York, Free Press.
- Cobb S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*; 3, 300-314.
- Cochrane R. (1983) *The social creation of mental illness*. London, Longman.
- Cochrane R. and Stopes Roe M. (1981) Woman, marriage, employment and mental health. *British Journal of Psychiatry*; 139, 373-381.
- Cochrane R. and Stopes-Roe M. (1980); Factors affecting the distribution of psychological symptoms in urban areas of England. *Acta Psychiat. Scand.*; 61, 445-460.
- Cohen A. (1955) *Delinquent Boys*. Nueva York, Free Press.
- Cohen P. (1968) *Modern Social Theory*. Londres, Heinemann.
- Comeche M. I., Díaz M. I., Vallejo M. A. (1995) *Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Comstock G. W. and Helsing K. J. (1976) Symptoms of depression in two communities. *Psychol Med*; 61, 445-460.
- Conde V., Esteban T. (1975) Fiabilidad de la SDS (Self-Rating Depression Scale) de Zung. *Rev. Psicol. Gen. Aplic.*; 30-903-913.

- Conde V., Esteban T., Useros E. (1991) Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Rev. Psicol. Gen. Aplic.*; 31: 469-497.
- Conde V., Franch J. L. (1984) *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid, Upjohn.
- Cortés, D. E., Rogler, L. H., & Malgady, R. G. (1994) Biculturalism among Puerto Rican adults in the United States. *American Journal of Community Psychology*, 22(5), 707-721.
- Coser L. A. (1971) *Masters of Sociological Thought. Ideas in Historical and Social Context*. Nueva York, Harcourt Brace Jovanovich.
- Crawford M. E., Handal P., & Wiener R. L. (1989) The relationship between religion and mental health/distress. *Review of Religious research*; 32, 16-22.
- Cuellar I., Arnold B., & Maldonado R. (1995) Acculturation rating scale for Mexican Americans II: a revision of the original ARSMA scale. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 17, 275-304.
- Cuellar, I., & Roberts, R. (1997). Relations of depression, acculturation, and socioeconomic status in a Latino sample. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 19, 230-238.
- Cuellar, I., Harris, L. C, & Jasso, R. (1980) An acculturation scale for Mexican American normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 2(3), 199-217.
- D'Art P, Katona P, Mullan E et al. (1994) Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and performance of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) and the development of shorter versions. *Fam. Pract.*; 11: 260-266.
- Dana, R. H. (1996). Assessment of acculturation in Hispanic populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 18: 317-328.
- David K. (1971) Culture shock and the development of self-awareness. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 4, 44-48.
- Davidson J, Turnbull CD, Strickland R. et al. (1986) The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr. Scand.*; 73: 544-548.
- Dawson, E. J., Crano, W. D., & Burgoon, M. (1996) Refining the meaning and measurement of acculturation: Revisiting a novel methodological approach. *International Journal of Intercultural Relations*; 20(1), 97-114.
- De las Cuevas Castresana C., González de Rivera J. L., Henry Benítez M., Monterrey A. L., Rodríguez-Pulido F., Gracia Marco R. (1991) Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*; 7 (3): 27-30.
- De Santiago A, Vázquez-Barquero JL y Díez-Manrique JF. (1993) El rol femenino como determinante de la salud mental de las mujeres de la población general de Cantabria. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.*; 2175, 168-180.
- Del Campo S. (1975) *Diccionario de Ciencias Sociales*. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, UNESCO.
- Del Pino Artacho J. (1990) *La teoría sociológica. Un marco de referencia analítico de la modernidad*. Madrid, Ed. Tecnos.
- Deosaransingh K., Moreno C., Woodruff S. I., Sallis J. F., Vargas R., & Elder J. P. (1995). Acculturation and smoking in Latino youth. *Health values*; 19, 49-52.

- Derogatis L. R. (1977) *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. Baltimore, John Hopkins University, School of Medicine.
- Deyo R. A., Diehl A. K., Hazuda H. & Stern M. P. (1985) A simple language-based acculturation scale for Mexican Americans: Validation and application to health care research. *American Journal of Public Health*, 75(1), 51-55.
- Dilling H. and Weyrerer S. (1985) Prevalence of mental disorders in the small town rural region of Franwestein (Upper Bavaria). *Acta Psychiatr Scand*; 69, 60-79.
- Dohrenwend B. P. and Dohrenwend B. S. (1974) *Stressful Life Events: their Nature and Effects*. New York, Wiley.
- Dohrenwend B., & Smith R. J. (1962) Toward a theory of acculturation. *Southwestern Journal of Anthropology*; 18, 30-39.
- Doob L. W. (1960) *Becoming More Civilized: A Psychological Exploration*. New Haven, Yale University Press.
- Dunbar F. (1954) *Emotions and Bodily Changes*. New York, Columbia University Press;
- Durkheim E. (1893) *De la división du travail social: étude sur l'organisation des sociétés supérieures*. Paris, Alcan.
- Durkheim E. (1897) *Suicide*. [Trad. Española, El suicidio (2004) Madrid, Losada].
- Durkheim E. (1912) *The Elementary Forms of the Religious Life* [Trad. Española, Las formas elementales de la vida religiosa (1992) Madrid, Akal].
- Durkheim E. (1965) *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires, Schapire.
- Durkheim E. (1975) *Educación y Sociología*. Barcelona, Ediciones Península.
- Durkheim E. (1996) *Clasificaciones primitivas (y otros ensayos de antropología positiva)*. Barcelona, Ariel.
- Duverger M. (1974) *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona, Ariel.
- Duvignau J. (1965) *Durkheim, sa vie, son oeuvre, avec une exposée de sa philosophie*. Paris, PUF.
- Duvigneau J. (1990) *Herejía y subversión. Ensayos sobre la anomia*. Barcelona, Icaria.
- Eliade M., (1998). *Lo sagrado y lo profano*. Barcelona, Paidós.
- Eliade M., (1999). *Historia de las creencias y de las ideas religiosas*. (4 vols); Barcelona, Paidós.
- Endler N., & Parker J. (1990) Multidimensional assessment of coping. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58, 844-854.
- Engel G.L. (1977) The Heed for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*; 196: 129-136.
- Escobar F., González C., López J. L., Vercher R., Arnal J. A., Galdámez A. M. (1994) Validación del cuestionario SMAST para el diagnóstico del alcoholismo en Atención Primaria. *Atención Primaria*; 14(2): 627-630.
- Essen-Moller E, Wohlfahrt S. (1947) Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 47: (Suppl.) 551-5.
- Essen-Möller E. (1971) Suggestions for further improvement of the International Classification of mental disorders. *Psychol. Med.* ; 1, 308-311.
- Evans G. & Cohen S. (1987) Environmental stressors. En D. Stokols y I. Altman (Eds.). *Handbook of Environmental Psychology*. Vol. 1 (pp. 571-610). New York, Wiley.

- Eysenck H. (1970) *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona, Fontanella.
- Eysenck H. J. (1981) *A model for personality*. New York, Springer.
- Fagerström K. O. (1978) Measuring degree of Physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*; 3: 235-246.
- Falloon L., & Pederson J. (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*; 147, 156-163.
- Faris R. L. E. and Dunham H. W. (1939) *Mental disorders in urban areas*. Phoenix Books. The University of Chicago Press.
- Félix-Ortiz M., Newcomb M. D., & Myers H. (1994) A multidimensional measure of cultural identity for Latino and Latina adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16(2), 99-115.
- Finlay-Jones R. A. and Burvill P. W. (1984) Contrasting demographic patterns of minor psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychol Med*; 8, 455-466.
- Fitzpatrick J. P. (1971) *Puerto Rican Americans: The Meaning of Migration to the Mainland*. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- Franco M. D., Antequera R., Sanmartín A. (1999) Problemas de evaluación en trastornos del humor. En: Roca M. Ed. *Trastornos del humor*. Madrid: Ed. Médica Panamericana SA.; pp. 298-301.
- Franco, J. N. (1983) An acculturation scale for Mexican-American children. *The Journal of General Psychology*; 108, 175-181.
- Frazer J. G (1987). *El Totemismo*. Madrid, Ed. Eyras.
- Frazer J. G. (1997). *La rama dorada. Magia y religión. Sección de obras de sociología*. Madrid, Fondo de cultura económica de España, S.L.
- Freud A. (1980) *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires, Paidós.
- Freud S. (1924) La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. En *Obras Completas* vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Freud S. (1955) Introduction to Psychoanalysis and the War Neurosis. En *Standard Edition*; vol. 17. London, Hogarth Press.
- Freud S. (1963) Introductory lectures to Psychoanalysis. En: *Standard Edition*; vol. 16:275. London, Hogarth Press.
- Freud S. (1974a) *La psicología de masas*. Madrid, Alianza.
- Freud S. (1975) Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vol.7)*, London, Hogarth Press, 1-122.
- Freud S. (1985) *Compendio de psicoanálisis*. Madrid, Tecnos.
- Freud S. (1989) *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid, Alianza Editorial.
- Freud, S. (1974b) El yo y el ello. En *Obras Completas*. (vol. 19); Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Fromm E. (1941) *El miedo a la libertad*. Barcelona, Planeta-De Agostini, pp. 44.
- Fromm E. (1955) *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana*. México, FCE; pp. 28.
- Fromm E. (1984) *La crisis del psicoanálisis*. Barcelona, Paidós.

- Fry J. (1982) Psychiatric illness in general practice. En: *Psychiatry and General Practice*. London, Ed. Clare AW and Lader M. Academic Press.
- Furnham A., & Bochner S. (1986) *Culture Shock. Psychological reactions to unfamiliar environments*. London, Methuen.
- Gaete A. (1995) Familia, escuela y comunidad rural mapuche. *Educación y Humanidades*; 4: 31-60.
- García, M., & Lega, L. I. (1979) Development of a Cuban ethnic identity questionnaire. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 1, 247-261.
- Garmendia J. A. (1985) Comportamientos variantes y desorganización social. En Salustiano Del Campo (Ed.), *Tratado de Sociología*. Madrid, Taurus; pp. 223.
- Gastpar M, Gilsdorf U. (1990) The Hamilton Depression Rating Scale in a WHO collaborative program, in the Hamilton Scales. In: Ed. Bech P, Coppen A. *Psychopharmacology Series 9*; Berlin, Springer-Verlag.
- Gelder M., Mayou R. y Geddes J. (1999) *Oxford Psiquiatría*. Madrid, Marbán; pp.91-92.
- Giddens A. (1965) The suicide problem in French Sociology. *British Journal of Sociology*; 16, 1-18.
- Giddens A. (1966) A typology of suicide. *European Journal of Sociology*; 7, 276-295.
- Giddens A. (1979) *Social Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*. Londres, Mc.Millan.
- Giddens A. (1989) *Sociología*. Madrid, Alianza Editorial.
- Giner S. (1996) *Sociología*. Barcelona, Península.
- Giner S. y Lamo de Espinosa E. (1998) *Diccionario de Sociología*. Madrid, Alianza Editorial.
- Godenzzi J. C. (1997) Equidad en la Diversidad. Reflexiones sobre Educación e Interculturalidad en los Andes y la Amazonia. Multilingüismo y Educación Bilingüe en América y España. Calvo Pérez J., Godenzzi J. C. (compiladores). *Estudios y Debates Regionales Andinos* nº 97. Cuzco, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas.
- Goldberg D. P. (1972) *The detección of psychiatric illness by questionnaire*. London Oxford University Press.
- Goldberg D. P., and Huxley P. (1980) *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London, Tavistock.
- Goldberg D. P., Bridges K., Duncan-Jones P., et al. (1989) Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *British Medical Journal* (ed. Esp.); 4(2): 49-53.
- Goldberg D. P., Hillier VF. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*; 9:139-145.
- González de Rivera J. L. (1989) Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis*; 10: 1-7.
- González de Rivera J. L. (1990) El síndrome de estrés post-traumático (SEPT). *Psiquis*; 11: 290-298.
- González de Rivera J. L. (1990). *El índice de reactividad al estrés*. Madrid, Inteva.
- González de Rivera J. L., Morera A., y Monterrey A. L. (1989) El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto de los sucesos vitales en la predisposición a patologías. *Psiquis*,10, 20-27.

- González De Rivera J. L., Vela A, Arana (1971) *Manual de Psiquiatría*. Madrid, Karpos; pp. 765-771.
- González F. (1988) Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la adaptación y baremación de la GDS y BDI a la población geriátrica española. *Psicogeriatría*; 4: 235-240.
- González F., Szurek S. (1990) La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión en el anciano: bases de la misma y modificaciones introducidas para la adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española. En: *Diagnóstico y evaluación psicológica. Libro de comunicaciones del II Congreso Oficial de Psicólogos*. Valencia, Colegio Oficial de Psicólogos; p 303-310.
- Gordon M. M. (1964) *Assimilation in American Life*. London, Oxford University Press.
- Gordon M. M. (1978) *Human nature, class, and ethnicity*. London, Oxford University Press.
- Gove S. G. and Tudor J. F. (1973) Adult sex roles and mental illness. *American Journal Sociology*; 1, 812-835.
- Gove W. R. (1972) The relationship between sex roles, marital roles and mental illness. *Social Forces*; 51, 34-44.
- Granovetter M. S. (1973) The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*; 78, 1360-1380.
- Graves, D. T. (1967). Acculturation, acces, and alcohol in a tri-ethnic community. *American Anthropologist*; 69, 306-321.
- Gual A., Contel M., Segura L., Ribas A., Colom J. (2001) El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo. *Med. Clin.*; 117: 685-689.
- Gudykunst W. B. and Kim Y.Y. (1995) Communicating with strangers: an approach to intercultural communication. In Ed. John Stewart, *Bridges Not Walls* (6th editon). New York, McGraw-Hill, pp. 429-442.
- Gudykunst W. B. (1983) Toward a typology of stranger-host relation-ships. *International Journal of Social Issues*; 19 (3) 33-47.
- Gudykunst W. B. (1991) *Bridging Differences: Effective Intergroup Communication*. USA, Sage publications.
- Guendelman S. S., Gould J., Hudes M., & Eskenazi B. (1990) Generational difference in prenatal health among the Mexican American population: Findings from Hhanes, 1982-84. *American Journal of Public Health*; 80, 61-65.
- Guimón J, Ozamiz A, Yllá L. (1983) Adaptación española del SCL-90 de Lipman y Derogatis. *Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*. (Tomo I); Jaca, Universidad de Zaragoza.
- Gullahorn J. T. and Gullahorn J. E. (1963) An extension of the U-curve hypothesis. *Journal of Social Issues*; 19 (3), 33-47.
- Gurvitch G. (1969) La multiplicité des temps sociaux . *La vocation actuelle de la sociologie*. París, PUF; II, 325-430.
- Gurvitch, G. (1958) *Traité de Sociologie*. París, PUF.
- Guthrie G. M. (1975) A behavioural analysis of culture learning. In Brislin R. W. Bochner S. and Lonner W. J. (Eds.) *Cross-cultural Perspectives on Learning*. New York, Wiley.

- Guyau M. (1890) *La génèse de l'idee de temps*. Paris, Alcan.
- Habermas J. (1987) *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid, Taurus.
- Halbwachs M. (1918) La doctrine d'Emile Durkheim. *Revue Philosophique*; LXXXV: 353-411.
- Halbwachs M. (1918) *Les cadres sociaux de la mémoire*. (citas por Ed. Mouton, La Haya, 1975) Paris, Alcan.
- Halbwachs M. (1930) *Les causes du suicide*. Paris, Alcan.
- Halbwachs M. (1950) *La memoire collective*. Paris, PUF.
- Hamilton M. (1960) Rating Scale for Depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*; 23: 56-62.
- Hamilton M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety, Lander MH. *British J Psychiat Spec Pub*; 3: 76-79.
- Harding R. K. and Looney J. G. (1977) Problems of Southeast Asian children in a refugee camp. *American Journal of Psychiatry*; 134, 407-411.
- Harris E. C., Barraclough B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal Psychiatry*; 170: 205-228.
- Hays R. D. (1972) Behavioral issues in multinational operations. In Hays R. D. (Ed.), *International Business: An introduction to the World of the Multinational Firm*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Hazuda H. P., Haffner S. M., Stern M. P., Eifler C. W. (1988) Effects of acculturation and socioeconomic status on obesity and diabetes in Mexican Americans. *American Journal of Epidemiology*; 128, 1289-1301.
- Heatherton T. F., Koslowski L. T., Frecker R. C., et al. (1991) The Fagerstrom Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*; 86:1119-1127.
- Hedlung J. L., Vieweg B. W. (1979) The Zung Self Rating Depression Scale: A comprehensive review. *J. Operat. Psychiatr.*; 10: 51-64.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L., & Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heintz P. (1965) *Curso de Sociología*. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Heller A. (1970) *Hipótesis para una teoría marxista de los valores*. Barcelona, Grijalbo; pp. 27-28.
- Helmchen H., (1980) Multiaxial Systems Classification. *Acta Psychiatr. Scand.*; 61, 43-45.
- Henderson A. S., Byrne D. G. and Duncan-Jones P. (1981) *Neurosis and the social environment*. London, Academic.
- Hern andez Sánchez A. (2000) *Manual de Sociología*. Valladolid, Secretariado de Publicaciones e intercambio editorial Universidad de Valladolid.
- Herrmann C. (1997) International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J. Psychosom. Res.*; 42: 17-41.
- Herskovits M. (1964) *El hombre y sus obras*. México, FCE.
- Hesbacher P. T., Rickels K. and Goldberg D. (1975) Social factors and neurotic symptoms in family practice. *American Journal Public Health*; 65, 148-155.

- Hilbert R. A. (1986) Anomie and Moral Regulation of Reality: The Durkheimian Tradition in Modern Relief. *Sociological Theory*;4: 1-19.
- Hillmann K. H. (2001) *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. Barcelona, Herder.
- Hofstede G. (1980) *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hofstede G. (1991) *Culture and organizations: software of the mind*. London, MacGrawHill.
- Holahan C. J. And Moos R. H. (1982) Social support and adjustment: predictive benefits of social climate indices. *American Journal of Community Psychology*; 10, 403-414.
- Holmes and Rahe R. H. (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*; 11, 213-218.
- Holmes-Eber P., & Riger S. (1990) Hospitalization and the composition of mental patients' social networks. *Schizophrenia Bulletin*; 16, 157-164.
- Horowitz M. J. (1976) *Stress response Syndromes*. New York, Aronson.
- Horton J. (1964) The dehumanization of anomie and alienation: a problem in the ideology of sociology. *British Journal of Sociology*; 15, 283-300.
- House J. S. (1981) *Work Stress and Social Support*. Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Howard Ross M. (1995) *La cultura del conflicto. Las diferencias interculturales en la práctica de la violencia*. Barcelona, Paidós.
- Howell W. (1982). *The Empathetic Communicator*. Prospect Heights, Waveland Press.
- Hoyl T. M., Alessi C. A., Harker J. O. et al. (1999) Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J. Am. Geriatr. Soc.*; 47:873-878.
- Inman, A. G., Ladnany, N., Constantine, M. G. & Morano, C. K. (2001) Development and preliminary validation of the Cultural Values Conflict Scale for South Asian women. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 17-27.
- Irwin M., Artin K. H., Oxman M. N. (1999) Screening for depression in the older adult. Criterion validity of the 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scales (CES-D). *Arch. Intern. Med.*; 159: 1701-1704.
- Jaspers K. (1973) *Psicopatología General*. Buenos Aires, Ediciones Beta.
- Jenkins R. (1986) Sex differences in minor psychiatric morbidity and general practice consultation: the West London Survey. *Psychological Medicine*, suppl 9.
- Jimenez-Cruzado L., Gonzalez-Botella A., Peñarroja D., Nolasco J., Pérez-Navarro I. y De la Hoz. (1993) Factores asociados con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en una zona de salud. *Atención Primaria*; 11, 9: 465-569.
- Johnson H. M. (1960) *Sociology*. Nueva York, Harcourt Brace.
- Kaplan H. I., Sadock B. J. (1998) *Sinopsis de Psiquiatria*, Traducción del original en inglés, 8ª Edición. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Keefe S. E. (1980) Acculturation and the Extended Family among Urban Mexican Americans. In A. M. Padilla (Eds.) *Theory, Models and Some New Findings*. Boulder, CO: Vol. 2:Westview Press; 85-110.
- Klonoff E. A. & Landrine H. (2000) Revising and improving the African American Acculturation Scale. *Journal of Black Psychology*; 26, 235-261.

- Kluckhohn C. (1951) The study of culture. In D. Lerner & H. D. Lasswell (Eds.), *The policy sciences* (pp. 86-101). Stanford University Press.
- Kluckhohn F. R. (1964) Variations in the basic values of family systems. In N. W. Bell & E. F. Vogel (Eds.) *A modern introduction to the family*. London, The Free Press, Collier MacMillan, Ltd.
- Koeter M. W. J. (1992) Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: A comparative study. *Journal of Affective Disorders*; 24:271-280.
- Kraepelin E. (1988) *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid, Ediciones Nieva.
- Kramer M. (1968) Classification of Mental Disorders for Epidemiological and Medical Care Purposes: Methodology of Classification. In *Psychiatry and Psychopathology*. Rockville, US Dpt. of Health Education and Welfare, NIMH.
- Krupinski J., Schaechter F. and Cade J. F. J. (1965) Factors influencing the incidence of mental disorders among migrants. *Medical Journal of Australia*; 7, 269-277.
- Krupinski J., Stoller A., and Wallace L. (1973) Psychiatric disorders in Eastern European refugees now in Australia. *Social Science and Medicine*; 7, 31-50.
- Kuo W. (1976) Theories of migration and mental health: an empirical testing on Chinese-Americans. *Social Science and Medicine*; 10, 297-306.
- Kuper A. (1975) *Antropología y antropólogos. La escuela británica: 1922-1972*. Barcelona, Anagrama.
- Kwan, K. L. K., & Sodowsky, G. R. (1997) Internal and external ethnic identity and their correlates: A study of Chinese American Immigrants. *Journal of Multicultural Counseling and Development*; 25(1), 51-67.
- Lacan J. (1973) *Le seminaire*. París, Livre XI, Editions du Seuil.
- LaFromboise, T., Coleman, H. L. K., & Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism : Evidence and theory. *Psychological Bulletin*; 114, 395-412.
- Lain Entralgo P. (1965) *Concepto de Salud y Enfermedad*. Barcelona, Editorial Toray. Patología General de Balcells. pp. 9-11.
- Lain Entralgo P. (1978) *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat.
- Landrine H., & Klonoff E. (1994) The African American acculturation scale. *Journal of Black Psychology*; 20, 104-127.
- Landrine H., & Klonoff E. A. (1996) *African American acculturation: Deconstructing race and reviving culture*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Landrine, H., & Klonoff, E. A. (1994) The African American Acculturation Scale: Development, reliability, and validity. *Journal of Black Psychology*; 20(2), 104-127.
- Lazarus R. (1991) *Emotion and adaptation*. London, Oxford University press.
- Lazarus R. S. y Folkman S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martinez Roca.
- Lazarus R. S., & Folkman S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer.
- Leaf P., Weissman M., Myers J., Tischler G., & Holzer C. (1984). Social factors related to psychiatric disorder: the Yale Epidemiologic Catchment Area Study. *Social Psychiatry*, 19, 53-61.
- Leighton A., & Lambo T. A. (1963) *Psychiatric Disorder Among the Yaruba*. Ithaca, N. Y., Cornell University Press.

- Levenstein S., Prantera C., Varvo V., Scribano M. L., Berto E., Luzi C. y Andreoli A. (1993) Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*; 37(1): 19-32.
- Levin J. S., Chatters L., & Taylor R. (1995) Religious effects on health status and life satisfaction among Black Americans. *Journal of Gerontology (Social Sciences)*, 50B, S154-S163.
- Levi-Strauss Cl. (1958) *Antropología estructural*. Buenos Aires, Editorial Universitatis.
- Lévi-Strauss, Cl. (1962) *El Pensamiento Salvaje*. México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Limón Mora J. (1990) Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Atención Primaria*; 7, 88-93.
- Lindemann E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*; 101, 141-148.
- Linn L. and Ensen W. M. (1984) Repression-mobility and its social ecology: the role of life events and social support. *Journal of Health and Social Behaviour*; 25, 176-188.
- Linton R. (1940) *Acculturation in seven American Indian tribes*. New York, Appleton-Century.
- Littlewood R. and Lipsedge M. (1982) *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*. Harmondsworth, Penguin.
- Lobo A., Pérez- Echeverría M. J., Artal J. (1986) Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28). In a Spanish population. *Psychological Medicine*; 16: 135-140.
- López V. C., Esteban T. (1975) Validez de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. *Arch. Neurobiol.*; 38: 225-246.
- López-Ibor Aliño J. J. (1972) *Los equivalentes depresivos*. Madrid, Paz Montalvo.
- Luhmann N. (1982) *The Differentiation of Society*. Nueva York, Columbia University Press.
- Lunstedt S. (1963) An introduction to some evolving problems in cross-cultural research. *Journal of Social Issues*. 19 (3), 1-9.
- Lusilla M. P., Sánchez A., Sanz C., López J. (1990) Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría) *Anales de Psiquiatría*; 6, Sup 1: 39.
- Lustig M. W. And Koester J. (2003) Intercultural Communication Competence. In Allyn and Bacon (eds.) *Intercultural Competence. Interpersonal Communication across Cultures*. Pearson Education; 3, 55-81.
- Lysgaard S. (1955) Adjustment in a foreign society: Norwegian Fulbright grantees visiting the United States. *International Social Science Bulletin*; 7, 45-51.
- Macionis J. J., Plummer K. (1999) *Sociología*. Madrid, Prentice Hall Europe.
- Malinowski B. (1982) *Crímen y costumbre en la sociedad salvaje*. Barcelona, Ariel; pp. 44.
- Malzberg B. (1936) Mental disease among native and foreign-born white populations in New York State. *American Journal of Psychiatry*; 93, 127-137.
- Marcuse H. (1953) *Eros y civilización*. Barcelona, Seix Barral. pp.46.
- Marcuse H. (1981) *El hombre unidimensional: ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. Barcelona, Ariel.

- Marín, G., & Gamba, R. J. (1996) A new measurement of acculturation for Hispanics: The Bidimensional Acculturation Scale for Hispanics (BAS). *Hispanic Journal of Behavioral Science*; 18(3), 297-316.
- Marks I. (1981) *Cure and care of neuroses*. New York, Wiley.
- Marks J. N., Goldberg D. P. and Hillier V. F. (1979) Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med.*; 9, 337-353.
- Marsella A. J. (1979) Cross cultural studies of mental disorders. In Marsella A. J., Tharp R. G. and Ciborowski T. J. (eds), *Perspectives in Cross-cultural Psychology*. New York, Academic Press.
- Martín E. (1973) *La Santa Biblia* (traducida de los textos originales en equipo bajo la dirección del Dr. Evaristo Martín Nieto). Madrid, Ediciones Paulinas.
- Marx, K. (1982) Extractos de lectura. Extractos del libro de James Mill "Éléments d'économie politique". En *Escritos de Juventud*; México, FCE.
- Masten G. M., Asidao C. S., Wanda W. J., Mosby L., Caldwell-Colbert A. T., Medina M. Y., Hernandez G., Chapman R., Kirilla C., Ervin S. (2004) Depression and Acculturation in Mexican American and European American Women. *Anales de psicología*; 20 (1) 15-21.
- Masuda M., Lin K. and Tazuma L. (1980) *The psychology of Science*. New York, Harper & Row.
- Matsumoto D. (1996) *Culture and psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Maturana, H. (1991) *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile, Ed. Pedagógicas Chilenas.
- Mawson A. R. (1970) Durkheim and contemporary social pathology. *British Journal of Sociology*; 21, 298-313.
- May R. (1970) The nature of anxiety and its relation to fear. In Elbing A. O. (Ed.). *Behavioral Decisions in Organizations*. New York, Scott, Foresman & Co.
- Mc Dowell I., Newell C. (1996) *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York, Oxford University Press.
- McCroskey J. C., Beatty M. J., Kearney P., & Plax T. G. (1985) The content validity of the PRCA-24 as a measure of communication apprehension across communication contexts. *Communication Quarterly*; 33, 165-173.
- McLaren P. (1995) *Critical Pedagogy and Predatory Culture. Oppositional politics in a postmodern era*. London, Routledge.
- Mechanic D. (1962) The concept of illness behavior. *J. Chron. Dis.*; 15: 189-194.
- Mechanic D. (1974) Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions. In: *Coping and adaptation*. Coelho G. V., Hamburg D. A., Adams J. E. (Eds.) New York, Basic Books.
- Mendoza, R. H. (1989) An empirical scale to measure type and degree of acculturation in Mexican-American adolescents and adults. *Journal of Cross-Cultural Psychology*; 20(4), 372-385.
- Merikangas K. K. y Weissman M. (1985) Epidemiology of anxiety disorders. En R. Michels y J. Cabenar (eds). *Psychiatry*. Philadelphia, J.B. Lippincott.
- Merton R. (1938) Social structure and anomie. *American Sociological Review*; 3, 672-682.
- Merton R. (1965) *Teoría y estructura sociales*. México, FCE.
- Merton R. K. (1949) Discrimination and the American creed. In R. M. Mclver, *Discrimination and National Welfare*; Nueva York, Harper and Row.

- Merton R. K. (1964) Anomie, anomía and Social Interaction. In *Anomie and Deviant Behaviour*. London, The Free Press of Glencoe.
- Merton R. K. (1970) *Teoría y estructura sociales*. México, FCE.
- Mestrovic S. G. (1987) Durkheim's concept of anomie considered as a total social fact. *British Journal of Sociology*; 38, 567-583.
- Mestrovic S. G. y Brown H. M. (1985) Durkheim's concept of anomie as dérèglement. *Social Problems*; 33, 81-99.
- Miguel Tobal J. J. (1990) La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos. *Tratado de Psicología General: Motivación y emoción*. vol. 3; pag. 310.
- Miller T. W. (1988) Advances in Understanding the Impact of Stressful Life Events on Health. *Hospital and Community Psychiatry*; 39, 615-622.
- Minuchin S., Montalvo B., Buerney Jr., B. G. Rosman B. L. & Schumer F. (1967) *Families of the Slums: An Exploration of Their Structure and Treatment*. New York, Basic Books.
- Montero-Piñar M. I., Iglesias F. y Leal C. (1982) Aportaciones al estudio de la depresión en la mujer.I. Análisis de los factores sociodemográficos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat*; 10,4: 205-214.
- Montgomery S. A., Asberg M. (1979) A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *British Journal Psychiatry*; 134: 382-289.
- Montgomery, G. T. (1992) Comfort with acculturation status among students from South Texas. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 14(2), 201-223.
- Montlibert C. (1997) *Maurice Halbwachs, 1877-1945*. [Colloque de la Faculté des Sciences Sociales de Strasbourg (Mars 1995) Textes réunis par Christian de Montlibert]. Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg.
- Montón C., Pérez-Echevarría M. J., Campos R., et al. (1993) Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*; 12: 345-349.
- Morales Navarro J., Abad Márquez L. V. (1997) *Introducción a la Sociología*. Madrid, Tecnos.
- Morgan, L. H. (1877) *Ancient Society*. Nueva York: Rinehart and Winston. [Hay trad. Cast.: (1987) *La sociedad primitiva*, Madrid, Endymion.]
- Morrison S. D. (1973) Intermediate variables in the association between migration and mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*; 19, 60-65.
- Mueller D. P. (1980) Social Networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*; 144, 147-161.
- Mulrow C. D., Williams J. W., Gerety M. B. et al. (1995) Case finding instruments for depression in primary care settings. *Ann. Intern. Med*; 122: 913-921.
- Murphy H. B. M. (1965) Migration and the major mental disorders: a reappraisal. In M. B. Kantor (Ed.) *Mobility and Mental Health*. Springfield, Thomas.
- Myers J. K., Weissman M. M. y Tischler G. L. (1984) Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*; 41, 959-967.
- Namakforoosh N. (1995) *Metodología de la investigación*. México, Limusa-Noriega.
- NANDA (2002) *Diagnóstico enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid, Harcourt.

- Nash D. (1967) The fact of Americans in a Spanish setting: a study of adaptation. *Human Organization*, 26 (3).
- Nelson D. W. and Cohen L. H. (1983) Locus of control perceptions and the relationship between life stress and psychological disorder. *American Journal of Community Psychology*; 11, 575-586.
- Nguyen H. H., Messé L. A., & Stollak G. E. (1999) Toward a more complex understanding of acculturation and adjustment: Cultural involvements and psychosocial functioning in Vietnamese youth. *Journal of Cross-Cultural Psychology*; 30(1), 5-31.
- Nicassio P. M. (1983) Psychosocial correlates of alienation : study of a sample of Indochinese refugees. *Journal of Cross-Cultural Psychology*; 337-351.
- Nisbet R. (1969a) *La formación del pensamiento sociológico 1*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Nisbet R. (1969b) *La formación del pensamiento sociológico 2*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Norris, A. E., Ford, K., & Bova, C. A. (1996) Psychometrics of a Brief Acculturation Scale for Hispanics in a probability sample of urban Hispanic adolescents and young adults. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18(1), 29-38.
- Oberg K. (1960) *Cultural shock: adjustment to new cultural environments*. Practical Anthropology; 7, 177-182.
- Oberschall A. (1990) The two empirical roots of social theory and the probability revolution. En Krüger L. Daston y M. Heidelberg (eds.), *The Probabilistic Revolution. Ideas in the Science* (Vol. 2). Cambridge, MIT Press; pp. 103-131.
- Oberst U. (1998) Salud mental y ética: el concepto de sentimiento de comunidad en la psicología de Alfred Adler. *Ars Brevis*, 225-242.
- Odegaard O. (1932) Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, supp. 4.
- Odegaard O. (1945) The distribution of mental diseases in Norway. *Acta Psychiatrica et Neurologica*; 20, 247-284.
- Olmedo, E. L., Martinez, Jr., J. L., & Martinez, S. R. (1978) Measure of acculturation for Chicano adolescents. *Psychological Reports*, 42, 159-170.
- Opler M. K. (1967) *Culture and Social Psychiatry*. New York, Atherton Press.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2001) *Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión. Modificación clínica. Actualización a la 4ª edición*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Orru M. (1983) The ethics of anomie: Jean Marie Guyau and Émile Durkheim. *British Journal of Sociology*; 34, 499-518.
- Ortega y Gasset, J. (1994) *El hombre y la gente*. México, Porrúa.
- Padilla A. M. (1980) The role of cultural awareness and ethnic loyalty in acculturation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp. 47-84). Boulder, CO: Westview Press.

- Padilla A. M., Wagatsuma Y., Lindholm K. J. (1985). Acculturation and personality as predictors of stress in Japanese and Japanese-Americans. *Journal of Social Psychology*; 125, 295-305.
- Padilla, E. R., Padilla, A. M., Ramírez, R., Morales, A., & Olmedo, S. (1977). *Inhalant, marijuana and alcohol use among barrio children and adolescents*. Los Angeles, University of California.
- Palinkas L. A., Pickwell S. M. (1995) Acculturation as a risk factor for chronic disease among Cambodian refugees in the United States. *Social Science and Medicine*; 40, 1643-1653.
- Parsons T. (1968) *La estructura de la acción social*. Madrid, Guadarrama (2 tomos).
- Parsons T. (1977) *The Evolution of Societies*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall
- Pasnau R.O. (1987) Los trastornos de ansiedad. En R.O. Pasnau (ed.): *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid, Upjohn.
- Perez Diaz V. M. (1980) *Introducción a la Sociología*. Madrid, Alianza Editorial.
- Phinney J., & Flores J. (2002) "Unpackaging" acculturation: Components of acculturation as predictors of traditional sex role attitudes. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 33, 319-330.
- Phinney, J. S. (1992) The Multigroup Ethnic Identity Measure: A new scale for use with diverse groups. *Journal of Adolescent Research*, 7(2), 156-176.
- Phinney, J. S., & Devich Navarro, M. (1997). Variations in bicultural identification among African American and Mexican American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*; 7, 3-32.
- Pierce R. C., Clark M. M., & Kiefer C. W. (1972) A « bootstrap » scaling technique. *Human Organization* ; 31, 403-410.
- Pierce R. C., Clark M. M., & Kaufman S. (1978) Generation and ethnic identity : A typological analysis. *International Journal of Aging and Human Development*; 9, 19-29.
- Pinel., P. (1798) *Nosographie Philosophique, ou de la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. París, Maradan.
- Pinilla B y Salcedo M. (1987) Sintomatología psíquica en pacientes de medicina general : avance de hipótesis. *Actas Luso-Esp Neur Psiquiat.*; 15,320-326.
- Platón (1977) *Diálogos*. México, Editorial Porrúa.
- Platón (1998) *La República*. Madrid, Alianza Editorial.
- Pokorny A. D., Miller B. A., Kaplan H. B. (1972) The Brief MAST: a shortened versión of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal Psychiatry*; 129: 342-345.
- Polednak, A. P. (1997). Gender and acculturation in relation to alcohol use among Hispanic (Latino) adults in two areas of the Northeastern United States. *Substance Use and Misuse*; 32, 1513-1524.
- Polit D., Hungler B. (1994) *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. México, Mc. Graw-Hill Interamericana.
- Potts M. K., Daniel M., Burnam A. (1990) A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration. *J. Psychiatr. Res.*; 24: 335-350.

- Prudo R, Harris T. and Brown G. W. (1984) Psychiatric disorder in a rural and an urban population.3. Social integration and the morphology of affective disorder. *Psychol. Med.*; 11, 327-345.
- Prudo R., Brown G. W., Harris T. and Dowland S. (1981) Psychiatric disorder in a rural and an urban population.2. Sensivity to loss. *Psychol. Med*; 11, 601-616.
- Radolff J. S. (1977) The CES-D Scale: A self-report depresión scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*; 1: 385-401.
- Rahe R. H. (1990) Change, Stress Responsivity, and Captivity Research. *Psychosomatic Medicine*; 52, 373-396.
- Ramos J. A, Montejo I., Lafuente R. et al. (1991) Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso Españolas Neurol. Psiquiatr.*; 19: 174-177.
- Ramos R. (1980) *Génesis y evolución de la problemática sociológica en la obra de Emile Durkheim* (tesis doctoral). Madrid, Facultad de Derecho.
- Ramos R. (1989) Maurice Halbwachs y la memoria colectiva. *Revista de Occidente*; 100, 63-81.
- Ramos Torre R. (1992) *Tiempo y sociedad*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ramos Torre R. (1999) La sociología de Émile Durkheim. Patología social, tiempo, religión. *Colección monografías nº 165*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ramos-Brieva J. A, Cordero A. (1988) A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J. Psychiatr. Res*; 22: 21-28.
- Redfield R., Linton R., & Herskovits M. J. (1936) Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*; 38, 148-152.
- Rehm L, O'Hara M. (1985) Item characteristics of the Hamilton Taring Scale for Depression. *J. Psychiatr. Res*; 19: 31-41.
- Reynolds W. M, Kobak K. A. (1995) Reliability and validity of the Hamilton Depression Inventory: a paper-and-pencil version of the Hamilton Rating Scale Clinical Interview. *Psychological Assessment*; 7: 472-483.
- Rezentes W. C. (1993) Na Mea Hawai'i: A Hawaiian acculturation scale. *Psychological Reports*, 73, 383-393.
- Ritzer G. (1995) *Teoría sociológica clásica*. Madrid, McGraw Hill.
- Rodríguez-Martos A., Gual A., Llopis J. J. (1999) La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med. Clin.*; 112: 446-450.
- Rodríguez-Martos A., Suárez R. (1984) MALT (Munchner Alcoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. *Rev. Psiquiatr. Psicol.. Med.*; 16: 421-432.
- Röpke W. (1947) *La crisis social de nuestro tiempo*. Madrid, Revista de Occidente.
- Ros S. (1997) *La conducta suicida*. Madrid, Editorial Ela, Grupo Arán.
- Rosenfield S. (1999) Gender and mental health: Do women have more psychopathology, men more, or both the same, and why? In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. (pp. 348-360). Cambridge, Cambridge University Press.
- Rotter J. B. (1990) Internal Versus External Control of Reinforcement. A Case History of a Variable. *American Psychologist*; 45, 489-493.

- Roy A. (1978) Vulnerability factors and depression in women. *British Journal Psychiatry*; 133, 106-110.
- Roysircar-Sodowsky, G., & Plake, B. S. (1991) Psychometric properties of the American-International Relations Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51, 207-216.
- Rubio G., Bermejo J., Caballero M. C., Santo-Domingo J. (1998) Validación de la prueba para la Identificación de Trastornos por el Uso del Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev. Clin. Esp.*; 198: 11-14.
- Rush A. J., Pincus H. A., First M. B., Blacker D., Endicott J., Keith S. J., Philips K. A., Ryan N. D., Smith G. R., Tsuang M. T., Widiger J. A., Zarin D. A. (2000) Task Force for the Handbook Psychiatric Measures. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington D. C., American Psychiatric Association.
- Russell C. (1993) The Master Trend. *American Demographics*. Vol. 15, nº 10; pp.28-37.
- Samora J., & Deane W. N. (1956) Language usage as a possible index of acculturation. *Sociology and Social Research*; 40, 307-311.
- San Agustín (1999) *Confesiones*. México, Ed. Porrúa.
- Sandler I. N. and Lakey B. (1982) Locus of control as a stress moderator: the role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*; 10, 65-80.
- Schmitz N., Kruse J., Heckrath C., Alberti L., Tress W. (1999) Diagnostic mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*; 34 : 360-366.
- Schneider K. (1975) *Patopsicología Clínica*. Paz Montalvo, Madrid.
- Scopetta M. A., King O. E., & Szapocznik J. (1977) Relationship of acculturation, incidence of drug abuse, and effective treatment for Cuban Americans. National Institute on Drug Abuse. *Final Report of Research Contract*. Nº 271-75-4136.
- Seeman M. (1959) On the meaning of alienation. *American Sociological Review*; 24, 783-791.
- Seva A., Sarasola A., Merino J. y Magallón R. (1992) Trastornos psíquicos en ancianos de una población urbana aragonesa. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat*; 20, 23-29.
- Seyle H. (1946) The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *J. Clin. Endocrinol.* 6 (2): 117-230.
- Seyle H. (1975) *Tensión sin angustia*. Madrid, Guadarrama.
- Shapiro J., Douglas K., Rocha O., Radecki S., Vu C., & Dinh T. (1999) Generational differences in psychosocial adaptation and predictors of psychological distress in a population of recent Vietnamese immigrants. *Journal of Community Health*; 24, 95-113.
- Sheikh J. I., Yesavage J. A. (1986) Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: *Brink TL eds. Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press; p 165-173.
- Shepherd M., Brown A. y Kalton G. (1996) *Psychiatric Morbidity in General Practice*. London, Oxford University Press.
- Silva M. N. (1966) *Psychological implications of acculturation*. Atenea, 61-75.

- Smalley W. (1963) Culture shock, language shock, and the shock of self-discovery. *Practical Anthropology*; 10, 49-56.
- Smelser N. J. Y Warner R. S. (1976) *Social Theory Historical and Formal* [Trad. Española, Teoría Sociológica. Análisis histórico y formal (1982) Madrid, Espasa-Calpe].
- Smith A. (1995) *La riqueza de las naciones*. Madrid, Ed. Alianza.
- Social Science Research Council Summer Seminar (1954). Acculturation: An exploratory formulation. *American Anthropologist*; 56, 973-1002.
- Sodowsky, G. R., & Lai, E. W. M. (1997) Asian immigrant variables and structural models of cross-cultural distress. In A. Booth, A. C. Crouter, & N. Landale (Eds.), *Immigration and the family: Research and policy on U.S. immigrants* (pp. 211-234). Mahwah N. J., Lawrence Erlbaum Associates.
- Sodowsky, G. R., Lai, E. W. M., & Plake, B. S. (1991) Moderating effects of sociocultural variables on acculturation attitudes of Hispanics and Asian Americans. *Journal of Counseling and Development*, 70, 194-204.
- Sokal R. R. (1974) Classification: Purpose, principle, progress, prospects. *Science*, 185: 1115-1123.
- Soler J., Pérez-Sola V., Puigdemont D., Pérez-Blanco J., Figueres M., Álvarez E. (1997) Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*, 25: 243-249.
- Sorokin P. y Merton R. (1937) Social time: a methodological and functional análisis. *American Journal of Sociology*; 42, 5: 615-619.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. (1969) *The State Trait Anxiety Inventory Manual*. Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. (1994) *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid, TEA.
- Spindler G. D. (1955) *Sociocultural and psychological processes in Menomini acculturation*. University of California publications in Culture and Society. (Vol. 5), Berkeley, University of California Press.
- Srole L. (1956) Social integration and certain corollaries: an explanatory study. *American Sociological Review*; 21, 709-716.
- Stengel, E., (1959) Classification of mental disorders. *Bull. Org. Mond. Santé*; 21, 601-663.
- Stephenson M. (2000) Development and validation of the Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS). *Psychological Assessment*, 12, 77-88.
- Stonequist E. V. (1935) The problem of the marginal man. *American Journal of Sociology*; 41, 1-12.
- Suinn, R. M., Khoo, G., Ahuna, C. (1995) The Suinn-Lew Asian Self-Identity Scale: Cross-cultural information. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 23, 139-148.
- Suinn, R. M., Rickard-Figueroa, K., & Lew, S., & Vigil, P. (1987) The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale: An initial report. *Educational and Psychological Measurement*; 47(2), 401-407.
- Surtees P. G., Dean C., Ingham J. G., Kreirman N. B., Miller P. McC. and Sashidaran S. P. (1983) Psychiatric disorder in women from an Edinburgh

- community: association with demographic factors. *British Journal Psychiatry*; 142, 238-246.
- Sutherland E. H. (1949) *Principles of Criminology*. Chicago, Lippincott.
- Sydney Marvin F. (1978) *Comte*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Szapocznik J., & Kurtines W. (1980b) Acculturation, biculturalism, and adjustment among Cuban Americans. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models, and some new findings* (pp. 139-159). Boulder, CO: Westview Press.
- Szapocznik J., Kurtines W., & Fernandez T. (1980a) Bicultural involvement and adjustment in Hispanic American youths. *International Journal of Intercultural Relations*; 4, 353-365.
- Szapocznik, J., Scopetta, M. A., Kurtines, W., & Aranalde, M. A. (1978) Theory and measurement of acculturation. *International Journal of Psychology*; 12, 113-130.
- Tajfel H. (1981) *Human groups and social categories*. New York, Cambridge University Press.
- Tejero A, Guimerá E. M., Farré J. M. et al. (1986) Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Depto. Psiquiatría Facultad de Med. Barna*; 13: 233-238.
- Thoits P. A. (1981) Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*; 10, 341-362.
- Tizón J. L. (1989) Migraciones y salud mental: recordatorio. *Gaceta sanitaria*; 3 (14), 527-529.
- Tocqueville A. (1856) *The Old Regime and the French Revolution* [Trad. Española, El Antiguo Régimen y la Revolución Francesa (1956). Jorro D.; Madrid, Guadarrama].
- Tönnies F. (1963) *Community and Society (Gemeinschaft und Gesellschaft)*. New York, Harper & Row.
- Torres González F. (1978) *Los marginados en España*. Madrid, Fundamentos.
- Torres-Matrullo C. M. (1976) Acculturation and psychopathology Among Puerto Rican Women in Mainland United States. *American Journal of Orthopsychiatry*; 46, 710-719.
- Trautman E. C. (1961) Suicide attempts of Puerto Rican immigrants. *Psychiatry Quarterly*; 35, 544-554.
- Triandis H. C. (1972) *The analysis of subjective culture*. New York, Wiley and Sons.
- Trimble J. (1996). Multilinearity of acculturation: Person-situation interactions. In *International Association for Cross Cultural Psychology* (Ed.), International congress (pp. 173-186). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Tropp L. R., Erkut S., Coll C. G., Alarcón O., & García H. A. V. (1999) Psychological acculturation: Development of a new measure for Puerto Ricans on the U.S. mainland. *Educational and Psychological Measurement*, 59(2), 351-367.
- Tsai J. L., Ying Y. W., & Lee P. A. (2001) Cultural predictors of self-esteem: a study of Chinese American female and male young adults. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*; 7, 284-297.
- Tylor E. B. (1958) *The Origins of Culture and Religion in Primitive Culture*. Volumes I and II of the 1873 edition of *Primitive Culture*. New York, Harper & Brothers.

- Tyrer P. (1989) *Classification of Neurosis*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Uhlenluth E. H., Lipman R. S., Balter M. B. and Stern M. (1974) Symptom intensity and life stress in the city. *Arch. Gen. Psychiatry*; 31, 759-764.
- Unger J. B., Gallaher P., Shakib S., Ritt-Olson A., Palmer P. H., Johnson C. A. (2002) The Ahimsa Acculturation Scale: A New Measure of Acculturation for Adolescents in a Multicultural Society. *Journal of Early Adolescence*, vol. 22, 3, pp.225-251; Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Vaissanen J. (1975) Psychiatric disorders in Finland. *Acta Psychiatr. Scand.*; suppl 263, 22.
- Vallejo J. (1988) Problemas epistemológicos actuales y futuros de la psiquiatría. *Rev. Psiquiatr. Fac. Med. Barcelona* ; 15 (1) 3-15.
- Vallejo J., Gastó C., Cardoner N., Catalán R. (2002) *Comorbilidad de los trastornos afectivos*. Barcelona, Ars Médica.
- Vallejo Ruiloba J. (1991) *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, Ediciones científicas y Técnicas. Masson-Salvat. 3.^a Edición.
- Valls Plana R. (1971) *Del Yo al Nosotros. Lectura de la Fenomenología del Espíritu de Hegel*. Barcelona, Estela.
- Van Marwijk H. W., Wallace P., Bock G. H. et al. (1995) Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the Geriatric Depression Scale. *Br. J. Gen. Pract.*; 45: 195-199.
- Vázquez C., Sanz J. (1991) *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck*. Barcelona, Congreso de Evaluación Psicológica.
- Vázquez-Barquero J. L. (1979) *Influencia de los factores socioculturales en el Valle del Batzán*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Vázquez-Barquero J. L., Cuesta Núñez M. J., De la Varga M., Herrera Castanedo S., Gaité L. and Arenal A. (1995) The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr. Scand.*; 91, 156-162.
- Vázquez-Barquero J. L., Díez-Manrique J. F., Peña C., Aldama J., Samaniego C., Menéndez Arango J. and Mirapeix C. (1987) A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological Medicine*; Vol.17, 227-241.
- Vázquez-Barquero J. L., Díez-Manrique J. F., Peña C., Arenal A. y Arias M. (1982) *Estudio comunitario de salud mental de Cantabria: una recopilación final de sus resultados*. El método epidemiológico en salud mental; Edit. González de Rivera J. L., Rodríguez Pulido F. y Sierra López A. Barcelona, Masson-Salvat, Medicina.
- Verte M. (1972) Halbwachs ou le deuxième âge du durkheimisme. In *Cahiers Internationaux de Sociologie*. Paris, PUF, pp. 311-331.
- VVAA (1970) *Cuestiones de Sociología*. Barcelona, Herder.
- VVAA (1994) *Enciclopedia Alfabética*. Barcelona, Plaza & Janés.
- VVAA (2000) *Diccionario de Ciencias Sociales Gran Vox*. Barcelona, Bibliograf.
- VVAA. (1993) *Diccionario de Sociología*. Barcelona, Larousse Planeta S. A.
- Wallace M. (1993) Multiculturalism and Oppositionality. En C. McCarthy y W. Crichlow (Eds) *Race, Identity and Representation in Education*. London, Routledge; pp. 251-261.
- Warheit G. J., Holzer C. E. and Schwab J. J. (1973) An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology: a community study. *Journal of Health and Social Behaviour*; 14, 291-295.

- Warner W. L. & Srole L. (1945) *The Social Systems of American Ethnic Groups*. New Haven, Yale University Press.
- Watson A. K., Monroe E. E., & Atterstrom H. (1989) Comparison of communication apprehension across cultures: American and Swedish children. *Communication Quarterly*; 37, 67-76.
- Weissman M. M. (1985) The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familiar patterns. En H. Tuna y J. Maser (eds.) *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, N. J. Erlbaum.
- Weissman M. M. and Klerman G. L. (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*; 34, 98-111.
- Wilkinson G., Lawson C. (1992) Epidemiology of neuroses, psychiatry and primary care. *Curr. Opin. Psychiatry*; 5, 190-195.
- Wing, J. K., Cooper, J. E., y Sartorius, N., (1974) *The Description and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and CATEGO System*. Londres, Cambridge.
- Winnicott D. W. (1979) *Realidad y juego*. Barcelona, Gedisa.
- Wittchen H. U., Boyer P. (1998). Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *British Journal Psychiatry*; 173 (S 34): 10-17.
- World Health Organisation (1974). *Glossary of Mental Disorders and Guide to Their Classification for Use in Conjunction with the International Classifications of Diseases*, 8th revision. Ginebra, OMS.
- Yamada, A. M., Marsella, A. J., & Yamada, S. Y. (1998) The development of the Ethnocultural Identity Behavioral Index: Psychometric properties and validation with Asian Americans and Pacific Islanders. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health*; 6(1), 35-45.
- Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L. (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatry Res.*; 17: 37-49.
- Yeung W. H., & Schwartz M. A. (1986) Emotional disturbance in Chinese obstetrical patients: a pilot study. *General Hospital Psychiatry*; 8, 258-262.
- Zane N. W. S., & Huh-Kim J. (1998) Addictive behaviours. In L. C. Lee & N. W. S. Zane (Eds.), *Handbook of Asian American Psychology* (pp. 527-554). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zeitlin I. (1970) *Ideología y teoría sociológica*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Zheng X., & Berry J. W. (1991) Psychological adaptation of Chinese sojourners in Canada. *International Journal of Psychology*; 26, 451-470.
- Zigmond A. S., Snaith R. P. (1983) *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr Scand*; 361-370.
- Zimbardo P. G. (1977) *Shyness: what it is, what to do about it?* Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Zimmerman M., Chowdary Jampala V., Sierles F., Taylor M. A. (1991) DSM IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal Psychiatry*; 149: 1148-56.
- Zimmerman M., Coryell W., Black D. (1990) Variability in the application of contemporary diagnostic criteria: Endogenous depression as an example. *American Journal Psychiatry* ; 147 : 1173.

- Zuckerman M. (1981) Sensation seeking and psychopathy. In Hare, R. and Shalling D. (Ed.) *Psychopathic Behaviour*. New York, Wiley.
- Zung W. W. (1971) A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*; 12(6): 371-9.
- Zung W. W. (1986) Self Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N., Ban T. A. (eds.). *Assessment of depression*. Berlin: Springer-Verlag y WHO; 221-231.
- Zung W. W., Richards L. B., Short M. J. (1965) Self-rating depression scales in an outpatient clinic: futher validation of the SDS. *Arch. Gen. Psychiatry*, 13: 508-515.

CONSULTAS EN LINEA

- Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. *Historia y concepto del estrés* [En línea]. Slipak O.E. (1991) <<http://www.cuerpocanibal.com.ar/estrés/historia.htm>> [Consulta: 22 Jul. 2003].
- American Psychiatric Association. *A research Agenda for DSM-V* [En línea]. Kupfer D.J., First M.B., Regier D.A. (2002) <https://www.appi.org/pdf/kupfer_2292.pdf> [Consulta: 19 Ene. 2004].
- Anales de la Sociedad Ergo oftalmológica Española (1998). *El estrés. Generalidades* [En línea]. <<http://www.ofタルmo.com/ergo/ergo1998/01cap01.htm>> [Consulta: 30 Ago. 2003].
- Asistencia psicológica Ramón Llull. *Depresión. Síntomas intelectuales (Deformaciones del pensamiento en la depresión)* [En línea]. Catalán Bitrián J.L. <<http://www.cop.es/colegiados/A-00512/depensa.html>> [Consulta: 3 Jun. 2003].
- Aula de cultura virtual. El Correo Digital. *La depresión: cómo curar la melancolía* [En línea] Rojas E. (Conferencia 31 Ene. 2000) <<http://www.elcorreodigital.com/auladecultura/enriquerojas1.html>> [Consulta: 3 Jun. 2003].
- Biblioteca consulta.psi (Red de sitios de Información y Formación en Salud Mental para Profesionales, Público, Estudiantes). *DSM IV Criterios diagnósticos de los trastornos mentales. Trastornos relacionados con sustancias* [En línea]. <<http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsmsustancias.htm>> [Consulta: 6 Ago. 2003].
- Biblioteca Consulta.psi (Red de sitios de Información y Formación en Salud Mental para Profesionales, Público, Estudiantes) *Timidez y fobia social* [En línea]. <http://biblioteca.consultapsi.com/articulos/panico_fobias/fobia-social.htm> [Consulta: 6 Ago. 2003].
- Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile. *Modelo biopsicosocial-evolutivo en psiquiatría* [En línea]. Dr. Fischman P. (1994). <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/psiquiatria/5_2.html> [Consulta: 24 Dic. 2003].
- CEMECE. *La clasificación de Procedimientos en Medicina* [En línea]. <<http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/cemece/informacion/PresProcMed.pdf>> [Consulta: 20 Ene. 2004].
- Centro de Documentación mapuche. *La vigencia del concepto de la aculturación: alcances y limitaciones* [En línea] Valdés M. (2002) <<http://www.soc.uu.se/mapuche/mapuint/valdes020500.htm>> [Consulta: 21 Mayo 2003].
- Clínica de la ansiedad. *La ansiedad: Un modelo explicativo* [En línea]. Baeza Villarroel J. C. (2001) <<http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?doc=29&rec=18>> [Consulta: 2 Jun. 2003].
- Comfia CCOO. Monográficos y estudios. *Estrés: tu riesgo más oculto* [En línea]. FEBA 1992. <<http://www.comfia.net/documento/estudio/estrés/estrés.htm>> [Consulta: 3 Jun. 2003].
- Comisión Argentina de Clasificación de Enfermedades. Dirección de Estadística Ministerio de Salud, Argentina. *La Clasificación Estadística de Enfermedades* [En línea]. Orellano A., Guevel C. <<http://www.sis.org.ar/sis2002/paperssis/SIS45.pdf>> [Consulta: 22 Ene. 2004].
- Communicating across cultures, Spring 2K: Notes for Week 10. *What did you learn from doing the Work Interview log?* [En línea] <<http://www.culture-at-work.com/cacweek10.html>> [Consulta: 21 May. 2003].
- Consulta.psi (Red de sitios de Información y Formación en Salud Mental para Profesionales, Público, Estudiantes). EstrésTraumático.com-Artículos Profesionales. *Las migraciones*

- humanas como factor de trauma [En línea]. De Rosa E. (2000). <http://estrestraumatico.consultapsi.com/Articulos_profesionales/Migraciones.htm> [Consulta: 6 Ago. 2003].
- Consulta.psi (Red de sitios de Información y Formación en Salud Mental para Profesionales, Público, Estudiantes). *Timidez y fobia social* [En línea]. <http://biblioteca.consultapsi.com/articulos/panico_fobias/fobia-social.htm> [Consulta: 6 Ago. 2003].
- Faesfarma. *Banco de instrumentos psicomédicos bipfaes* [En línea]. <http://www.faes.es/bipfaes/index_centro.html> [Consulta: 18 Sept. 2003].
- Fonendo.com. (2002). *Los desórdenes de ansiedad: mucho más frecuentes de lo que pensamos* [En línea]. <<http://www.fonendo.com/noticias/39/2000/08/16.shtml>> [Consulta: 3 Jun. 2003].
- Fortunecity. *La neurosis: enfermedad social* [En línea]. Bustamante S. <<http://members.fortunecity.es/robertexto/archivo5/neurosis.htm>> [Consulta: 12 Dic. 2003].
- Galenored.com. *Stress y Actividad física* [En línea]. Minuchin P. (2001) <<http://www.galenored.com/vsaludable/calidadvida/stress.htm>> [Consulta: 3 Jun. 2003].
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". *Historia de la Psiquiatría* [en línea]. Stucchi Portocarrero S. Actualizado el 1 de Septiembre del 2000. <<http://www.galeonet.com/psiq/hipsi.htm>> [Consulta: 24 Ene. 2004].
- Interpsiquis 2001. II Congreso virtual de psiquiatría. (1 Febrero-7 Marzo 2001). *El estrés como enfrentamiento inadaptado del hombre al medio* [En línea]. Pérez Quintana D. <<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2028>> [Consulta: 3 Jul. 2003].
- Medspain. La nueva revista de Medicina y Salud en Internet (México) *Estrés y trabajo* [En línea]. Ortega Villalobos J. (1999) <http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm> [Consulta: 3 Jun. 2003].
- Monografías.com. *Psiquiatría forense* [En línea]. Ruíz T., Samuel S. <<http://www.monografias.com/trabajos13/lapsifor/lapsifor.shtml>> [Consulta: 24 Ene. 2004].
- OMS. Who.int. (2001) *Clasificaciones de enfermedades y documentos sobre nomenclaturas* [En línea]. <<http://www.who.int/library/historical/access/disease/index.es.shtml>> [Consulta: 23 Ene. 2004].
- Psicología Científica.com. *Eustrés: un nuevo modelo de superación del estrés* [En línea]. Gutierrez García J.M. (2002) <<http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-juanm01.htm>> [Consulta : 30 Jul. 2003].
- Psicología Online. Aula virtual de Psicología. (Formación, Autoayuda y Consejo Online). *Estrés* [En línea]. <<http://www.psicologia-online.com/formacion/online/clinica/estres/estres.htm>> [Consulta: 3 Jun. 2003].
- Psiquiatría.com. I Congreso virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 Marzo 2000. *La inmigración como puerta de entrada hacia la psicopatología*. [En línea] Flores Fernández I. <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa12/conferencias/12_ci_e.htm> [Consulta: 21 Abr. 2004]
- Psiquiatría.com. *La Organización Mundial de la Salud ha definido el término "estrés" como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción"* [En línea]. <<http://www.psiquiatria.com/noticias/estrés/16917>> [Consulta: 26 Abr. 2004].
- Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME). *Prototipos Emocionales desde una perspectiva cultural* [En línea]. Fernández I., Carrera P., Sánchez F., Páez. (1997) <<http://reme.uji.es/articulos/aetxei2711912101/texto.html>> [Consulta: 1 Jun. 2003].
- Sepsiquiatria.org. Untitled Document. Los límites de la normalidad en salud mental. [En línea]. Gómez-Alvárez Salinas E., Villalobos Vega J. C. y González O. (Coordinador)

- <http://sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información_sociedad/manual/a2.htm> [Consulta: 4 Ene. 2004]
Sepsiquiatria.org. Untitled Document. *Los sistemas nosológicos psiquiátricos* [En línea]. Aguilera del Moral M.J., Sanz R.; Cabaleiro F.J. (Coordinador).
<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información_sociedad/manual/a2n3.htm> [Consulta: 6 Dic. 2003].
Sepsiquiatria.org. Untitled Document. *Metodología general del proceso diagnóstico en psiquiatría* [En línea]. Rodríguez Cano T., López Fraile A.I.; Valls Blanco J.M. y Luque Luque R. Coordinadores).
<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información_sociedad/manual/a2n2.htm> [Consulta: 4 Ene. 2004].
Sepsiquiatria.org. Untitled Document. *Reacciones psicológicas en pacientes somáticos. Conducta de enfermedad* [En línea]. García Rodríguez P., Martínez Luna F.R., Soria Ruíz J. y García-Camba E. (Coordinadores).
<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información_sociedad/manual/a7n2.htm> [Consulta: 4 Ene. 2004].
Sepsiquiatria.org. Untitled Document. *Trastornos psicósomáticos. Somatizaciones* [En línea]. Sánchez García J. M., Garzón de Paz M. A., Bueno Carrera G. M., Vega E. D., Pérez Urdaniz P. (Coordinador).
<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información_sociedad/manual/a7n3.htm> [Consulta: 5 Dic. 2003].
Sociedad argentina de medicina del estrés-Asociación civil. *Diagnóstico y medición del estrés* [En línea]. López D. (2001)
<<http://www.sames.org.ar/Art%C3%ADculos%20del%20mes%20N%C2%BA%2013.htm>> [Consulta: 3 Jul. 2003].
Sürtolaisuusinstituutti. Institute of Migration (2001) *On a Way Toward Integration-Russian-Speaking Immigrant Adolescents in Finland* [En línea]
<<http://www.utu.fi/tdk/erill/instmigr/art/jasinskaja-lahti.htm>> [Consulta: 10 Jul. 2003].
Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino. *Depresión en enfermedades médicas* [En línea]. Serrano F.
<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple11a.html>> [Consulta: 24 Dic. 2003].
Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. *Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos* [En línea]. Peralta V., Cuesta M. J.
<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple2a.html>> [Consulta: 20 Ene. 2004].
Universidad Federal de Paraíba, Brasil. *Las creencias parentales sobre el control de la adaptación social de hijos adolescentes* [En línea]. Lira L., De Souza C.M., Pinto R. (2000)
<<http://www.psicom.uson.mx/rsp/14-1-51-62.pdf>> [Consulta: 7 Dic. 2003].
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". *Historia de la Psiquiatría* [en línea]. Stucchi Portocarrero S. Actualizado el 1 de Septiembre del 2000. <<http://www.galeonet.com/psiq/hipsi.htm>> [Consulta: 24 Ene. 2004].
Usuarios.lycos.es. *Clasificación y Criterios Diagnósticos de Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association DSM-IV* [En línea].
<http://usuarios.lycos.es/igonzal/dsm_iv_c.pdf> [Consulta: 6 Dic. 2003].

ANEXO 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

Levi-Strauss escribió: "ninguna ciencia puede actualmente considerar que las estructuras que pertenecen a su campo de estudio se reducen a un ordenamiento cualquiera de partes cualesquiera. Sólo es estructurado el ordenamiento que cumple dos condiciones: es un sistema, regulado por una cohesión interna; y esta cohesión, inaccesible a la observación de un sistema aislado, se revela en el estudio de las transformaciones gracias a las cuales es posible hallar propiedades semejantes en sistemas en apariencia diferentes" (*Antropología Estructural*, 1958:35).

Todo sistema de clasificación trata de ordenar y agrupar entre sí ciertos elementos u objetos en conjuntos o clases en base a sus propiedades comunes, ignorando las diferencias entre los mismos no juzgadas relevantes para los propósitos de la clasificación (Sokal¹, 1974). Toda clasificación supone una simplificación y por ello una pérdida de información, pasando por alto ciertas peculiaridades y características; Lo importante es decidir si la información que se pierde con la clasificación es relevante, o contrariamente, carece de importancia y podemos prescindir de ella.

Las clasificaciones, en general, han de ceñirse escrupulosamente a las reglas lógicas y metodológicas, que de vulnerarse implican confusión. La división, la ordenación y la medición son partes del proceso de análisis y síntesis, el cual empieza con la discriminación o distinción, continúa con la descripción y termina en la teoría.

Los sistemas de clasificación, por tanto, deberán ceñirse a reglas lógicas y metodológicas que no han de vulnerarse para evitar confusiones. Según Blashfield² (1984), entre las principales ventajas que ofrece una clasificación se encuentran las siguientes:

¹ "Classification: Purpose, principle, progress, prospects". *Science*.

² "The classification of Psychopathology: Neo-Kraepelinean and quantitative approaches". *Plenum Press*.

- Aporta la terminología y nomenclaturas necesarias para hacer posible la comunicación entre los científicos y profesionales que trabajan en un determinado campo
- Sirve de base para la acumulación y ordenación de los conocimientos disponibles, así como para la obtención de nueva información en relación con las diferentes categorías
- Es de utilidad para la descripción de las entidades básicas estudiadas por cada ciencia
- Permite hacer predicciones entorno a las diferentes categorías del sistema de clasificación
- Proporciona los conceptos básicos que posibilitan el desarrollo de formulaciones teóricas más amplias o leyes generales, lo que constituye un objetivo fundamental en toda ciencia.

En general, los criterios de clasificación resultan de la elección del o de los caracteres comunes más importantes que definen una especie. La dificultad está en determinar la importancia relativa de cada criterio, lo que lleva a establecer una jerarquía entre todos los criterios posibles resultando algunos de ellos dominantes y otros subordinados (una taxonomía debe revelar las semejanzas y diferencias entre individuos u objetos clasificados). El tipo de clasificación que ha de utilizarse depende del objetivo propuesto, de la pregunta a la que se quiere responder y de la naturaleza de los datos que deben ser agrupados (Kramer³, 1968). Es para esto para lo que sirve un sistema de clasificación.

LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Los diversos sistemas de clasificación utilizados en psiquiatría datan de la época de Hipócrates⁴, quien introdujo los términos manía e histeria como formas de enfermedad mental ya en el siglo V a.C. La aparición de la psiquiatría como especialidad médica data de la primera mitad del siglo XVIII en el marco del empirismo como metodología. Hay que

³ "Classification of Mental Disorders for Epidemiological and Medical Care Purposes: Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology". *NIMH*.

⁴ En: Kaplan H.I. & Sadock B. J. "Clasificación en Psiquiatría y escalas de evaluación psiquiátrica". (Pag. 329).



destacar a Pinel⁵ que establece su clasificación de las enfermedades mentales basándose en la observación de los síntomas y agrupación de éstos en síndromes fijos:

- melancolía
- manía sin delirio
- manía con delirio
- demencia o abolición del pensamiento
- idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales y afectivas

Con posterioridad a esta clasificación fue Kraepelin⁶ (1856-1926) quien aunó las directrices de las escuelas psiquiátricas francesa y alemana y estableció el curso y la evolución de los procesos patológicos como la guía más importante para el diagnóstico. La nosología kraepeliana se construye a partir de un enfoque teórico del proceso diagnóstico.

Clasificación psiquiátrica de Kraepelin:

- I. Alteraciones en los traumatismos craneales
- II. Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas
- III. Alteraciones mentales en las intoxicaciones
- IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas
- V. Sífilis
- VI. Procesos arterioscleróticos y de la involución
- VII. Epilepsia genuina
- VIII. Esquizofrenias
- IX. Psicosis maníacodepresiva
- X. Psicopatías
- XI. Reacciones psicógenas
- XII. Paranoia
- XIII. Oligofrenias
- XIV. Casos oscuros

⁵En: Vallejo Ruiloba J. "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría". (Pag. 8-9).

⁶En: Vallejo Ruiloba J. "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría". (Pag. 10).

Para muchos, el mérito de Kraepelin reside en que fue capaz de establecer una clasificación operativa que se ha mantenido hasta ahora, y que por supuesto ha tenido su influencia en las posteriores clasificaciones de la APA (American Psychiatric Association); Aunque el sistema kraepeliniano se impuso rápidamente en todas partes, Kraepelin descuidó el aspecto psicológico de la persona, y fueron apareciendo la psicología experimental, el neovitalismo, el psicoanálisis, la psicología de la estructura y la personalidad, el conductismo, además de las corrientes psicósomática y antropológica que atacaron el trabajo kraepeliniano. De todas estas corrientes, el psicoanálisis fue el que más supo imponer sus puntos básicos en la psiquiatría actual de todo el mundo.

LOS SISTEMAS INTERNACIONALES DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Los antecedentes⁷ de las clasificaciones estadísticas sistemáticas de las enfermedades se remontan al siglo XVIII. Las bases fueron creadas por dos de los primeros médicos estadísticos: William Farr (1807-1883) y Jacques Bertillon (1851-1922). En agosto de 1900⁸ el gobierno francés convocó la primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Clasificación Internacional Bertillon de Causas de Defunción. La siguiente conferencia se celebró en 1909⁹, y el gobierno francés convocó conferencias subsiguientes en 1920¹⁰, 1929¹¹ y 1938¹². En esta quinta versión de la CIE los trastornos mentales estaban agrupados en una única categoría de tres dígitos con cuatro subcategorías: enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva y trastornos mentales restantes.

La Conferencia¹³ Internacional de Salud celebrada en la ciudad de Nueva York en 1946 encomendó a la Comisión Provisional de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de preparar una sexta revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción, y un Comité de Expertos de la OMS preparó esta

⁷ En: *who.int*. "Clasificaciones de enfermedades y documentos sobre nomenclaturas" [En línea].

⁸ La primera Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 1) fue redactada en 1893 por el *International Statistical Institute* en París. (La clasificación CIE es una clasificación estadística de los trastornos mentales y de otras enfermedades y estados patológicos que se revisa regularmente cada 10 años aproximadamente desde el año 1900).

⁹ CIE 2.

¹⁰ CIE 3.

¹¹ CIE 4.

¹² CIE 5.

¹³ Opus cit. *Who.int*.

revisión. De esta manera, la CIE 6¹⁴ pudo emplearse como nomenclatura de las enfermedades en los registros de índices médicos para facilitar la recogida de información. En Estados Unidos se efectuaron algunas adaptaciones de esta versión¹⁵ que consiguieron, sin perder comparabilidad con la CIE 6 original, la anexión de otras clasificaciones como la cirugía y los tratamientos médicos para enfermedades convencionales, lo que permitía obtener una mayor información de las historias clínicas hospitalarias.

Tanto la CIE 6 como la CIE 7 (1955) tuvieron poco crédito entre los profesionales de la psiquiatría, en gran parte porque se apoyaban en muchos conceptos etiológicos no probados empíricamente. Cuando la OMS investigó la utilidad de su sistema de clasificación en 1959 (estudio realizado por Stengel) estaban en uso las versiones 6 y 7 solo en Finlandia, Nueva Zelanda, Perú, Tailandia y el Reino Unido. Stengel propuso que los diagnósticos se simplificaran a síndromes clínicos y recomendó la creación de un glosario que aclarase y definiese términos de nomenclatura, iniciando así las definiciones operacionales con la finalidad de lograr avances importantes hacia la etiología.

Para la elaboración de la clasificación CIE-8 (1965) se realizaron una serie de ejercicios diagnósticos utilizando historias de casos y registros de entrevistas, de los que resultaron propuestas para la comprobación de la forma y contenido de la clasificación, reflejando conocimientos nuevos sobre las características, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales específicos. Además, para lograr un uso más uniforme de los términos psiquiátricos, se publicó en 1974 un glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. La CIE 9 fue publicada en 1975 y el capítulo V¹⁶ correspondía a los trastornos psiquiátricos e incluía treinta categorías de tres dígitos, organizadas en cuatro subsecciones, un glosario y términos equivalentes para cada trastorno. Miembros de la APA (American Psychiatric Association) participaron activamente en el desarrollo de esta revisión que aún no incorporaba una clasificación multiaxial.

¹⁴ Esta versión fue la primera que extendió el alcance de su clasificación a enfermedades no mortales. La sección de trastornos mentales (capítulo V) creció hasta 26 categorías de 3 dígitos agrupadas en tres tipos: Psicosis (10 categorías), trastornos psiconeuróticos (9 categorías) y trastornos del carácter, comportamiento e inteligencia (7 categorías).

¹⁵ (ICDA y H-ICDA).

¹⁶ La OMS puso en marcha un extenso programa para obtener información sobre los problemas que los psiquiatras de distintos países tenían en el empleo de este capítulo.

En Estados Unidos esta clasificación CIE 9 fue considerada poco específica en la descripción del cuadro clínico del paciente al tener un único propósito estadístico, por lo que en 1977 el Centro Nacional de Estadística Sanitaria formó un Comité Asesor del Consejo para la Clasificación Clínica de acuerdo con numerosas organizaciones profesionales americanas que desarrolló la modificación clínica de la CIE 9 (CIE-9-MC)¹⁷. Esta revisión introdujo importantes cambios metodológicos como la utilización de criterios metodológicos explícitos, y la creación por vez primera de un sistema multiaxial de diagnóstico que utilizando un enfoque descriptivo intentaba ser neutral respecto de las etiologías. Se pretendía crear una herramienta más adecuada para registrar datos que permitieran revisiones sobre terapéutica y asistencia, y al mismo tiempo fuera compatible con la clasificación DSM III¹⁸ de la APA que empezaba a estar vigente entonces.

Por su parte, la OMS desarrolló y publicó en 1978 una Clasificación¹⁹ de Procedimientos en Medicina que se difundió sin carácter obligatorio como suplemento y en 1985 el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos creó el Comité²⁰ de Mantenimiento y Coordinación de la CIE-9-MC cuya función sería la revisión de propuestas para incorporar a los nuevos procedimientos y tecnologías.

La CIE-10 (1992) es mucho más amplia que la CIE-9²¹. Los códigos numéricos (001-999) de la CIE-9 se han sustituido por un sistema de codificación alfanumérico (A00-Z99) con la finalidad de aumentar el número de categorías disponibles para la clasificación. La CIE-10 ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes, aunque en ocasiones sea necesario condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios que permitan su aplicación en la práctica general.

¹⁷ La CIE-9-MC entró en vigor en los Estados Unidos en el año 1979. Es compatible con la CIE-9 para que se obtengan datos comparables desde el punto de vista estadístico. Para ello ha respetado los epígrafes de tres dígitos de la CIE-9 sin añadir ninguno más; Lo que sí añade es un quinto dígito en muchas de las categorías o nuevos epígrafes de cuatro dígitos cuando ese quinto dígito no era suficiente. Se utiliza para integrar la estadística de cirugías y actividades de diagnóstico y tratamiento médico.

¹⁸ Esta clasificación se basaba en ensayos de campo con 12667 pacientes evaluados por 550 psiquiatras clínicos de 212 centros diferentes.

¹⁹ Esta clasificación consta de 9 capítulos, de los cuales el más usado es el quinto dedicado a los Procedimientos Quirúrgicos. Su finalidad es principalmente estadística.

²⁰ Hasta 1988 este Comité publicó cuatro apéndices oficiales.

²¹ Los trastornos mentales en el capítulo V de la CIE-9 sólo tenían treinta categorías de tres caracteres, mientras que el capítulo V de la CIE-10 tiene cien categorías.

El único sistema oficial que prevaleció junto a la CIE fue el sistema de la APA (American Psychiatric Association). La primera clasificación²² americana fue introducida en 1869 en el encuentro anual de la *American Médico-Psychological Association* que era el nombre que en aquel momento tenía la *American Psychiatric Association* (este nombre se cambió en 1921).

En 1917 el *Committee on Statistics of American Medico-Psychological Association*, junto con la *National Commission on Mental Hygiene* diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales; Pero a pesar de que este sistema prestaba mayor atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era básicamente una clasificación estadística. Más tarde, fue el ejército de los Estados Unidos quien confeccionó una nomenclatura mucho más amplia para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial, al mismo tiempo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la CIE-6. Así pues, el *American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics* desarrolló una variante de la CIE-6 que fue la primera edición del "*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*"²³ (DSM-I²⁴).

En 1968 este manual fue sustituido por el DSM-II que no siguió las recomendaciones de Stengel²⁵ y estaba basado en la CIE 8; Esta nueva versión fue similar al DSM-I pero con la eliminación del término "reacción" de Adolf Meyer.

En 1974 y de forma paralela a la realización de la CIE 9, la APA designó un Comité²⁶ de Intervención en Nomenclatura y Estadística para la preparación del manual DSM III. Se pretendía conseguir una clasificación y un glosario que estuviesen de acuerdo con el nivel de conocimientos del momento y existían dudas acerca de la adecuación de la CIE 9 para la

²² En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico.

²³ Fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica (1952). Consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas donde el uso del término "reacción" de Adolf Meyer reflejó la influencia de la visión psicobiológica por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

²⁴ La clasificación contenida en este manual fue elaborada a partir del apartado para trastornos mentales de la CIE-6 (capítulo V).

²⁵ Debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6, CIE-7 y DSM-I, la OMS hizo una revisión de los sistemas diagnósticos que fueron llevados a cabo, como ya se ha mencionado en este capítulo, por parte de este psiquiatra británico.

²⁶ Este Comité introdujo numerosas innovaciones con un posicionamiento ateorico que hiciera posible su utilización por todos los profesionales.

práctica en Estados Unidos. Las teorías etiológicas no probadas dejaban de ser principios clasificatorios, así, la psicogénesis pura de determinados trastornos quedaba en entredicho y el término “funcional” resultaba incorrecto; Los términos “psicosis” y “neurosis” pasaban a ser adjetivos que definían comportamientos dados y no incluían una patogenia.

Así, en 1980 la APA publicó en Washington la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (DSM III²⁷), cuyas características principales fueron: el uso de criterios explícitos y específicos para la definición de trastornos mentales, el reordenamiento de la lista de trastornos mentales en base a patrones fenomenológicos o descriptivos y el empleo de un sistema multiaxial para la formulación diagnóstica, lo que hizo que este manual despertara un notable interés en el diagnóstico psiquiátrico no solo en su país de origen, sino también en otras partes del mundo. Pero pese a todos los esfuerzos que se llevaron a cabo, la clasificación DSM-III²⁸ seguía teniendo una serie de inconsistencias en sus clasificaciones y un número de casos donde los criterios diseñados no estaban claros, que hicieron que en 1987 saliera a la luz la clasificación DSM-III-R (versión revisada) en la que participaron 26 comités de asesores con más de 200 miembros. Se realizaron tres estudios de campo sobre tres temas específicos: trastornos de conducta perturbadores, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos por ansiedad generalizada y agorafobia sin crisis de angustia. La compatibilidad con los códigos de la CIE-9-CM mejoró, aunque seguían los problemas con la terminología entre ambos sistemas.

La clasificación CIE presentaba la ventaja del uso internacional y de la utilización en común con otras partes de la medicina, mientras que la clasificación DSM presentaba la existencia de criterios y herramientas normalizados. Cada nueva versión de ambos sistemas ha hecho un esfuerzo en el camino de la compatibilidad de sistemas que es evidente en las últimas versiones de estos sistemas.

En estos sistemas de clasificación la búsqueda de objetividad es uno de los retos más importantes, además de la necesidad de una definición clara de los síntomas y reglas de

²⁷ La versión oficial en español apareció en 1983.

²⁸ Esta clasificación ha supuesto un giro importante en el paradigma psiquiátrico y ha modificado de forma sustancial la práctica y la docencia de la psiquiatría. Según Akiskal, *“el desarrollo que se observó representa una victoria de la aproximación descriptiva europea a la psicopatología, que fue interpretada, modificada y refinada por el pragmatismo americano”*.

clasificación. El objetivo es establecer el mayor equilibrio posible entre ambas clasificaciones con vistas a unificar en una sola las diversas clasificaciones existentes, de hecho hay una gran cantidad de consultas mutuas entre los autores de ambas clasificaciones, con lo cual las diferencias entre ambos sistemas son cada vez menos significativas en cuanto a la terminología empleada.

El manual DSM-IV aporta una clasificación basada en una fuerte evidencia empírica y una gran compatibilidad con la CIE-10. El trabajo en ambas clasificaciones ha sido simultáneo y de constante colaboración, de forma que todas las categorías del DSM-IV están incluidas en la CIE-10, aunque no todas las de ésta lo están en la clasificación DSM-IV.

Uno de los aspectos más interesantes del DSM-IV es su utilidad como herramienta docente²⁹. Debido al gran número de publicaciones anuales, antes de pasar del DSM-IV al DSM-V se ha realizado una revisión del manual DSM-IV con el objetivo de corregir los errores identificados en su texto y así asegurar que toda la información que contiene continúa estando actualizada, aumentando al mismo tiempo su valor docente: Se trata de la versión DSM-IV-TR³⁰ publicada en 1994. En esta nueva versión no se ha considerado la introducción de cambios sustanciales en los criterios, ni se han contemplado tampoco propuestas de nuevos trastornos o nuevos subtipos, sino que la mayoría de los cambios se han concentrado en los apartados de: "Síntomas y trastornos asociados" que incluyen también hallazgos de laboratorio, "Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo", "Prevalencia", "Curso" y "Patrón familiar"; Para algunos trastornos el apartado de "Diagnóstico diferencial" también se amplió con la finalidad de proporcionar definiciones más amplias.

En la actualidad la OMS está preparando versiones más cortas y simplificadas con un sistema multiaxial para la versión revisada de la CIE 10 (CIE-10-MC), que aunque se ha publicado en Junio del año 2003, aún no se ha adoptado formalmente, y se estima su puesta en marcha hacia Octubre del año 2007. Se trata de una modificación clínica para el uso en Estados Unidos³¹ que intenta mejorar la calidad de los cuidados y seguridad del paciente,

²⁹ Los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos mentales, se acompañan siempre de un texto descriptivo.

³⁰ La versión en español se publicó en 1997.

³¹ En 1993 el National Center for Health Statistics (NCHS) publicó que el manual CIE-9-CM se había quedado obsoleto y había que reemplazarlo, por ello, la OMS autorizó el desarrollo de una nueva versión que cubriera las necesidades de los

además de ajustar las tarifas de los sistemas de seguros americanos a las nuevas tecnologías médicas emergentes.

Por su parte, la APA junto al NIMH (National Institute of Mental Health) inició el proceso para la preparación del manual DSM V en Septiembre de 1999. Se constituyeron diversos grupos de trabajo, con más de cuatro personas y menos de diez cada uno de ellos, que se encargan de investigar cinco áreas³² fundamentales:

- Conceptos básicos
- “Lagunas” del sistema diagnóstico
- Incapacidades o minusvalías que afectan a la salud y a las relaciones sociales del individuo
- Neurociencia
- Nomenclatura

La clasificación de enfermedades CIE-11 no se publicará hasta después de la publicación del manual DSM-V, que tiene prevista su publicación en el año 2010. Se necesita formular un sistema acorde para ambas clasificaciones, aunque esto conlleve un gran número de cambios, ya que las ventajas que aportaría un solo sistema de clasificación de enfermedades serían mayores que las desventajas derivadas de los numerosos cambios necesarios para elaborarlo.

Aunque todavía hoy ambas clasificaciones difieran en la clasificación de algunos síndromes, los recientes avances metodológicos reflejan la intención de corregir tales deficiencias en el futuro. Gran parte de estos esfuerzos se han realizado para conciliar la práctica y teoría de las diferentes culturas. Este respeto a las culturas y escuelas psiquiátricas se ha extendido al lenguaje: se han elaborado diferentes versiones para cada

estándares del acto de la responsabilidad del seguro médico en Estados Unidos (CIE-10-CM). Esta nueva versión también incorpora un manual de Procedimientos en Medicina (CIE-10-PCS).

³² Estas investigaciones incluyen: definición de trastorno mental, consideraciones para la validez de los criterios diagnósticos y sus categorías, establecer razonamientos lógicos para el cambio de algunos criterios y categorías ya existentes, determinar si el sistema multiaxial conviene sustituirlo por otro que se acerque más a las nuevas categorías diagnósticas, aumentar la compatibilidad entre el DSM-V y la CIE-11, que los criterios diagnósticos puedan aplicarse en todas las culturas y facilitar estos procesos diagnósticos para que puedan servir también a otros propósitos no clínicos.

idioma que han aportado datos válidos para todas, intentando que el uso de términos modernos sean compatibles con las tradiciones de cada país.

El principal objetivo de estas clasificaciones internacionales es proporcionar descripciones claras y precisas de las diferentes categorías diagnósticas con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información. La claridad representada por los criterios diagnósticos de estas clasificaciones internacionales las hace valiosas para esta tesis de investigación, pues representan modelos de la realidad muy precisos y específicos, además de comprensivos.

Esta tesis de investigación intentará clasificar adecuadamente el estrés de aculturación dentro de las categorías de estos sistemas de clasificación diagnóstica, razón por la cual se ha presentado este esbozo general.

EVOLUCIÓN DE LOS SÍNDROMES DE ESTRÉS EN LAS CLASIFICACIONES DSM MÁS IMPORTANTES

DSM I (1952)

Reacción aguda de estrés
Reacción situacional del adulto
Reacción de adaptación

DSM II (1968)

Reacción de adaptación

DSM III (1980)

Trastorno de estrés postraumático
Trastorno de estrés agudo
Trastorno de estrés crónico
Trastorno de estrés retardado
Trastorno de adaptación

DSM IV (1994)

Trastorno agudo de estrés

Trastorno de estrés postraumático

Trastorno de adaptación

CIE-10 (1992)

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Reacción a estrés agudo

Reacción a estrés postraumático

Otras reacciones a estrés grave

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La personalidad puede definirse como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles. Cuando este conjunto supone una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas y los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, puede diagnosticarse un trastorno de la personalidad. En general, los trastornos de la personalidad deben ser conceptuados como patrones desadaptados de interacción con el entorno, con uno mismo y con los demás, que se autoperpetúan a partir de sus efectos (Vallejo).

Los síntomas de un trastorno de la personalidad son aloplásticos (capaces de alterar y adaptarse al ambiente externo), y egosintónicos (aceptados por el yo); Quienes padecen un trastorno de la personalidad no experimentan ansiedad debido a sus conductas desadaptativas. Dado que, en general, estas personas no sufren por aquellos síntomas que los demás perciben como tales, están poco motivados para el tratamiento y carecen de interés por mejorar su situación. Aunque generalmente los trastornos de la personalidad no consultan por su peculiar personalidad, que ellos perciben como su manera de ser, sí que consultan por estímulos externos o internos que provocan irritabilidad, impulsividad, desinhibición conductual y a veces agresividad.

Se dice que existe un trastorno de la personalidad cuando una persona usa siempre determinados mecanismos de defensa de manera inadecuada. La clasificación DSM IV

agrupa los trastornos de la personalidad entorno a tres grandes tipos de características genéricas:

- 1) Trastorno de personalidad esquizoide, esquizotípicos y paranoides.
- 2) Trastorno de personalidad histriónicos, narcisistas, antisociales o limítrofes.
- 3) Trastorno de personalidad evitadores, dependientes y compulsivos o pasivo-agresivos.

Trastorno de personalidad esquizoide: Estos individuos son solitarios y tienen poca necesidad de los demás. Son fríos, apartados e indiferentes al halago y a la crítica.

Trastorno de personalidad esquizotípico: Estos individuos comparten con los esquizofrénicos algunas excentricidades de pensamiento, percepción, habla e interacción interpersonal. El habla rara, las ideas de referencia, el pensamiento mágico y la suspicacia prominente. Son sujetos aislados.

Trastorno de personalidad paranoide: Las personas con este trastorno son suspicaces e hipersensibles a los desaires y a las injurias percibidas. Son individuos hipervigilantes ante la posibilidad de que alguien pudiera engañarles o lesionarles, y tienden a ser cautos y reservados, y a culpar a los demás. Tienden a exagerar las dificultades y a ofenderse, volviéndose hostiles con facilidad.

Trastorno de la personalidad histriónica: Los individuos con personalidad histriónica tienen relaciones al parecer intensas pero en realidad superficiales. Se presentan en forma espectacular, intensa, pero egocéntrica. Aunque superficiales, desconsideradas, autoindulgentes, vanas, exigente, dependiente y manipuladora.

Trastorno de la personalidad narcisista: Estos individuos tienen un concepto elevado de sí mismos y pueden mostrarse preocupados por ser únicos, poderosos y bien dotados. Exageran su talento y sus contribuciones, buscan admiración y utiliza a los demás por lograr una mejor posición, aunque permanecen indiferentes a sus sentimientos o necesidades. Tienen dificultad para ver a los demás dentro de una perspectiva realista, tendiendo a idealizarlos o a devaluarlos.

Trastorno de personalidad antisocial: Estos individuos se caracterizan por una despreocupación de las reglas y expectativas de la sociedad, y por una reiterada violación de los derechos de los demás. Además, también se caracterizan porque cometen numerosas ilegalidades; Mienten y engañan y es manifiesta su incapacidad de mantenerse fieles a largo

plazo con el compañero o compañera sexual y muestran irritabilidad y agresividad. Suelen abusar del alcohol y otras sustancias.

Trastorno de personalidad limítrofe: Estos individuos tienen una dificultad crónica para regular el estado de ánimo y las relaciones interpersonales, así como para mantener una imagen de sí mismo. Pueden manifestar una conducta impulsiva que puede ser autolesiva (su estado de ánimo es imprevisible). A pesar de tener relaciones interpersonales caóticas salpicadas de intenso odio y amor, estos individuos por lo general no toleran la soledad. El mecanismo de defensa de “polarización” es muy manifiesto.

Trastorno de personalidad elusiva: Estos individuos se muestran inadecuadamente preocupados por el rechazo y la humillación, y por esta razón evitan los contactos íntimos con otros. A pesar de ser retraídos muestran signos de desear relaciones estrechas con los demás. Muestran poco amor propio y tienen tendencia a exagerar sus defectos.

Trastorno de personalidad dependiente: Estos individuos permiten que sean los demás los que asuman la responsabilidad de aspectos importantes de su vida y de la toma de decisiones. Desean subordinarse en sus necesidades y deseos a los de otros a fin de evitar tomar una responsabilidad personal.

Trastorno de personalidad pasivo-agresiva: Estos individuos están resentidos con las responsabilidades, ya sean sociales o relacionadas con el trabajo y en vez de expresar su oposición directamente, tienden a perder el tiempo y a “olvidar” sus tareas. En consecuencia, no llegan a desarrollar su potencial.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva: Estos individuos tienden a sentirse preocupados por reglas, procedimientos y detalles. Con frecuencia, suelen insistir en cosas que se hacen en una forma determinada, mientras que otras veces pueden volverse indecisos hasta el punto de la ineficacia. Valoran más su trabajo y sus posesiones que sus relaciones interpersonales y tienen dificultades para expresar sus sentimientos hacia otros.

Trastorno mixto de la personalidad: El comportamiento de estos individuos satisfacen los requisitos de más de un trastorno de la personalidad (se sospecha cierto trastorno, pero no se cuenta con información suficiente para hacer una clasificación clara).

Cambios conflictivos de la personalidad no clasificables: Se consideran secundarios a un diagnóstico principal de trastorno afectivo o de ansiedad persistente.



Criterios diagnósticos generales DSM-IV para un Trastorno de la personalidad

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. actividad interpersonal.
4. control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Se entiende por *inestabilidad afectiva* la respuesta afectiva intensa y desproporcionada ante todo tipo de acontecimientos, tanto negativos como positivos. Estas personas se describen como muy sensibles, todo les afecta, incluidas las nimiedades, por lo que tienen que gastar mucha energía en controlar sus respuestas emocionales; Se entiende por *ansiedad patológica* aquélla que no es útil para la superación de obstáculos, aquélla que provoca miedo, inhibición y síntomas somáticos que obstaculizan la superación de obstáculos.



Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada sufren ansiedad difusa persistente, sin los síntomas típicos que caracterizan los trastornos fóbicos, los trastornos de pánico o los padecimientos obsesivo-compulsivos, esto es, tienen una preocupación y tensión crónicas aún cuando no hay nada que las provoque. Aunque los síntomas y signos de ansiedad varían de un individuo a otro, los signos comunes son: *tensión motora* (sacudidas, desasosiego, temblores, tensión, dolores musculares, fatiga, incapacidad para relacionarse, contracciones de los párpados, cejas fruncidas, cara contraída, inquietud, fácil sobrecogimiento), *hiperactividad autonómica* (sudoración, taquicardia o palpitaciones, manos frías y pegajosas, boca seca, aturdimiento, mareo, hormigueo de manos y pies, molestias estomacales, oleadas de calor o de frío, micción frecuente, diarrea, “nudo” en la garganta, palidez, aumento de la frecuencia del pulso y de la respiración en reposo), *expectación con inquietud* (ansiedad, preocupación, temor y anticipación de una desgracia para sí mismo o para los demás), y *vigilancia* (atención excesiva que acarrea distracción, dificultad para concentrarse, insomnio, sensación de “estar al borde de”, irritabilidad e impaciencia. Esto es, este tipo de trastorno significa siempre anticiparse a un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo; Sin embargo, muchas veces el simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Estos síntomas son muy similares a los de la crisis de angustia, sin embargo, en la TAG no se manifiestan de forma crítica y los de tipo autonómico, especialmente cardiovasculares y respiratorios son menos frecuentes y severos. Por otra parte, la prevalencia familiar y la asociación con depresión y fobias son más reducidas que en las crisis de angustia. El TAG se presenta gradualmente con un curso más crónico y un pronóstico más favorable que el trastorno de pánico y afecta con mayor frecuencia a las personas en su niñez o adolescencia, siendo más común en las mujeres que en los hombres, en una proporción de dos a uno afectando entre un 2-3% de la población. Una vez tomada la decisión de efectuar tratamiento, deben considerarse primero las modalidades de intervención no farmacológica incluyendo la psicoterapia intensiva o de sostén. La terapia de conducta está orientada a enseñarle al paciente medios prácticos para reducir la ansiedad e incluye técnicas como el adiestramiento para la relajación, la bioinformación y la

desensibilización. Cuando la ansiedad generalizada es suficientemente intensa como para justificar el tratamiento con fármacos, las benzodiazepinas son el tratamiento de elección. Los tratamientos cortos son muy eficaces (cinco a siete días), después debe interrumpirse la medicación por la posibilidad de dependencia con su uso prolongado.

Trastorno de pánico (crisis de angustia)

La principal característica de éste es *el brusco, inesperado*, y con frecuencia el sentimiento de terror y aprensión acompañado de *síntomas somáticos* en múltiples aparatos y sistemas, como disnea, palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos, náuseas o problemas estomacales, sofocos o escalofríos, sensación de asfixia o falta de aire, transpiración, hormigueo o entumecimiento, estremecimiento o temblores, sensación de irrealidad, terror, sensación de falta de control, temor a morir,.. Los síntomas del trastorno de pánico son similares a los que ocurren durante el ejercicio físico intenso o en una situación que amenaza la vida, suelen alcanzar su máximo en menos de 10 minutos y desaparecen en 20-30 min. Un ataque típico de pánico o ansiedad suele iniciarse de forma brusca y sin previo aviso mientras el individuo se encuentra ejerciendo una actividad no estresante. Se considera que la ansiedad es una respuesta a la inminente presentación dentro de la conciencia de pensamientos, impulsos o deseos inaceptables, esto es, de conflictos psicológicos del pasado y el presente.

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack), según la clasificación DSM-IV

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración



- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones

El trastorno de pánico se da, al menos, en un 1,6% de la población y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en la adolescencia. El trastorno de pánico va acompañado frecuentemente de otros problemas como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido, aunque la mayor parte de las personas que sufren un ataque de este tipo no vuelven a tener otro en su vida. En este tipo de trastorno está indicada la psicoterapia, y son más eficaces los enfoques que buscan comprender la ansiedad y animar al paciente para que se enfrente a las situaciones temidas.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Las principales características son las obsesiones (ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, esto es, no producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y se consideran sin sentido o repugnantes. Se hacen intentos para ignorarlos o suprimirlos) y las compulsiones (comportamientos repetitivos y al parecer con propósito, que se llevan a cabo según ciertas reglas o en forma estereotipada. El comportamiento no es un fin en sí mismo, sino que está orientado a producir o evitar algún acontecimiento o situación en el futuro). Sin

embargo, la actividad no está relacionada de manera realista con lo que intenta producir o prevenir, o puede resultar claramente excesiva. El acto se efectúa con una sensación de compulsión subjetiva acompañado de un deseo de resistir dicha compulsión. El individuo suele reconocer lo insensato de la conducta y no experimenta placer de llevar a cabo la actividad, aunque le libera un tanto la tensión acumulada.

Criterios diagnósticos CIE-10 para el trastorno obsesivo-compulsivo

◦ Deben estar presentes ideas obsesivas o actos compulsivos (o ambos) durante la mayoría de los días durante un período de por lo menos dos semanas.

◦ Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y compulsiones (actos) comparten las siguientes características, todas las cuales deberán estar presentes:

- El enfermo las reconoce como propias y no como impuestas por otras personas o influidas externamente.
- Son reiteradas y desagradables, y por lo menos una de la obsesión o compulsión presente debe ser reconocida como carente de sentido.
- El sujeto intenta resistirse a ellas (aunque con el tiempo la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede volverse mínima). El enfermo opone resistencia sin éxito. Por lo menos una de las obsesiones o compulsiones presentes es resistida sin éxito.
- El llevar a cabo las obsesiones o compulsiones no es en sí mismo placentero (lo cual debe ser distinguido del alivio temporal de la ansiedad o tensión).

◦ Las obsesiones o compulsiones producen malestar o interfieren con las actividades sociales o el funcionamiento normal del sujeto, por lo general, por el tiempo que consumen.

◦ Criterio de exclusión más frecuentemente usado: las obsesiones o compulsiones no son el resultado de otros trastornos mentales, tales como la esquizofrenia o trastornos del humor (afectivos).



El diagnóstico puede especificarse con un cuarto dígito:

- Con predominio de pensamientos y rumiaciones obsesivos
- Con predominio de actos compulsivos
- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
- Otros trastornos obsesivo-compulsivos
- Trastornos obsesivo-compulsivos sin especificación

Las obsesiones o compulsiones son una fuente importante de sufrimiento para el individuo porque interfieren con su funcionamiento o papel en la sociedad. Estos trastornos suelen iniciarse durante la adolescencia o en la edad adulta joven (cerca del 65% aparecen antes de los 25 años). El curso que sigue la enfermedad es variable, los síntomas pueden ir y venir, mitigarse por un tiempo o empeorar progresivamente. La depresión y otros trastornos de ansiedad pueden acompañar a este trastorno, también el uso de alcohol o drogas para calmarse. Tanto la psicoterapia como la psicofarmacología son útiles en este tipo de trastornos.

Trastornos fóbicos

Comprenden un grupo de padecimientos que tienen en común una grave ansiedad irracional, persistentemente recurrente, de objetos, actividades, o situaciones específicas, con conducta secundaria de evitación del estímulo fóbico. Son muy comunes y su diagnóstico se hace únicamente cuando el temor o la conducta de evitación es una fuente de sufrimiento para el individuo o interfiere con sus actividades sociales o profesionales.

Los trastornos fóbicos incluyen tres padecimientos distintos:

a) *agorafobia*: temor a encontrarse solo o en sitios públicos, de los cuales puede ser difícil escapar o donde no se disponga de ayuda en caso de incapacitación brusca, como en muchedumbres, túneles, puentes, transportes públicos,.. Hay una disminución creciente de las actividades normales hasta que el temor o la conducta elusiva domina la vida individual.

b) *fobia simple*: Son temores irracionales a ciertas cosas o situaciones específicas. El individuo experimenta una incomodidad importante cuando se enfrenta con el estímulo fóbico o ante la posibilidad de confrontación con él (se adelantan al daño) y también reconoce que este temor y ansiedad son irracionales y excesivos. Los ejemplos comunes comprenden el temor a las alturas (acrofobia) y el temor a los espacios cerrados (claustrofobia), y a los animales. Nadie sabe exactamente qué las causa, aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres. La edad de comienzo es variable, pero el trastorno suele iniciarse en la niñez, estos miedos desaparecen por lo general con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta (nadie sabe por qué persisten en algunas personas y desaparecen en otras).

c) *fobia social*: Es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en situación vergonzosa frente a las demás personas. Suele ser hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. En ocasiones la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas; Menos frecuente es el miedo de usar un baño público, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas, como por ejemplo, escribir un cheque. Es posible que las fobias sociales se originen por acontecimientos vitales violentos (no hay evidencia de transmisión genética o familiar) o causa de estrés ocurridos en fase temprana del desarrollo. La edad de comienzo es variable, pero el trastorno suele iniciarse al final de la infancia o principios de la adolescencia, tiende a ser crónico y aumentar o disminuir de intensidad. El tratamiento de la fobia social es principalmente de conducta, con el empleo de medios como terapia de relajación, desensibilización sistemática y técnicas relacionadas.

Fue Marks quien en 1969 clasificó las fobias basándose en datos clínicos, epidemiológicos, psicométricos, psicológicos y terapéuticos en las siguientes categorías:

Fobias a estímulos externos:

Fobias a animales

Síndrome agorafóbico

Fobias sociales

Otras fobias específicas

Fobias a estímulos internos:

Nosofobias

Fobias obsesivas

Las clasificaciones actuales (CIE-10, DSM-IV) han asumido esta clasificación, si bien en el DSM-IV la agorafobia se subordina al trastorno de pánico, aunque se acepta una agorafobia sin pánico, mientras que la CIE-10 la agorafobia se incluye entre las ansiedades fóbicas bajo la posibilidad de presentarse con o sin pánico. Aunque las fobias son relativamente comunes entre la población general, rara vez causan un trastorno importante y los individuos en pocas ocasiones buscan tratamiento. Si se requiere tratamiento, éste será de conducta, empleando terapias de relajación y desensibilización sistemática.

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de fobia específica

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de fobia social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Si nos centramos en el ámbito de las relaciones interpersonales probablemente el trastorno de ansiedad más relevante es el de fobia social. Es difícil calcular la frecuencia de este tipo de trastorno, los estudios epidemiológicos ponen de relieve una prevalencia global que oscila entre el 3% y el 13% (APA, 1995), pero estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. Con seguridad hay muchos casos en que los sujetos que sufren dificultades a causa de un exceso de ansiedad social no cumplen los suficientes criterios diagnósticos tipificados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (APA, 1995), y por tanto no pueden ser etiquetados como fóbicos sociales. Esta reflexión nos conecta con el estudio de timidez

llevado a cabo por Zimbardo en 1977 en el que se evaluaron 5000 sujetos de varios países, resultando que alrededor del 40% se consideraban tímidos y un 80% informaban de timidez en algún momento de sus vidas. En algunos trabajos se ha concluido que el porcentaje de individuos con fobia social puede estar seriamente infraestimado (Heimberg et al.,1990).

Parece claro que es difícil hacer una estimación de la incidencia real de la ansiedad social debido a que los sujetos con fobia social pueden rehuir el tratamiento por miedo a hablar abiertamente sobre sí mismos y por el temor a ser observados, además, esos sujetos pueden considerar que sus problemas no se pueden solucionar y que no podrán cambiar. Para terminar, los sujetos con fobia social puede que acudan al tratamiento por otra patología concomitante como puede ser el alcoholismo o el abuso de sustancias psicoactivas, por lo que el diagnóstico de fobia social puede verse solapado por otra patología más llamativa.

ANEXO 2



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Distribuciones de frecuencia de las variables de control, competencia lingüística y consumo de sustancias.

| | Yes | No | Total |
|--|-------|-------|--------|
| v.91- Since your arrival to Spain, have you been depressed, anxious or stressed sometimes? | 49,8% | 50,2% | 100,0% |

Do you consider yourself as belonging to any particular religion or denomination?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | | | | |
| No | 86 | 38,6 | 38,6 | 38,6 |
| Catholic | 77 | 34,5 | 34,5 | 73,1 |
| Protestant | 30 | 13,5 | 13,5 | 86,5 |
| Orthodox | 9 | 4,0 | 4,0 | 90,6 |
| Other Christian | 9 | 4,0 | 4,0 | 94,6 |
| Islam/Muslim | 7 | 3,1 | 3,1 | 97,8 |
| Other non Christian | 1 | ,4 | ,4 | 98,2 |
| No answer | 4 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Have you ever considered yourself as belonging to any particular religion or denomination?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | | | | |
| No | 88 | 39,5 | 40,6 | 40,6 |
| Catholic | 75 | 33,6 | 34,6 | 75,1 |
| Protestant | 27 | 12,1 | 12,4 | 87,6 |
| Orthodox | 3 | 1,3 | 1,4 | 88,9 |
| Other Christian | 6 | 2,7 | 2,8 | 91,7 |
| Islam/Muslim | 6 | 2,7 | 2,8 | 94,5 |
| Other non Christian | 2 | ,9 | ,9 | 95,4 |
| No answer | 10 | 4,5 | 4,6 | 100,0 |
| Total | 217 | 97,3 | 100,0 | |
| Perdidos | | | | |
| Sistema | 6 | 2,7 | | |
| Total | 223 | 100,0 | | |

Regardless of whether you belong to a particular religion, how religious would you say you are?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 0 | 43 | 19,3 | 20,4 | 20,4 |
| | 1 | 27 | 12,1 | 12,8 | 33,2 |
| | 2 | 28 | 12,6 | 13,3 | 46,4 |
| | 3 | 30 | 13,5 | 14,2 | 60,7 |
| | 4 | 17 | 7,6 | 8,1 | 68,7 |
| | 5 | 19 | 8,5 | 9,0 | 77,7 |
| | 6 | 16 | 7,2 | 7,6 | 85,3 |
| | 7 | 14 | 6,3 | 6,6 | 91,9 |
| | 8 | 13 | 5,8 | 6,2 | 98,1 |
| | 9 | 2 | ,9 | ,9 | 99,1 |
| | 10 | 2 | ,9 | ,9 | 100,0 |
| | Total | 211 | 94,6 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 12 | 5,4 | | |
| Total | | 223 | 100,0 | | |

Which is your work situation now?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Study and work | 59 | 26,5 | 26,5 | 26,5 |
| | Only study | 163 | 73,1 | 73,1 | 99,6 |
| | Don't know | 1 | ,4 | ,4 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

How best define your financial situation now?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Without problems | 80 | 35,9 | 36,2 | 36,2 |
| | With some problem | 112 | 50,2 | 50,7 | 86,9 |
| | With many problems | 16 | 7,2 | 7,2 | 94,1 |
| | Extremely difficult | 7 | 3,1 | 3,2 | 97,3 |
| | No answer | 6 | 2,7 | 2,7 | 100,0 |
| | Total | 221 | 99,1 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 2 | ,9 | | |
| Total | | 223 | 100,0 | | |

Which is your nationality?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | French | 23 | 10,3 | 10,5 | 10,5 |
| | Swedish | 6 | 2,7 | 2,7 | 13,2 |
| | US/Caucasion | 2 | ,9 | ,9 | 14,1 |
| | Danesa | 9 | 4,0 | 4,1 | 18,2 |
| | Italian | 42 | 18,8 | 19,1 | 37,3 |
| | Austria | 6 | 2,7 | 2,7 | 40,0 |
| | Noruega | 1 | ,4 | ,5 | 40,5 |
| | English | 27 | 12,1 | 12,3 | 52,7 |
| | Alemán | 51 | 22,9 | 23,2 | 75,9 |
| | Slovene | 1 | ,4 | ,5 | 76,4 |
| | Slovak | 1 | ,4 | ,5 | 76,8 |
| | Canadiense | 4 | 1,8 | 1,8 | 78,6 |
| | Swiss | 3 | 1,3 | 1,4 | 80,0 |
| | Polish | 3 | 1,3 | 1,4 | 81,4 |
| | Rumanian | 3 | 1,3 | 1,4 | 82,7 |
| | Irish | 5 | 2,2 | 2,3 | 85,0 |
| | Finland | 12 | 5,4 | 5,5 | 90,5 |
| | Greek | 3 | 1,3 | 1,4 | 91,8 |
| | Icelandic | 2 | ,9 | ,9 | 92,7 |
| | Belgium/Canadian | 1 | ,4 | ,5 | 93,2 |
| | Bulgarian | 1 | ,4 | ,5 | 93,6 |
| | Portugues | 3 | 1,3 | 1,4 | 95,0 |
| | Scottish | 5 | 2,2 | 2,3 | 97,3 |
| | Holandes | 2 | ,9 | ,9 | 98,2 |
| | Cameroonian | 1 | ,4 | ,5 | 98,6 |
| | Australia | 2 | ,9 | ,9 | 99,5 |
| | Brasil | 1 | ,4 | ,5 | 100,0 |
| | Total | 220 | 98,7 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 3 | 1,3 | | |
| Total | | 223 | 100,0 | | |

How long have you been in Spain

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Less than one month | 32 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| | More than one month, less than three months | 60 | 26,9 | 26,9 | 41,3 |
| | More than three months, less than six months | 59 | 26,5 | 26,5 | 67,7 |
| | More than six months | 72 | 32,3 | 32,3 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Your accommodation in Spain is:

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Very good | 50 | 22,4 | 22,4 | 22,4 |
| | Good | 104 | 46,6 | 46,6 | 69,1 |
| | Regular | 56 | 25,1 | 25,1 | 94,2 |
| | Bad | 10 | 4,5 | 4,5 | 98,7 |
| | Very bad | 3 | 1,3 | 1,3 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Do you chat in internet while are living in Spain?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Every day | 42 | 18,8 | 18,8 | 18,8 |
| | More than once a week | 81 | 36,3 | 36,3 | 55,2 |
| | Once a week | 27 | 12,1 | 12,1 | 67,3 |
| | At least once a month | 8 | 3,6 | 3,6 | 70,9 |
| | Only on special holidays | 3 | 1,3 | 1,3 | 72,2 |
| | Less often | 12 | 5,4 | 5,4 | 77,6 |
| | No answer | 1 | ,4 | ,4 | 78,0 |
| | Never | 49 | 22,0 | 22,0 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Do you prefer to chat with people from your own country?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Yes | 68 | 30,5 | 33,8 | 33,8 |
| | No | 23 | 10,3 | 11,4 | 45,3 |
| | I don't mind | 82 | 36,8 | 40,8 | 86,1 |
| | No answer | 28 | 12,6 | 13,9 | 100,0 |
| | Total | 201 | 90,1 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 22 | 9,9 | | |
| Total | | 223 | 100,0 | | |

The people I fit in with best are from:

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Spain | 8 | 3,6 | 3,7 | 3,7 |
| | My own country | 33 | 14,8 | 15,3 | 19,1 |
| | Both | 91 | 40,8 | 42,3 | 61,4 |
| | Other countries | 75 | 33,6 | 34,9 | 96,3 |
| | Neither | 7 | 3,1 | 3,3 | 99,5 |
| | 7 | 1 | ,4 | ,5 | 100,0 |
| | Total | 215 | 96,4 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 8 | 3,6 | | |
| Total | | 223 | 100,0 | | |

Which is your level of speaking spanish language

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Lower | 22 | 9,9 | 9,9 | 9,9 |
| | Low | 46 | 20,6 | 20,6 | 30,5 |
| | Middle | 88 | 39,5 | 39,5 | 70,0 |
| | High | 59 | 26,5 | 26,5 | 96,4 |
| | Higher | 8 | 3,6 | 3,6 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Which is your level of writing spanish language

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Lower | 15 | 6,7 | 6,8 | 6,8 |
| | Low | 44 | 19,7 | 20,1 | 26,9 |
| | Middle | 98 | 43,9 | 44,7 | 71,7 |
| | High | 55 | 24,7 | 25,1 | 96,8 |
| | Higher | 7 | 3,1 | 3,2 | 100,0 |
| | Total | 219 | 98,2 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 4 | 1,8 | | |
| Total | | 223 | 100,0 | | |

Which is your level of reading spanish language

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Lower | 8 | 3,6 | 3,7 | 3,7 |
| | Low | 32 | 14,3 | 14,7 | 18,4 |
| | Middle | 83 | 37,2 | 38,2 | 56,7 |
| | High | 77 | 34,5 | 35,5 | 92,2 |
| | Higher | 17 | 7,6 | 7,8 | 100,0 |
| | Total | 217 | 97,3 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 6 | 2,7 | | |
| Total | | 223 | 100,0 | | |

| | | Increased | Decreased | Same | Don't take drugs | Total |
|---|---|-----------|-----------|-------|------------------|--------|
| Do you consider that since you arrival to Spain, your consum of alcohol | % | 53,5% | 6,9% | 30,9% | 8,8% | 100,0% |
| your consum of tabacco | % | 29,4% | 3,7% | 9,8% | 57,0% | 100,0% |
| your consum of marijuana | % | 9,9% | 8,5% | 9,9% | 71,7% | 100,0% |
| your consum of hashish | % | 9,4% | 6,1% | 8,0% | 76,5% | 100,0% |
| consum of amphetamines | % | 1,4% | 2,4% | ,9% | 95,3% | 100,0% |
| your consum of ecstasy | % | 1,9% | 2,9% | ,5% | 94,8% | 100,0% |