



UNIVERSIDAD CATOLICA DEL NORTE
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS DE ACULTURACIÓN PSICOLÓGICA EN INMIGRANTES SUDAMERICANOS EN EL NORTE DE CHILE

Seminario de Tesis para optar al grado de Magister Psicología Clínica

Susana Orieta Boudon Torrealba

Profesor Guía: Alfonso Urzúa Morales

Antofagasta, Diciembre, 2014

Profesor Guía:

Alfonso Urzúa Morales

Doctor en Psicología Clínica y de la Salud

Agradecimiento

Finalizando este arduo proceso es que surge la necesidad imperiosa de brindar un merecido reconocimiento a quienes fueron parte importante en mi vida y que sin ellos este momento no hubiera ocurrido.

Mi principal apoyo fueron ustedes, mis grandes amores, tú hijita querida, mi Leticia bella y mi gran compañero de hace ya 17 años, Jaime, quienes impulsaron en mí la gran motivación y fuerza que dedique a este proyecto. Agradezco inmensamente contar con ustedes y tengan certeza que siempre serán el eje que estabiliza mi vida.

Cuento con una fuerza no de manera fortuita, sino porque he aprendido a tenerla viendo en ese ejercicio durante toda mi vida a mi madre Hedy, que me enseñó a sostenerme de pie frente a lo más adverso que pudiera ocurrir, y que sin duda es la herencia que adquirí también de mis dos abuelos, mi Mamita y mi Tata, que sea donde estén siempre son mi compañía y mi ejemplo.

Gracias a mi padre, Fernando y mi hermano Ferdy, que pese a las distancias existen en mi realidad nortina.

Obvio indudable la gran ayuda que recibí de nuestros nuevos amigos que conocí en esta región, mi amiga Yanina con Sergio y la linda Sofi, que se convirtieron en nuestra familia acá en esta ciudad, y que cuidaron de mi hija para lograr mi desarrollo personal y familiar.

Termino agradeciendo a mis profesores que destaco en cada uno de ellos la pasión, motivación y generosidad al brindar sus propias experiencias para configurar nuestra formación.

Y de igual forma de mis compañeros que me brindaron muchas veces un apoyo necesario en este proceso, momentos de relajación y esparcimiento junto con una importante cuota de humor y experiencia.

Índice

I.	Resumen	5
II.	Introducción.....	6
III.	Metodología.....	9
	a. Participantes.....	9
	b. Instrumentos.....	10
	c. Procedimientos.....	11
IV.	Resultados.....	11
	a. Estrategia de Aculturación.....	12
	b. Salud Mental.....	13
V.	Discusión.....	16
VI.	Referencias.....	21

Resumen

El presente estudio tuvo como finalidad comprender la relación que existe entre salud mental y las estrategias de aculturación adoptadas por inmigrantes sudamericanos cuya muestra estuvo compuesta por 431 sujetos peruanos y colombianos que residen en la ciudad de Antofagasta. Fueron seleccionados mediante la técnica de "bola de nieve" y se utilizó como instrumento la escala de Actitudes hacia la Aculturación (adaptación de Zlobina, Basabe & Páez de la escala de Berry) y el cuestionario de Autoevaluación OQ-45.2 para evaluar salud mental. La hipótesis planteada propone que las estrategias de marginalización y separación incidirían en una mayor presencia de sintomatología psiquiátrica. Los resultados permiten afirmar que existirían diferencias significativas entre la dimensión rol social y malestar psicológico en la muestra de inmigrantes que adoptaron alguna de las estrategias de aculturación.

Palabras clave: Aculturación, salud mental, inmigración, Antofagasta.

Abstract

This study aimed to understand the relationship between mental health and acculturation strategies adopted by South American immigrants whose sample was composed of 431 Peruvian and Colombian subjects residing in the city of Antofagasta. Were selected using the technique of "snowball" and scale of attitudes towards acculturation (adapting Zlobina, Basabe & Páez scale Berry) and questionnaire Self OQ-45.2 to assess mental health was used as an instrument. The hypothesis proposes that strategies of marginalization and separation to result in a greater presence of psychiatric symptoms. The results confirm that significant differences exist between the social role dimension and psychological distress in the sample of immigrants who adopted some of the strategies of acculturation.

Keywords: Acculturation, mental health, immigration, Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

La migración, como fenómeno social, es un concepto que podría definirse en base a 3 dimensiones (Blanco, 2000, citado en Micolta, 2005): *espacial*, por desplazarse entre regiones delimitadas administrativamente pudiendo existir una distancia importante entre éstas (1985, Arango; 1998, Oso; citados en Micolta, 2005); *temporal*, por abarcar un tiempo importante y de carácter permanente; y *social*, por las circunstancias nuevas en la vida cotidiana dado por el traslado de una región y/o cultura a otra. Es además relevante tener presente la motivación inicial que moviliza por el traslado (satisfacer variadas y diversas necesidades y/o mejoras en la calidad de vida), siendo parte de la realidad psicológica del migrante y que interactúa con este nuevo escenario social (2003, Giménez; 1993, Tizón et.al, citados en Micolta, 2005).

El proceso migratorio implica que la persona que se desplaza deba disponer de recursos psíquicos y cognitivos para afrontar los cambios que se presentan en el entorno, a fin de adaptarse a su nueva situación. La migración, aunque se vive como una solución en gran parte de las ocasiones y puede implicar aspectos favorables como nuevas instancias de crecimiento y desarrollo, significa paralelamente experimentar situaciones difíciles y problemáticas (Achotegui, 2010, 2012). La persona debe enfrentar nuevas dificultades tales como la adaptación cultural, la xenofobia, dificultades de acceso a instituciones públicas, trámites de regularización migratoria y dificultad económica, entre otros. Estos factores pueden tornarse en estresantes, alterando el bienestar psíquico de las personas e incidiendo directamente en la salud mental de las personas que migran. Adicionalmente, migrar requiere de un buen estado de salud físico y mental para conllevar adecuadamente la serie de cambios que implican el asentamiento, la adaptación y la integración (Tizón, 1994)

La relación entre migración y salud mental se ha estudiado desde el contexto previo al desplazamiento territorial, hasta el momento del establecimiento en el nuevo país. Variables como desempleo, escasez de recursos económicos, baja escolaridad, entre otros y que se presentan en el lugar de origen, actuarían como

factor de riesgo (Levecque, Lodewyckx & Vranken, 2007). El padecer trastornos de ansiedad podría ser relevante y/o influir al momento de optar por migrar a otro país, así además el proceso de migración predeciría la aparición de trastornos de ansiedad y del ánimo posteriormente (Breslau, et al., 2007), decantando, por ejemplo, en la aparición de síntomas depresivos en cualquier edad (Sternberg & Lee, 2013). Paralelamente, otras investigaciones presentan hallazgos que sugieren que no existiría una relación directa entre el hecho de migrar y la presencia de una psicopatología, por ejemplo, se encontraron menos casos de trastornos del ánimo, de ansiedad y de abuso y dependencia de drogas en migrantes en comparación a los nacidos en EEUU (Alegría & cols., 2007; Takeuchi & cols., 2007; Breslau & Chang, 2006; Grant & cols., 2004), o en un estudio en inmigrantes peruanos en Chile, se señala que el tiempo de permanencia en el nuevo país no está vinculado con la presencia de algún cuadro psiquiátrico (Hospital Clínico Universidad de Chile, 2008).

Al parecer la relación entre migración y salud mental no es simple, pues el solo hecho de migrar no podría explicar ni predecir la presencia de trastornos psicopatológicos, habiendo múltiples variables del sujeto y del contexto que actuarían como factores mediadores y moderadores en esta relación (Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., & Tomás-Sábado, J., 2008).

Una de las variables estudiadas y que podría considerarse como el contexto en el que la relación entre salud mental y migración se presenta es el llamado proceso de Aculturación (Moyerman & Forman, 1992), definida por el Consejo de Investigación de Ciencias Sociales (SSRC, Social Science Research Council), según refiere Berry (2005, citado en Astondoa, Kutz & Martínez, 2011) como un proceso de cambio cultural que ocurre en el encuentro entre grupos sociales con diferencias en costumbres, normas e ideologías, ante lo que pueden presentarse modificaciones reactivas (rechazo por nueva cultura) o más bien indirectas como los procesos psicológicos que pudieran incidir en la adaptación a la nueva sociedad.

Ante esta realidad a la que se enfrenta el migrante, este inicia una serie de cambios internos y de su repertorio conductual al entrar en contacto con la nueva

cultura, siendo este proceso definido por Graves (citado en Fajardo, Patiño & Patiño, 2008) como *aculturación psicológica*, el cual se concreta en la praxis en las llamadas estrategias de aculturación.

Las estrategias de aculturación se rigen por el deseo de mantener la idiosincrasia cultural y el interés de participar en la nueva cultura (Berry, 2001), surgiendo cuatro mecanismos de aculturación, desde el modelo de Berry y el Modelo Interactivo de Aculturación (MIA) propuesto el año 1997 por Bourhis, Moise, Perreault y Senecal (Fajardo, Patiño & Patiño, 2008): *integración*, se busca mantener sus valores de origen y la participación en la nueva cultura; *asimilación*, en la cual se opta por asumir los valores de la nueva cultura, renunciando a la tradicional y autóctona; *marginalización*, no se busca ni la interacción con la nueva cultura ni la mantención cultural de origen; y la *separación*, pretende validar y mantener solo la tradición de su propia cultura, estableciendo casi nulos contactos con la nueva sociedad (Berry, 2001; Sánchez & López, 2008).

Según el camino que opte seguir el inmigrante en este proceso de aculturación, que más que una decisión, es una negociación entre los componentes del contexto cultural de acogida y las propias herramientas y competencias del inmigrante (Yáñez & Cárdenas, 2010), es que va a influir en el estado de la salud mental de los sujetos. Así, por ejemplo, en una investigación con mujeres latinas inmigrantes viviendo en EEUU se demostró que la aculturación genera mayor nivel de estrés al tener que lidiar con problemas como la adaptación cultural, situación legal, sistema institucional que les oprime, la discriminación social y la dificultad económica, teniendo mayor riesgo de presentar síntomas depresivos que alteren el nivel de su salud mental, en comparación a latinas nacidas en EEUU (Sternberg, & Lee, 2013).

Dado que la evidencia no es concluyente es que surge la interrogante ¿incide en la salud mental de adultos inmigrantes la estrategia de aculturación utilizada? Para dar respuesta a ello es que el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación existente entre la salud mental y las estrategias de aculturación utilizadas en población inmigrante.

Se plantea como hipótesis que la salud mental del inmigrante estaría influida por el tipo de estrategia utilizada en el encuentro con la nueva cultura. Específicamente, la presencia de sintomatología psicopatológica asociada a problemas de salud mental estaría relacionada con la presencia de las estrategias de aculturación de marginalización y separación, a diferencia de las estrategias de integración y asimilación.

Dada la tendencia al aumento de la población inmigrante en nuestro país, que ya en el 2012 fueron 415.540 inmigrantes (Departamento de Extranjería y Migración, 2012), y que en el caso de la región de Antofagasta en el Censo del año 2002 habían 5.990 (Departamento de Extranjería y Migración, 2002), ocupa el cuarto lugar de las regiones con más inmigrantes en Chile (Ciudadano Global, s.f.), y considerando el fuerte impacto psicológico que genera el proceso migratorio en la vida de este grupo y el de acogida, es indispensable incrementar el conocimiento respecto de los mecanismos psicológicos asociados a la prevalencia de trastornos psicopatológicos en el emergente fenómeno migratorio, considerando la tendencia al aumento de las demandas en salud mental en el sistema chileno, tanto a nivel público como privado y desde lo individual, familiar y comunitario.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este estudio se optó por una metodología de tipo cuantitativa, estableciendo un diseño no experimental y de corte transversal.

Participantes

Los participantes fueron un total de 431 sujetos, correspondiendo a 207 hombres (48%) y 224 mujeres (52%) mayores de 18 años, inmigrantes peruanos y colombianos, residiendo al menos 6 meses en la ciudad de Antofagasta, para excluir extranjeros visitantes o turistas. Se determinó por elegir inmigrantes colombianos y peruanos por ser el grupo de mayor aumento en la ciudad de Antofagasta.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron: La escala de Actitudes hacia la Aculturación (adaptación de Zlobina, Basabe & Páez (2008) de la escala de Berry (2002)) y el cuestionario de Autoevaluación OQ-45.2.

- a) Escala de Actitudes hacia la Aculturación: es una readaptación del cuestionario sobre estrategias y actitudes de aculturación de Navas y cols. a partir de lo propuesto por Berry, y que consta de dos subescalas que miden el deseo de mantener las costumbres de la sociedad de origen y por otro lado el de adoptar las costumbres del país de acogida. Cada una de estas subescalas se componen de 6 ítems que abordan lo privado (3) y lo público (3), donde aquellas de lo privado apuntan a conocer costumbres en relación a la familia, las amistades, creencias, y las de orden público se orientan a las costumbres vinculadas al trabajo, el sistema de bienestar social, y el sistema político de gobierno. La forma de dar respuesta son de 1 *nada* y 5 *mucho*.
- b) Cuestionario de Autoevaluación OQ-45.2: mide el progreso de la terapia psicológica en términos de evaluar el nivel de salud mental del paciente durante este proceso. Cuenta con alta confiabilidad y validez. Es una escala sumativa tipo Likert, de nivel ordinal, a la que se responde optando entre cinco categorías de acuerdo a qué tanto le ocurre lo señalado en cada ítem: "Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Con frecuencia" y "Casi siempre". Está compuesta por 3 dimensiones: *Síntomas* (SD) con 25 ítems, para detectar estados depresivos y/o ansiosos; *Relaciones interpersonales* (RI), con 11 ítems para medir grado de satisfacción y problemas en esta área; y *Rol social* (SR), con 9 ítems que mide los niveles de conflicto, insatisfacción, trastorno o inadecuación de la persona en relación al empleo, roles familiares y ocio. Los puntajes se obtienen sumando el total de ítems y de los ítems de cada escala, con valores desde 0 a 4, cuyo rango va de 0 a 180 puntos en la escala completa. El puntaje de corte de la escala total es de 73, que divide entre puntaje bajo y alto, aludiendo al grado de incomodidad en su vida en general considerando síntomas, relaciones interpersonales y rol social, que para estas dimensiones el punto de corte es de 43, 16 y 14, respectivamente.

Hay que considerar además ciertos ítems específicos, que siendo mayor a cero pudieran indicar aspectos críticos en los sujetos, y que son el ítem 8 que evalúa potencial suicida; los ítems 11, 26 y 32 que mide abuso de sustancias; y el ítem 44 que indaga sobre violencia en el trabajo.

Procedimientos

Para la ejecución de esta investigación, se contó con la aprobación de los comités de Ética de la Universidad Católica del Norte y por la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICYT).

Como no se puede saber exactamente la cantidad exacta del universo poblacional, ni del marco de muestreo, se utilizará un muestreo no probabilístico. Se utilizó la herramienta de bola de nieve, eligiendo aleatoriamente a los primeros participantes, con un máximo de 6 cadenas, para lograr una adecuada representatividad, y se utilizará también el muestreo elegido por los entrevistados. Se les contactó para invitarlos a participar de manera voluntaria en el estudio, explicando el objetivo de éste y firmando luego el consentimiento informado, señalando a tres contactos como posibles participantes. Al negarse a participar o cuando un participante ya está en la muestra, se rompe esta cadena.

El tiempo de aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente 2 horas, siendo un 80% el grado de participación en el estudio. Los datos fueron ingresados en una base construida en el SPSS 17.0.

RESULTADOS

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 431 sujetos, de los cuales 207 son hombres (48%) y 224 mujeres (52%). La edad fluctuó entre los 18 y los 65 años. La distribución de los encuestados por sexo y edad se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de resultados por sexo y edad en población peruana y colombiana.

	Sexo						Edad					
	Hombre		Mujer		Total	%	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	N	%	M	DE	M	DE	M	DE
Colombianos	111	47,80	121	52,20	232	53,80	32,59	8,67	32,40	9,65	32,49	9,17
Peruanos	96	48,20	103	51,80	199	46,20	33,40	9,77	34,88	9,83	34,16	9,80
Total	207	48,00	224	52,00	431	100	32,97	9,18	33,53	9,79	33,26	9,49

Estrategia de Aculturación

A nivel de la muestra total la estrategia de aculturación más utilizada fue la de biculturalidad, seguida por la asimilación. Al estratificar el análisis por sexo, en los hombres se mantiene la biculturalidad como la estrategia más utilizada, en tanto en las mujeres lo fue la asimilación seguida por la separación (tabla 2)

Tabla 2. Estrategias de aculturación mayormente utilizadas, muestra total y por sexo.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	N	%
Biculturales	63	31.2	58	26.1	121	28.5
Separados	40	19.8	61	27.5	101	23.8
Asimilados	52	25.7	62	27.9	114	26.9
Marginados	47	23.3	41	18.5	88	20.8

Al analizar por país, que la estrategia mayormente utilizada por la población colombiana es la de separación, seguida por la biculturalidad, en tanto en los peruanos es la asimilación, seguida por la biculturalidad (tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual variable estrategias de aculturación por sexo y país

	COL						PE					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Biculturales	33	31.1	30	25.2	63	28,0	30	31.3	28	27.2	58	29,1
Separados	22	20.8	43	35.5	65	28,9	18	18.8	18	17.5	36	18,1
Asimilados	27	25.5	23	19.3	50	22,2	25	26	39	37.9	64	32,2
Marginados	24	22.6	23	19.3	47	20,9	23	24	18	17.5	41	20,6

PE= población peruana; COL: población colombiana

Salud Mental

A nivel de la muestra general, las mujeres presentan mayores puntajes en todos los dominios evaluados y en la escala total que los hombres, sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa (tabla 4)

Tabla 4. Medias y DE en dominios de salud mental evaluados por sexo y total

	Hombres		Mujeres		Total	
	M	DE	M	DE	M	DE
Sintomatología	31,96	11,43	33,78	11,11	32,90	11,30
Rol Social	15,96	3,69	16,25	3,26	16,12	3,47
Relaciones Interpersonales	23,28	4,46	23,33	4,42	23,31	4,44
Escala Total	71,31	15,32	73,53	14,21	72,45	14,79

Al aplicar los puntos de corte clínicos en cada una de las escalas y en la escala total, se observa que un porcentaje cercano al 50% del total de evaluados presenta elevados niveles de incomodidad en su vida, siendo este porcentaje mayor en las mujeres que los hombres. Destaca el gran porcentaje de personas que reportan dificultades en su ajuste al rol social, cercano al 80%, y de dificultades en las relaciones cercanas, el cual llega a un 95% en la muestra total y en hombres y mujeres (tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de encuestados con sintomatología presente según sexo y muestra total.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	N	%
Sin síntomas ansiosos y depresivos	163	82.7	168	80.8	331	81.7
Con síntomas ansiosos y depresivos	34	17.3	40	19.2	74	18.3
Sin dificultades de ajuste rol social	43	21.5	44	20.2	87	20.8
Con dificultades de ajuste rol social	157	78.5	174	79.8	331	79.2
Ausencia problemas interpersonales	11	5.6	10	4.7	21	5.1
Dificultades Relaciones Cercanas	187	94.4	201	95.3	388	94.9
Elevado nivel de incomodidad	85	44,7	98	49,0	183	46,9
Nivel de incomodidad promedio población	105	55,3	102	51,0	207	53,1

Al analizar las medias dadas el país de origen, se observa que la población colombiana reporta más síntomas en todas las dimensiones y en la escala total que la población peruana, sin embargo, la única diferencia estadísticamente significativa es en la subescala de relaciones interpersonales, donde los colombianos reportan una media mayor que los peruanos.

Tabla 6. Medias y DE en dimensiones de salud mental evaluados por sexo y país

	COL						PE					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Sintomatología	32,36	12,41	33,54	12,24	32,97	12,30	31,50	10,26	34,07	9,74	32,81	10,06
Rol Social	16,22	3,68	16,35	3,59	16,29	3,63	15,67	3,69	16,15	2,85	15,91	3,29
Relaciones Interpersonales	24,07	4,52	24,37	4,48	24,22	4,49	22,38	4,24	22,06	4,02	22,21	4,13
Escala Total	73,04	15,70	74,47	15,30	73,78	15,46	69,30	14,74	72,35	12,74	70,84	13,80

PE= población peruana; COL: población colombiana

En cuanto a la salud mental se puede observar que casi la totalidad de la población colombiana y peruana presenta dificultades en las relaciones interpersonales. En el caso de los colombianos, los hombres tendrían mayores problemas que las mujeres en sus relaciones cercanas, y para el caso de los peruanos, las mujeres serían las que tienden a presentar más dificultad en esta área.

Sobre la satisfacción en cuanto al empleo y roles familiares tanto los colombianos como peruanos presentaría dificultades y sensación de inadecuación sobre ello.

Tabla 7. Porcentaje de encuestados en base a nivel de salud mental según nacionalidad, sexo y muestra total.

	COL						PE					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin síntomas ansiosos y depresivos	81	77.1	88	78.6	169	77.9	82	89.1	80	83.3	162	86.2
Con síntomas ansiosos y depresivos	24	22.9	24	21.4	48	22.1	10	10.9	16	16.7	25	13.8
Sin dificultades de ajuste rol social	21	19.8	27	23.1	48	21.5	22	23.4	17	16.8	39	20
Con dificultades de ajuste rol social	85	80.2	90	76.9	175	78.5	72	76.6	84	83.2	156	80
Ausencia problemas interpersonales	4	3.8	5	4.3	9	4.1	7	7.6	5	5.3	12	6.4
Dificultades Relaciones	102	96.2	111	95.7	213	95.9	85	92.4	90	94.7	175	93.6

Cercanas												
Elevado nivel de incomodidad	42	41,2	56	50,5	98	46,0	43	48,9	42	47,2	85	48,0
Nivel de incomodidad promedio población	60	50,8	55	49,5	115	54,0	45	51,1	47	52,8	92	52,0

PE= población peruana; COL: población colombiana

Tabla 8. Recuento y media de sujetos en relación a Salud Mental, Estrategia de Aculturación y Nacionalidad.

		COL			PE			TOTAL		
		N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
Sintomatología	biculturales	61	31,18	11,67	54	31,92	11,03	115	31,5304	11,33410
	separados	59	31,89	10,43	35	32,68	9,89	94	32,1915	10,19095
	asimilados	48	33,79	13,69	59	34,79	9,97	107	34,34	11,74
	marginados	45	36,11	13,56	40	31,20	8,73	85	33,80	11,74
Relaciones Interpersonales	biculturales	62	24,62	4,30	53	21,98	4,65	115	23,40	4,64
	separados	62	24,77	4,75	35	21,85	4,09	97	23,72	4,72
	asimilados	49	24,12	4,91	60	22,78	3,89	109	23,38	4,41
	marginados	45	23,11	3,73	39	22,00	3,81	84	22,59	3,79
Rol Social	biculturales	61	16,62	4,01	56	16,16	3,81	117	16,40	3,91
	separados	61	15,95	3,36	36	15,25	3,46	97	15,69	3,40
	asimilados	50	16,70	3,54	63	16,44	2,55	113	16,55	3,02
	marginados	46	15,86	3,68	40	15,35	3,27	86	15,62	3,49
Escala total	biculturales	59	73,05	15,68	50	16,33	69,52	109	71,43	16,00
	separados	58	72,58	13,59	35	13,55	69,94	93	71,59	13,56
	asimilados	48	74,79	18,11	55	12,16	74,14	103	74,44	15,15
	marginados	44	75,61	15,15	37	12,17	68,56	81	72,39	14,23

PE= población peruana; COL: población colombiana

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las distintas estrategias de aculturación utilizadas ni para la escala total ni para las subescalas, tanto a nivel de la muestra total como por país.

Tabla 9. Recuento de sujetos en relación a las dificultades en el rol social y al tipo de aculturación.

	ESTRATEGIA ACULTURACION								Total	
	Biculturales		Separados		Asimilados		Marginados		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sin dificultad en rol social	57	52,3	55	59,1	46	44,7	46	56,8	204	52,8
Con dificultad en rol social	52	47,7	38	40,9	57	55,3	35	43,2	182	47,2

Total	109	100	93	100	103	100	81	100	386	100
-------	-----	-----	----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----

En relación a esto se apreciarían diferencias significativas en cuanto a quienes no presentan conflictos y los que sí respecto al rol social, y en relación a la estrategia de aculturación adoptada (Chi-cuadrado= 8,826; $p=.032$). Particularmente los sujetos que utilizan la asimilación como estrategia de aculturación tienden a presentar mayores dificultades al asumir los roles en términos familiares, laborales y sociales.

DISCUSIÓN

De acuerdo a lo resultados se pueden identificar factores comunes y propios de cada grupo migratorio. Los elementos que se aprecian de manera transversal en ambas poblaciones tienen relación con el tipo de estrategia más utilizada que es la biculturalidad y la asimilación.

En cuanto a la salud mental experimentan una incomodidad general con su nueva vida como inmigrantes, siendo particularmente evidente la situación respecto a las relaciones sociales que establecen, tanto en términos familiares como en cuanto a los ámbitos laborales, escolares, comunitarios y sociales, lo que pudiera estar ligado con la dificultad de ajustarse a los roles que se adquieren en dichos ámbitos. Y particularmente las mujeres manifiestan que experimentan mayor presencia de síntomas de ansiedad y depresión, mayor conflicto en las relaciones interpersonales y mayor dificultad en su capacidad de ajuste en los roles que asumen, por lo tanto tienden a manifestar o percibir un grado mayor de incomodidad en el modo de ir construyendo su vida en la nueva sociedad chilena, en el contexto de la ciudad de Antofagasta.

En relación a los sujetos que utilizan la asimilación como estrategia de aculturación, más de la mitad presentaría dificultades al asumir los roles en términos familiares, laborales y sociales.

La realidad familiar de los migrantes en su país de origen es el principal motor que determina la búsqueda de alternativas para conseguir estabilidad económica, política, social y psicológica que favorezca el desarrollo y crecimiento del grupo

familiar. Es en este sentido necesario definir y aclarar ciertos conceptos y aspectos relevantes en el proceso que se articula detrás del fenómeno migratorio. La familia se define como un grupo de elementos que interactúan entre ellos, dando una determinada estructura al sistema, y en el cual se intenta mantener cierta estabilidad a través de mecanismos de relación, de funciones y roles que apuntan a ese objetivo y a la seguridad de su existencia. Es así que el movimiento de uno de los miembros incide en el funcionamiento de los otros, de modo si algo le afecta a uno también les afectara a los demás miembros del sistema familiar. Por tanto la familia actúa y se define como un sistema, y el inmigrante es el miembro que sale de aquella dinámica cuya salida es un intento de conseguir en otras estructuras sociales las interacciones que permitan la mantención de la familia. Esto implica que el sistema familiar se autoregula, se va transformando constantemente e interactúa con otros sistemas. (Andolfi, 1977).

El contexto de las familias colombianas y peruanas en sus respectivos países de orígenes, da cuenta de una inseguridad económica, política y social que no permiten obtener la estabilidad que se anhela para la sobrevivencia de las personas (Stefoni, 2004; Echeverri, 2011). Por lo tanto, dado que ante la rigidización de los límites y reglas de cada sistema socio-político-económico-cultural que impide el crecimiento de los subsistemas, es que como parte de los mecanismos compensatorios de regulación individual y/o familiar surge la necesidad de ampliar el circuito interaccional hacia otros suprasistemas, llegando incluso a considerar el traslado desde una región a otra, o de un país a otro, sea del grupo familiar completo o de uno de los miembros.

Tal como se evidencia en el estudio de Levecque, Lodewyckx & Vranken, (2007) en que las condiciones desfavorables en el empleo, ingresos económicos, escolaridad y otros más, se presentan como factores de riesgo en términos de salud mental en las personas. Estas personas son parte de alguna familia y en donde se manifiesta en primera instancia conductas disfuncionales que cobran un sentido particular dentro del engranaje de interacciones que son recurrentes entre los miembros (Papp, 1994, citado en Moreno 2011). En muchas ocasiones en el intento por solucionar ese comportamiento problemático es que se generan

soluciones ineficaces que ocurren entre el individuo y su entorno, o en la misma persona para regular su dificultad conductual, pero que terminan manteniendo el problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). Muchas veces este patrón relacional disfuncional se manifiesta en alguno de sus miembros presentando síntomas psicopatológicos, como ansiedad, depresión, drogadicción, estrés.

Al tomar la decisión de emigrar hacia otro país se está disponiendo de una nueva forma de solucionar este conjunto de problemáticas, elaborando un conjunto de expectativas respecto del encuentro con esta nueva y diferente cultura.

Por un lado se aspira a encontrar nuevas y mejores oportunidades laborales, un sistema social menos agresivo y peligroso, y un mejor contexto socio-cultural-económico y político que permita el desarrollo y crecimiento saludable de los individuos y de las familias, mediante una mayor flexibilización de los espacios de interacción.

Lo que se recoge en este estudio en términos de estrategias de aculturación de los inmigrantes peruanos y colombianos, en su encuentro con esta nueva cultura chilena antofagastina, es que existe una mayor disconformidad con la vida en general de quienes han optado por la vía de ser *asimilado* por esta cultura, dejando a un lado sus tradiciones y costumbres de origen. Esto se podría explicar por el hecho de una gran resistencia del grupo de acogida, dado que implica una nueva entrada al sistema, que tiende a romper el orden y la estabilidad necesaria para mantener la propia existencia en base a su sentido de identidad como nativos chilenos y antofagastinos. Por lo tanto, se repele a cualquier intento de perder esta configuración, y esto incide en la sensación de incomodidad de los inmigrantes asimilados, quienes presentan principalmente dificultad en las relaciones interpersonales, y en segundo término en las funciones que asume en este nuevo contexto, tales como el rol en el trabajo, en la familia, en el sistema escolar y en las diversas áreas de interacción. En menor grado se aprecia este malestar en quienes deciden la integración o biculturalidad como estrategia, quedando reflejado que ambos mecanismos son los que más se utilizan en este grupo de inmigrantes en el contexto de la sociedad de Antofagasta. Es así como lo explica Stefoni (2004) en relación a la actitud de la cultura de acogida:

Una vez más buscamos fórmulas para distanciarnos de nuestro origen indígena y acercarnos a nuestro ideal europeo, blanco y desarrollado. Para ello volvemos a distanciarnos de lo que no queremos ser convirtiéndolo en un nuevo “otro”... la discriminación hacia los inmigrantes andinos, es hacia un sujeto visible al que se le puede señalar y nombrar. De ahí que podamos ver rayados en las calles contra los inmigrantes peruanos. Esto se mezcla además con sentimientos nacionalistas que incluso han llegado a ser reavivados por candidatos políticos en el norte del país. (p.4)

Por otro lado, quienes manifiestan sentir menor grado de insatisfacción con el modo de vida establecido son el grupo que se rige por la separación. Esto puede analizarse en términos sistémicos en base a que posiblemente no hay esfuerzos por intentar ser aceptado e integrado en la cultura de acogida, por ende no recibe el rechazo desde el sistema social antofagastino, existiendo un menor grado de interacción, y porque su sentido de pertenencia e identidad está vinculado al contacto más permanente con sus propios connacionales, cuyo sistema es el que se intenta mantener en equilibrio, intentando asegurar con ello la sobrevivencia del grupo que está inmerso en la cultura chilena antofagastina. Le siguen a este grupo quienes deciden vivir la marginación como estrategia de aculturación, pudiendo existir la motivación de no sentirse parte de ninguno de los sistemas culturales y sociales, dado que por un lado, el ser reconocido peruano o colombiano implica interacciones disfuncionales con la población chilena, que aleja de las posibilidades de encontrar el bienestar psicológico, económico, laboral y familiar por el cual se decidió emigrar, y en donde el sentido de ello está dado principalmente por el proporcionar a su familia de origen, la gratificación de sus principales necesidades, de modo que siga existiendo, a pesar de las distancias. De esto da cuenta Zapata (2009) en el estudio sobre familias transnacionales y en el que se advierte como los padres y madres inmigrantes logran cumplir su rol parental y compensar la distancia física mediante los recursos de comunicación disponibles como el teléfono, internet, entre otros (Pedone, 2006).

Rol social es definido en el contexto de la relación con otros, en la interacción social, en el encuentro con otras subjetividades, donde como plantea Carabaña y de Espinoza (1978) la vida en sociedad conlleva un proceso donde a través de la interacción surgen símbolos que se internalizan y regulan los estímulos que

proviene del entorno y sus propias respuestas, siendo un proceso que permite dar sentido a su propia definición de sí mismo. Es así que al ocurrir un acto social, el individuo lo hace asumiendo el conjunto de actitudes que se aprecia en los otros y en virtud de la situación que las amerita. Siguiendo en esta línea es que la tendencia a la renuncia de los símbolos, valores y tradiciones de la cultura de origen puede ser el resultado de este proceso en el nuevo grupo social al que se inserta, pero que conlleva el quiebre, la pérdida y un duelo respecto de lo que se deja, y que puede resultar en el sentimiento de malestar, incomodidad y dificultad al tener que dejar de *ser alguien* por sumir otra identidad distinta, aunque ello implique el conflicto y el rechazo de la sociedad chilena antofagastina resistente a su integración, y que rigidiza los límites y estableciendo barreras para no facilitar la toma de roles sociales a este grupo de inmigrantes.

En este sentido la situación del inmigrante es compleja dado que viene y se asienta en la sociedad antofagastina con un elevado grado de vulnerabilidad en cuanto su salud mental, que ante los límites altamente rígidos de los diversos subsistemas sociales, puede gatillar conductas y estados sintomáticos, ante la variedad de factores que inciden en su funcionamiento. Tal como ocurren en las familias, se termina identificando a un miembro, como el del problema, y como indica Minuchin (1981) dicho síntoma es la respuesta de una persona que está sometida a estado de tensión permanente y con la cual hace visible su necesidad de protección y seguridad del sistema al que pertenece. Es así que muchos de los inmigrantes estarían manifestando su malestar a raíz de esta dinámica tanto a nivel de las familias, comunitaria, laboral y social, aportando este análisis desde la mirada sistémica del fenómeno de la migración peruana y colombiana en la sociedad chilena y antofagastina.

En este contexto la psicología clínica puede trabajar en la evaluación y tratamiento de cuadros psicopatológicos, favoreciendo y promoviendo interacciones sanas mediante la estrategia de aculturación más adecuada y orientada hacia un mejor estado de bienestar, enmarcando las intervenciones en un escenario donde se considere al inmigrante un miembro más del sistema en el que se ha incorporado, en todos los niveles de organización sistémica. Resulta de gran importancia

además considerar el hecho de que hay muchos niños y adolescentes que están naciendo y creciendo en este contexto, y quienes son objeto de discriminación, aumentando su situación de vulnerabilidad al no contar con mejores estrategias de afrontamiento como un adulto (García Coll et al., 1996; Garnefski, Legerstee, Kraaij, van de Kommer, y Teerds, 2002; citado en Cristini, et al., 2011).

Con ello se debe orientar el trabajo clínico hacia el apoyo tanto hacia los miembros, las familias, los niños, jóvenes, mujeres y hombres, en sus respectivas funciones y etapas de ciclo vital en la que se encuentran, adecuando el trabajo de intervención al funcionamiento particular de cada uno de ellos, sin dejar de considerar el contexto en el que se desenvuelven, puesto que finalmente al lograr romper y afrontar las barreras culturales, se abordara el desarrollo de una mejor autoestima y mayor seguridad y aceptación personal (Cristini, F., Scacchi, L., Perkins, D., Santinello, M., & Vieno, A., 2011).

REFERENCIAS

- Achotegui, J., (2010). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio*. Llançà, España. El mundo de la Mente.
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises (Síndrome del Duelo Migratorio Extremo). *Revista Temas de Psicoanálisis*, 3, 1-16. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/01/ACHOTEGUI-PDF.pdf>
- Alegría, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z., y Canino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health*, 97(1), 68-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.087205>
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar*. Roma, Italia. Paidós.
- Astondoa, E., Kutz, C. & Martínez, A. (2011). *Ajuste Psicológico y Salud Mental de la población inmigrante: Influencia del Género y la Cultura*. Universidad del País Vasco, San Sebastián. Recuperado de http://www.ehu.es/argitalpenak/images/stories/tesis/Ciencias_Sociales/Ajust

[e%20Psicologico%20y%20Salud%20Mental%20de%20la%20poblacion%20inmigrante%20Influencia%20del%20Genero%20y%20la%20Cultura.pdf](#)

Berry, J.W., (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*, 57 (3), 615–631. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/0022-4537.00231>

Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Castilla-Puentes, R. C., Kendler, K. S., Medina-Mora, M. E., y cols. (2007). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 115-122. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.011>

Breslau, J., y Chang, D. F. (2006). Psychiatric disorders among foreign-born and US-born Asian-Americans in a US national survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12), 943-950. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00127-006-0119-2>

Carabaña, J., Lamo de Espinoza, E. (1978). La teoría Social del Interaccionismo Simbólico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (1), 159-204. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/666889.pdf>

Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., & Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 307-315. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829307>

Cristini, F., Scacchi, L., Perkins, D., Santinello, M., & Vieno, A. (2011). The Influence of Discrimination on Immigrant Adolescents' Depressive Symptoms: What Buffers its Detrimental Effects?. *Psychosocial Intervention* 20, 243-253. Doi: [10.5093/in2011v20n3a2](http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n3a2)

Ciudadano Global. (s.f.). *Cifras y rostros de la migración en Chile*. Recuperado de <http://chileajeno.cl/wp-content/uploads/2013/05/Cifras-y-rostros-de-la-migraci%C3%B3n-en-Chile.pdf>

Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile (2002). *Información de personas nacidas en el extranjero residentes en Chile de acuerdo a los datos del XVII Censo de*

Población de 2002. Recuperado de http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/censo_2002_.pdf

Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile (2012). *Antecedentes Migratorios*.

Fajardo, M., Patiño, M.I., & Patiño, C. (2008). Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: Revisión y perspectivas. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología* (1), 39-50. Recuperado de <http://www.iberamericana.edu.co/images/PSIN1V1ART4.pdf>

Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., y Anderson, K. (2004). Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic Whites in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61(12). Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1226>

Hospital Clínico Universidad de Chile (2008). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la región metropolitana*. Recuperado de <https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fportal%2Furl%2Fitem%2F71e4f2dd2b608460e04001011f01239d.pdf&ei=jhO8UuL1LuehsASCyYCgAg&usq=AFQjCNFTscbAQXiKobK-o7XfjBl-VdFSw&sig2=fd0LxLrMTOsst8DyGifE4w&bvm=bv.58187178,d.cWc>

Levecque, K., Lodewyckx, I., y Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 229-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.022>

Micolta, L., A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Revista de Trabajo Social*, 7, 59-76. Recuperado de <https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4391739.pdf&ei=mkmiU6ydGsmmsQSTpYDwAQ&u>

[sg=AFQjCNEKVQ9MtNULX1G_fsXINbw0B0eYfw&sig2=EZbr6jD02uxQHE
P-phHpgw](http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n1a3)

Minuchin, S., (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Moreno F., A. (2011). "Quiero Recuperar el Control". Un Caso de Terapia Individual desde el Enfoque Sistémico. *Clínica Contemporánea*, 2 (1), 25-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n1a3>

Moyerman, D. R., y Forman, B. D. (1992). Acculturation and adjustment: A metaanalytic study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 14, 163-200. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/07399863920142001>

Pedone, C. (2007). Los/as hijos/as de la migración ecuatoriana: lecturas transnacionales de los cambios familiares. *Ponencia presentada en el V Congreso sobre la Inmigración en España. Migraciones y Desarrollo Humano, Valencia, España. Universitat De València, Ceim – Centro de Estudio para la Integración Social y Formación de Inmigrantes*. Recuperado de:
<http://www.migrastudium.org/doc/LRecolons%20Transnacionalismo%20y%20redes%20migratorias%20VCongreso2007.doc>

Sánchez, M. G. & López, M., M., (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología* 26 (3), 399-410. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/162>

Stefoni, C., (2004). Inmigrantes transnacionales: la formación de comunidades y la Transformación en ciudadanos. *FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Chile* (9). Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/chile/flacso/artstef.pdf>

Sternberg, R. & Lee, K. (2013). Depressive symptoms of midlife Latinas: effect of immigration and sociodemographic factors. *International Journal of Women's Health* 5, 301–308. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S43132>

Takeuchi, D. T., Zane, N., Hong, S., Chae, D. H., Gong, F., Gee, G. C., y cols. (2007). Immigration-related factors and mental disorders among Asian

- Americans. *American Journal of Public Health*, 97(1), 84-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.088401>
- Tizón, J., (1994). Emigrar: sonar, sufrir...tal vez elaborar, tal vez crear. *Revista de Treball Social*, 136, 22-38.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona. Herder.
- Yáñez, S., Cárdenas, M. (2010). Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista Salud y Sociedad*, 1 (1), 51-70. Recuperado de <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/10/6>
- Zapata, M., A. (2009). Familia transnacional y remesas: padres y madres migrantes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 1749-1769. Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/184/81>