

06 Salud y duelo en el proceso migratorio

Health and grief in the migratory process

Marta Niño Fuentes

[✉ martanene68@hotmail.com](mailto:martanene68@hotmail.com)

Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)

Fecha de Recepción: 23/04/2020

Fecha de Revisión: 23/04/2020

Fecha de Aceptación: 26/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.06>**RESUMEN**

El proceso migratorio conlleva una serie de factores de riesgo que derivan en la reproducción de problemas de salud y que están en íntima relación con el duelo migratorio. Desde el ámbito de la Educación Social es importante incidir en este tipo de carencias y adaptar actuaciones transversales que se correspondan con verdaderas iniciativas de Educación Emocional, dándole el reconocimiento a la profesión y dejando de lado el intrusismo laboral que en ocasiones queda relevado a figuras profesionales como son: médicos/as y psicólogos/as. Esto se convierte en un reto que debe ser trabajado por y para el bienestar emocional y social de la persona que ingresa en cualquier tipo institución. Con esta investigación se pretende evidenciar las carencias dentro del ámbito de intervención social con personas inmigrantes, así como observar el verdadero impacto que tiene el proceso migratorio en estas personas, capaz de desarrollar verdaderos problemas de salud mental. El colectivo seleccionado se corresponde con personas refugiadas dentro de la Primera Fase de Acogida de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (Sevilla). La muestra queda acotada en un total de 10 personas, 5 profesionales que trabajan en la institución anteriormente mencionada y 5 usuarios/as de ésta. La metodología se compone de entrevistas semiestructuradas, observaciones participantes durante el período de prácticas universitarias y del desarrollo de un análisis documental acorde con el problema de investigación. La recogida de toda la información pertinente para nuestra investigación, nos hace conscientes de que, dentro de la Primera Fase de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado, existen carencias a la hora de trabajar con la Salud y el Duelo en el Proceso Migratorio.

Palabras clave: migraciones, salud, duelo, educación emocional.

ABSTRACT

The migratory process involves a series of risk factors that give rise to the recurrence of health problems and that are closely related to migratory grief. From the field of Social Education, it is important to stress in this type of shortages and to adapt transversal actions, which correspond to real initiatives of Emotional Education, giving recognition to the profession and leaving the professional encroachment

aside. This professional encroachment is revealed when Social Educators are relieved to professional figures such as: doctors and psychologists. This fact is a challenge that must be worked for the emotional and social well-being of the person who arrives at any type of institution. This research aims to show the deficiencies within the scope of social intervention with immigrants, as well as to study the true impact that the migratory process has on these people, who can develop real mental health problems. The group selected corresponds to First Reception Phase refugees of the Spanish Commission for Refugee Aid (CEAR) (Seville). The sample includes a total of 10 persons, 5 professionals who work in the aforementioned institution (CEAR); and 5 users of it. The methodology consists of semi-structured interviews, participant observations during the period of university internship and the development of a documentary analysis according to the research problem. The collection of all the information relevant to our investigation revealed that in the First Phase of the Spanish Commission for Refugee Aid, there are failures when working with Health and Grief in the Migratory Process.

Key words: migrations, health, grief, emotional education.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación nace con el propósito de analizar, verificar y complementar los estudios ya realizados sobre la temática de Salud y Duelo en el Proceso Migratorio. A pesar del gran aumento de personas inmigrantes que se viene dando en España, no son muchos los estudios realizados sobre la temática en cuestión. Todo esto surge por iniciativa propia durante la realización de unas prácticas universitarias en la Primera Fase de Acogida de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR, Sevilla).

La muestra acotada para esta investigación, se corresponde con 10 personas (5 usuarios/as de CEAR y 5 profesionales que trabajan en esta entidad), siendo significativa para la magnitud de profesionales y personas inmigrantes/ refugiadas que llegan a esta institución concreta.

De esta manera, en nuestra metodología, hemos utilizado la técnica de la triangulación, con la que hemos podido cotejar y contrastar los datos correspondientes a las entrevistas semiestructuradas, a la observación participante y al análisis documental, así como, comparar la información aportada tanto por los/as profesionales, como por los/as destinatarios/as de la entidad. Asimismo, hemos podido llegar a conclusiones más profundas sobre la temática en cuestión.

Analizar la relación entre salud e inmigración en CEAR Sevilla (refiriéndonos a la Primera Fase de Acogida Temporal) es el objetivo general de este artículo de in-

vestigación. Así pues, los objetivos específicos que derivamos del anteriormente establecido como general, son: sondear los casos de duelo migratorio existentes en CEAR Sevilla; describir los síntomas que presentan las personas inmigrantes que llegan a CEAR Sevilla; profundizar en la situación de las personas refugiadas en comparación con los inmigrantes económicos de CEAR Sevilla y, analizar el grado de conocimiento que poseen los/as profesionales que trabajan en CEAR Sevilla sobre la salud y el duelo migratorio.

A raíz de los objetivos establecidos, se desarrolla un problema de investigación con su correspondiente hipótesis. De esta manera, el problema que planteamos es, si existe relación entre las personas inmigrantes (refugiadas) que se encuentran en la Primera Fase de CEAR (Sevilla) y el duelo migratorio. La hipótesis establecida se corresponde con la siguiente pregunta, como es: ¿Las personas inmigrantes (refugiadas) de la Primera Fase de CEAR (Sevilla) presentan síntomas de duelo migratorio?

Salud e inmigración

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendemos por salud, no sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, psíquico y social. En la segunda mitad del siglo XX, se da lugar a un cambio de paradigma en paralelo a los progresos de la medicina y al movimiento en pro de los Derechos Humanos. Así, se produjo una visión más compleja y amplia de la enfermedad, incluyendo a trabajadores/as del ámbito social como parte del personal sanitario, como pueden ser, psicólogos/as, antropólogos/as, trabajadores/as sociales, etc. De esta manera, deja de ser la salud un tema estrictamente sanitario.

Frente al modelo biomédico, Engel (1980), propone un modelo en el que conviven dentro de los estados de la salud y la enfermedad factores de diversa índole, como son: psicológicos, biológicos y sociales, dando lugar a lo que conocemos como el modelo bio-psico-social.

Como explica Boixareu (2016), entendemos por bienestar el sentimiento de vida que hace que la persona se sienta bien y se relacione de manera placentera con su individualidad y su medio social (convivencia).

En la línea de esta autora, la enfermedad tiene tres dimensiones: la psicoorgánica, la subjetiva y la social, conocidas por los términos ingleses como *disease*, *illness* y *sickness* respectivamente. Mientras que *disease* muestra la vulnerabilidad de la persona desde el punto de vista biológico, *illness* muestra la vulnerabilidad personal e individual influenciada por la propia cultura de la persona o el grupo cultural al cual pertenece. En nuestro vocabulario, el término para definir *illness* sería el de padecimiento de una en-

fermedad. Entendemos por *sickness*, aquello que es causa de enfermedad y lo produce la sociedad, así como lo que produce la enfermedad a nivel social. (Boixareu, 2008).

Las personas respondemos de diversas formas ante una misma sintomatología que presenta el cuerpo en diferentes personas, debido a que la cultura es un factor determinante que hay que tener en cuenta. La enfermedad es universal y afecta a todas las personas, pero los síntomas, las teorías explicativas de dicha enfermedad o las maneras de tratar y diagnosticar son desemejantes entre los distintos grupos culturales. Es por ello, que dentro de la dimensión sociocultural de la enfermedad se pone de manifiesto la existencia de conflictos entre los/as demandantes de los servicios y los que prestan estos servicios, debido a que éstos en algunas ocasiones suelen dar lugar a diagnósticos equivocados y, por ende, se pueden desencadenar otros problemas de salud.

Dentro de los trastornos que sufren las personas inmigrantes, es importante diferenciar dos grupos concretos, tal y como se presenta en la [Figura 1](#).

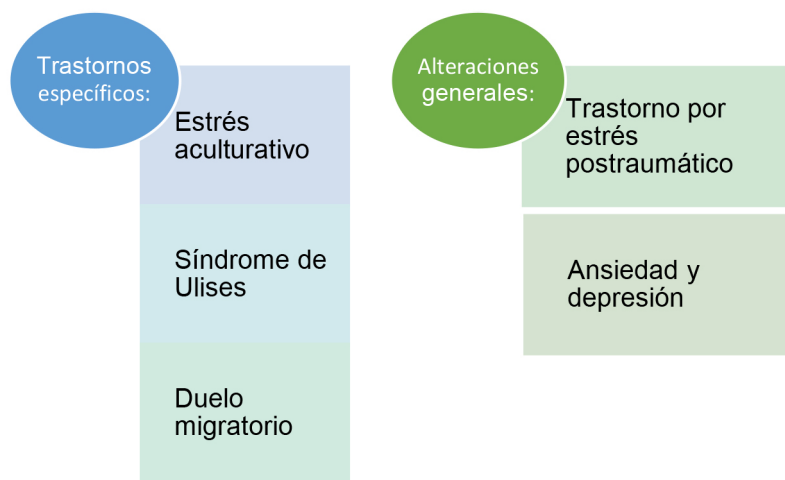


Figura 1. Distinción de trastornos que presentan las personas inmigrantes.

Así, los trastornos presentados en la Figura 1 son específicos de la población inmigrante mientras que, las alteraciones expuestas son generales a toda la población, pero tienen un interés especial en la población inmigrante.

El proceso migratorio da lugar a un impacto psicológico en las personas inmigrantes y uno de ellos es, el estrés aculturativo. Este concepto hace mención a los cambios

producidos en el individuo cuando abandona su estilo de vida, su cultura, su familia, su idioma y todo lo que le une a su país natal y de esta manera, comienza a experimentar una serie de cambios culturales en el nuevo destino que pueden incidir a su estado de salud y dar lugar a trastornos psicosomáticos. Así pues, la inmigración provoca estrés cuando la persona es consciente de que es incapaz de hacer frente a los acontecimientos angustiosos y factores crónicos de ansiedad de la vida diaria. (Collazos, Qureshi, Antonín y Tomás-Sábado, 2008).

Asimismo, el estrés aculturativo aparece junto con el Síndrome de Ulises, como los principales fenómenos psicológicos de las primeras etapas de la inmigración. De esta manera, la persona inmigrante es frecuente que desarrolle sentimientos como, la soledad, la angustia y el miedo, así como trastornos psicosomáticos. El estrés aculturativo se desarrolla antes que el Síndrome de Ulises. Además, cuando el estrés es tan intenso que supera la capacidad de la persona, éste se convierte en patológico y produce el Síndrome de Ulises o estrés crónico y múltiple (Collazos et al. 2008).

El concepto de estrés aculturativo se produce como consecuencia de los estresores que se dan en el proceso de aculturación, fruto así, de un sumatorio de cambios en la conducta y psicológicos en la persona inmigrante. Los cambios psicológicos se producen en paralelo a una disminución en salud mental, derivando en algunas ocasiones en trastornos depresivos y ansiosos y, en sentimientos de marginalidad, exclusión, incremento de los niveles de trastornos psicosomáticos y confusión de identidad (Berry et al., 1989, citado en Sánchez y López, 2008).

Hernández (2007), establece que no sólo importa la adquisición de nuevos comportamientos y valores por parte de la persona inmigrante, sino que también es relevante que la persona adquiera sentimientos de pertenencia y acogida. Así pues, el objetivo psicológico, se equiparará con la adquisición de una total integración para que se puedan reproducir en la persona, sentimientos de bienestar en su nuevo contexto de referencia.

Achotegui (2012), plantea que emigrar supone un proceso que va dar lugar a unos niveles de estrés tan intensos que son capaces de superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Las personas a las que les ocurre esto, son posibles candidatas para padecer el Síndrome de Ulises, término acuñado por el psiquiatra Joseba Achotegui (profesor de la Universidad de Barcelona).

Achotegui (2006), establece que el Síndrome de Ulises se produce debido a la tensión y miedo que genera llegar a una nueva sociedad desconocida de forma irregular, un ambiente hostil, etc. De esta manera, los síntomas más comunes en las personas inmigrantes, son la ansiedad y la depresión, traducidos en forma de tristeza, llanto,

tensión, nerviosismo, dolor de cabeza, irritabilidad, insomnio, fatiga e incluso llegan a desarrollar enfermedades imaginarias, fruto de la somatización de sus problemas.

Asimismo, Achotegui (2006), establece una serie de estresores que suponen la base psicológica y psicosocial del Síndrome de estrés crónico y múltiple, como son: la soledad y separación forzada en muchas ocasiones; la lucha por la supervivencia y, el miedo. Además de estos estresores, el Síndrome de Ulises afecta en mayor medida a las personas que son inmigrantes ilegales y es más incidente en las mujeres que en los hombres.

En relación al duelo migratorio se configura como un proceso dinámico y activo, y nunca como un estado. Achotegui (2002) consideró que los duelos de la migración se dividen en siete:

- Por separación de familiares y amigos
- Por lengua materna
- Por cultura
- Por tierra
- Por pérdida del status social
- Por pérdida del contacto con el grupo de pertenencia
- Por pérdida de la seguridad física y la existencia de riesgos físicos

Respecto al Trastorno por Estrés Postraumático, Fuertes y Laso (2006), establecen que, a los ya mencionados problemas de la inmigración, se les añaden nuevas dificultades, como pueden ser: acontecimientos que le han podido suceder a la persona inmigrante, condiciones acaecidas durante el desplazamiento desde su lugar de origen, etc. Todo lo mencionado, hace que el Trastorno por Estrés Postraumático se considere frecuente entre los/as inmigrantes, sobre todo en aquellas personas que son refugiadas.

Vega Pascual (1996) sostiene que el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se enmarca en los trastornos de ansiedad y tiene origen cuando nos exponemos a alguna situación de extrema ansiedad. Los problemas psicológicos/trastornos en las personas inmigrantes pueden aparecer después de varios meses e incluso años desde la llegada a su nuevo contexto de referencia. De esta manera, de problemas aparentemente insignificantes relacionados con la adaptación, se vuelven detonantes para provocar crisis y hacer que renazcan trastornos psicológicos propios de las personas refugiadas, ligados con sus anteriores experiencias traumáticas no superadas.

Mangado, Muelas y Suárez (2005), establecen que los trastornos por ansiedad y depresión se relacionan con los procesos de adaptación/integración y las dificultades

del ambiente ligadas a la emigración, asociados con frecuencia a síntomas de somatización. Además, Mangado et al. (2005), establece algunos de los síntomas tanto de la depresión como de la ansiedad:

- Síntomas de la depresión: dificultad para subir o bajar peso, para concentrarse, insomnio, apatía, sensación de desesperación, sentimiento de inutilidad o culpa y pensamientos suicidas.
- Síntomas de la ansiedad: estado de alerta permanente, aumento del pulso, sensación de inquietud o agitación, sueño alterado, sudor, irritabilidad, mareo, presión en el pecho, nervios, temblores, etc.

Asimismo, al menos la mitad de las personas inmigrantes desarrolla enfermedades mentales, como la depresión o la ansiedad, a la fecha aproximada de tres años después de llegar a España. Así pues, duplica la cifra de personas españolas que sufren estas patologías.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general es: Analizar la relación entre salud e inmigración en CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).

Los objetivos específicos se identifican con:

- OE1: Sondar los casos de duelo migratorio existentes en CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).
- OE2: Describir los síntomas que presentan las personas inmigrantes que llegan a CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).
- OE3: Profundizar en la situación de las personas refugiadas en comparación con los inmigrantes económicos de CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).
- OE4: Analizar el grado de conocimiento que poseen los/as profesionales que trabajan en CEAR Sevilla (Primera Fase) sobre la salud y el duelo migratorio.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Según Monje (2011), la metodología cualitativa se interesa por captar la realidad social, de esta manera, el/la investigador/a parte de la percepción que tiene el sujeto de su propio entorno. Las técnicas cualitativas utilizadas serán la entrevista semiestructurada, la observación participante y el análisis documental, utilizando

como instrumento un guion de entrevista, la recopilación del diario de campo, y la construcción de un marco teórico en torno al tema de investigación establecido.

Para la entrevista semiestructurada se prepara un guion temático por parte del investigador/a para que el/la entrevistado/a comente el asunto concreto (objeto de estudio), aunque éste/a puede comentar también otros aspectos. Las preguntas que se realizan en este tipo de entrevistas son previamente planificadas, pero se da margen por si surgen otras nuevas durante el transcurso de la entrevista. Asimismo, ésta nos permite evitar una variabilidad en las respuestas, para poder dirigir el discurso en el caso de que este se desvíe en la consecución de los objetivos. Permitiendo obtener respuestas menos condicionadas de las preguntas, en el caso de que se utilizara, por ejemplo, una entrevista altamente estructurada.

Las entrevistas han tenido lugar durante nuestro periodo de estancia en prácticas en la Primera Fase de Acogida Temporal en la Comisión Española de Ayuda al Refugiado, concretamente durante los días 2 y 3 de abril de 2019. Asimismo, las personas entrevistadas han sido acotadas en una muestra de 5 profesionales que trabajan dentro de esta Primera Fase y 5 personas usuarias dentro de esta entidad, realizándose las entrevistas los días 2 y 3 de abril, respectivamente. Tanto los nombres de los/as profesionales como el de las personas usuarias no se pueden dejar reflejado debido a que el tratamiento de los datos podría ser utilizado en su contra, así, se guardará el anonimato de éstas. De esta manera, creemos que la muestra seleccionada es significativa para nuestra investigación debido a que dentro de la primera Fase de Acogida Temporal sólo trabajan 8 personas y el coordinador de esta. Las personas usuarias están en continuo cambio, sin establecerse más de seis meses dentro de esta misma fase, por lo que también vemos significativa la muestra.

En referencia, a la otra técnica que se ha llevado a cabo durante los siete meses de prácticas universitarias dentro de la Primera Fase de Acogida Temporal de CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado), ha sido la observación participante mediante un instrumento de recopilación de datos, como es, el diario de campo.

La observación participante, es entendida por Sierra Bravo (1984) como el estudio que realiza el investigador/a de cosas o hechos de interés social que suceden, tal y como son y tienen lugar espontáneamente utilizando para ello sus propios sentidos con o sin ayuda de aparatos técnicos. Durante nuestro periodo de prácticas en el centro hemos podido poner en práctica esta técnica observando y participando día a día en el trabajo del centro, lo que nos permite tener un mayor conocimiento tanto de las características de las personas usuarias como de las diferentes formas de trabajar y actuar que tienen los/as diferentes profesionales en referencia a nuestro objeto de estudio.

El instrumento utilizado para poder llevar a cabo esta técnica y registrar la información recogida ha sido el diario de campo o cuaderno de notas, definido tal y como afirman Bonilla y Rodríguez (como se citó en Martínez.L. 2007): “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo” (pg.77).

La última técnica que hemos utilizado se corresponde con el análisis documental. Según López Yepes (como se citó en García, 1993) se entiende como la ciencia general que tiene como objetivo el estudio del proceso de comunicación de las distintas fuentes documentales para dar lugar a un nuevo conocimiento. De esta manera, de ellas se extrae la información ya recabada en distintas fuentes secundarias, y donde no se establece un contacto directo con los sujetos de estudio.

Una vez que se han establecido todas las técnicas utilizadas, es necesario incidir en la triangulación de éstas, dado que, en todo momento se conectarán los resultados recabados de las entrevistas semiestructuradas, de la observación participante y del análisis documental, para darle rigor y firmeza a nuestra investigación y para poner en constante concordancia todos los datos que se hayan extraído. Así, la triangulación supone, la combinación de dos o más teorías, métodos de investigación y fuentes de datos dentro del estudio de un fenómeno concreto (Denzin, 2017).

En referencia a la temporalización de cada fase de la investigación se ha establecido la [Tabla 1](#), en la que se indica, los números de las fases, las actuaciones que se han llevado a cabo dentro de éstas y los meses que han abarcado cada una de ellas.

Tratamiento de los datos

Una vez que hemos descrito la naturaleza y la metodología de nuestra investigación, vamos a proceder al tratamiento de los datos aportados en las entrevistas, así como, los extraídos mediante la observación participante.

Como hemos comentado con anterioridad, las entrevistas fueron llevadas a cabo en la Primera Fase de Acogida Temporal de CEAR, y los/as entrevistados en cuestión fueron: una muestra significativa de cinco personas profesionales dentro de la entidad y cinco personas usuarias de la misma. Asimismo, procedemos a aportar los resultados que se extrajeron de las entrevistas.

Tabla 1*Temporalización de cada fase del proyecto de investigación*

FASES	ACTUACIONES	MESES (2018/2019)
Primera: Marco teórico.	Elaboración del marco teórico.	-Septiembre. -Octubre. -Noviembre. -Diciembre. -Enero.
Segunda: Metodología.	Formulación de objetivos y problema de investigación.	
	Elección de técnicas.	-Febrero.
	Elaboración de los instrumentos.	-Marzo. -Abril.
	Recopilación de los datos (entrevistas y observaciones).	
Tercera: Resultados y conclusiones	Tratamiento de los datos. Elaboración de los resultados y de las conclusiones.	-Mayo.

- Profesionales que trabajan dentro de la Primera Fase de Acogida de CEAR (Sevilla):

Dos personas son Técnicos/as de Acogida, dos son Técnicos/as de Integración Social y una de las personas entrevistadas es el Coordinador de la Primera Fase de Acogida Temporal de CEAR (Sevilla). En referencia al tiempo que han trabajado con el colectivo de personas migrantes, tres de las personas oscilan en el intervalo de entre cinco a dos años, mientras las dos restantes llevan meses de experiencia profesional con este colectivo.

La mayoría de las personas entrevistadas coinciden con que las preocupaciones más destacadas dentro de las personas migrantes son: la inseguridad y la incertidumbre debido a su proceso migratorio, la búsqueda de empleo, la barrera idiomática y el no poder enviar dinero a sus familias. Además, la mayoría también identifica que los principales problemas con los que se encuentran las personas migrantes en su nuevo contexto de referencia son el racismo, el choque cultural y la desmotivación por no cumplir con las expectativas previstas. Otros problemas también mencionados son: las restricciones de los programas del Ministerio, la falta de empoderamiento de las personas usuarias, el propio sufrimiento causado por el duelo migratorio y la barrera idiomática.

El tiempo dedicado al contacto directo con las personas usuarias se traduce de esta manera, los/as Técnicas de Acogida los ven como mínimo una vez por semana, mien-

tras que los/as Técnicos/as de Integración Social suelen ver a las personas usuarias durante toda la semana. Sin embargo, el Coordinador de la Primera Fase de Acogida Temporal no ve a los/as usuarios/as con frecuencia.

En referencia al concepto de duelo migratorio, la gran parte de las personas entrevistadas están familiarizadas con el término, es sólo una de ellas quien refiere no conocer mucho el concepto. Además, las cinco personas entrevistadas responden positivamente a que los/as usuarios/as suelen presentar algunos de los trastornos propios de las personas migrantes. Sin embargo, sólo dos de las personas entrevistadas refieren que el trastorno más común que presentan las personas migrantes es el denominado Síndrome de Ulises, mientras que el resto de entrevistados/as no saben contestar a la pregunta formulada. Son tres de los/as profesionales entrevistados/as los/as que indican que la proporción de presentar algún trastorno se identifica con la mayoría de las personas usuarias, las otras dos personas no saben responder a lo que se les ha cuestionado en esta ocasión.

La mayoría de las personas entrevistadas responden que el duelo migratorio que presentan las personas usuarias suele trabajarse en el departamento de psicología por derivación de los/as propios/as profesionales entrevistados/as, ya que refieren no estar formados/as para abordar el duelo migratorio, sólo una persona responde que puede estar preparado pero que la formación la ha recibido por iniciativa personal.

La última pregunta hace referencia a las principales dificultades encontradas a la hora de trabajar dentro de la entidad. Así, tres de las personas entrevistadas identifican el problema en los continuos cambios de Programas y las exigencias que impone el Ministerio. Las dos personas restantes creen que las verdaderas dificultades residen en la falta de tiempo, la escasez de recursos y la abundante carga de trabajo a la que están sometidas los/as profesionales que trabajan dentro de la entidad en cuestión.

- Personas usuarias dentro de la Primera Fase de Acogida de CEAR (Sevilla):

Las personas usuarias que hemos seleccionado para nuestra muestra están compensadas en género y en nacionalidad, ya que creemos que existirá mayor enriquecimiento con la diversidad de estas.

Las razones que obligaron a abandonar el país de origen a las personas entrevistadas fueron: políticas, problemas familiares y razones bélicas. Una de las personas entrevistadas es una mujer marroquí que fue obligada a abandonar su país de origen debido a la situación de violencia de género ejercida por parte de su marido, así como los problemas de salud de su hijo pequeño.

La mayoría de las personas entrevistadas refieren tener poco contacto con las personas que se encuentran en su país de origen. Además, responden que lo que más añoran de sus antiguos contextos es a las personas en general (amistades, familias, etc.). También se mencionan aspectos como la cultura, el medio ambiente...

En referencia a la adaptación/integración en sus nuevos contextos de referencia, la gran parte de las personas usuarias responden que sí se encuentran adaptados, aunque es cierto que algunos/as de los/as entrevistados aportan matices a esta pregunta. Formulan, además, que las principales preocupaciones que tienen en estos momentos son generar ingresos y conseguir trabajo, así como preocupaciones referidas al propio proceso migratorio y problemas personales en su lugar de origen.

Todos/as los/as entrevistados/as en su totalidad refieren no comunicar sus problemas a nadie. Así, los problemas mencionados se relacionan con el racismo, la falta de trabajo, la obtención de una vivienda digna, la carencia de ingresos propios. Sólo una de las personas entrevistadas refiere no tener problemas dentro de su nuevo contexto de referencia.

Tres de las personas entrevistadas, responden que suelen acudir con frecuencia al centro de salud, mientras que las dos restantes responden negativamente a esta cuestión. El listado de los síntomas que suelen sentir las personas migrantes que han respondido a las entrevistas son: dolores de cabeza, insomnio, irritación, pérdida de memoria y de objetos, falta de atención, pérdida de apetito, dolor de estómago y fatigas. Además, la mayoría de las personas usuarias responden que las causas de sufrir los síntomas mencionados con anterioridad suelen ser: las frecuentes preocupaciones y la inestabilidad emocional.

Asimismo, todos/as los/as entrevistados/as en su totalidad refieren haber acudido al servicio de atención psicológica pero la mayoría de ellos/as responden que este servicio no les ha servido de mucha ayuda.

La última pregunta hace referencia a las ganas que tienen de seguir formando una vida en Sevilla o en cualquier otro lugar, a la que la mayoría de las personas responden positivamente.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En el análisis documental se establecieron dos tipos de trastornos o alteraciones: por un lado, los trastornos específicos propios de las personas inmigrantes como son, el estrés aculturativo, el Síndrome de Ulises y el duelo migratorio, y por otro

lado las alteraciones generales de cualquier persona de la población, pero frecuentes a desarrollar dentro de la población inmigrante, así como, el Trastorno por Estrés Postraumático y la ansiedad y, la depresión.

Asimismo, hemos comprobado o podemos derivar con muchas certezas que las personas que constituyen el objeto de estudio de nuestra investigación, poseen algunas de las alteraciones/trastornos mencionadas con anterioridad, debido a que, en las preguntas referidas a la temática, mencionan poseer: dolores de cabeza, insomnio, irritación, pérdida de memoria y de objetos, falta de atención, pérdida de apetito, dolor de estómago, fatigas... Además, estas personas establecen que estos síntomas se dan por las frecuentes preocupaciones e inestabilidad emocional desarrollada en su nuevo contexto de referencia.

Para respaldar esta investigación, no sólo las personas usuarias de la Primera Fase de CEAR refieren presentar dichas alteraciones, sino que los/as profesionales que hemos entrevistado para la elaboración del presente trabajo, argumentan positivamente que las personas inmigrantes suelen presentar trastornos que guardan íntima relación con el duelo migratorio.

Sumado a todo esto, no podemos olvidar que el presente trabajo se encuentra inserto o enmarcado dentro de unos/as destinatarios/as concretos dentro de la población inmigrante. Los/as protagonista y, por ende, las personas que se identifican como objeto del estudio son, los/as refugiados/as. Con esta aclaración, nos referimos a que no parten de las condiciones de cualquier migración (ya sea por motivos económicos o para mejorar la calidad de sus vidas, etc.), sino que tal y como expresan en las entrevistas, estas personas refieren haber salido de su país por razones políticas o bélicas, por lo que han sido obligadas a abandonar su lugar de origen. Esta situación añade un mayor índice de vulnerabilidad a los/as refugiados/as, y además se suma, que estas personas debido a su condición, tienen un contacto escaso o casi inexistente con sus familiares y amigos/as de su país de origen. De esta manera, los/as refugiados/as que responden a nuestras entrevistas, en consecuencia, al no trabajo de su percepción personal, a la no asimilación de su situación real, a la incertidumbre en su nuevo contexto, y a otros muchos más factores desencadenantes, no son capaces de expresar sus sentimientos, ni comunicar sus preocupaciones con nadie.

Nuestro proyecto de investigación no sólo se acoge a la premisa de la salud mental de las personas inmigrantes, sino que pretende desmontar el desconocimiento y las carencias profesionales referidas al ámbito de la Educación Emocional, es por eso, que las personas que trabajan dentro de la Primera Fase de CEAR y que han sido entrevistadas, responden que no saben identificar cuáles son los trastor-

nos que presentan las personas inmigrantes (mencionados con anterioridad en la técnica de análisis documental), no están formados/as para tratarlos, así como, la única opción que ven viable si alguna persona usuaria refiere tener muchas preocupaciones, es la derivación al departamento de psicología, dejando de lado, la capacidad de trabajar de una manera integral con las personas refugiadas. Así, una vez que las personas inician el itinerario establecido por sus profesionales y acuden al servicio psicológico, establecen que éste no les sirve de mucho y que en ocasiones sienten que están comunicando sus problemas a un/a desconocido/a, y de manera obligada.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que, las personas usuarias de la Primera Fase de CEAR, presentan alteraciones/trastornos relacionados con el proceso migratorio y que, en lugar de trabajarlos/as con los/as profesionales con los que tienen un contacto diario y directo (depositando más confianza en éstos/as), son derivados a servicios médicos o psicológicos, con el objetivo de cubrir una necesidad, pero que en vistas al presente trabajo de investigación, queda muy lejos de paliarse.

Establecidas de esta manera, las conclusiones en referencia al correspondiente trabajo de investigación, es imprescindible mencionar las propuestas que se derivan de lo anteriormente comentado. Al redactar las conclusiones, hemos sido conscientes de que la hipótesis en torno a la que gira el presente documento queda validada. Asimismo, se establecen las siguientes propuestas:

- Introducción de la figura del Educador/a Social en la Primera Fase de Acogida de CEAR (Sevilla), para establecer dentro de la entidad la perspectiva transversal de la Educación Emocional. Así, se podrán trabajar todos los aspectos que preocupen o motiven a la persona sin hacer distinción de estos, y, además, se les otorgará a las personas usuarias un papel protagonista, haciéndoles conscientes de que todas las emociones y sentimientos son igual de válidos, por lo que deben saber canalizarlas, más aún si han sufrido un duro proceso migratorio.
- Proporcionar formación sobre duelo migratorio a los/as profesionales que se encuentran trabajando dentro de la Primera Fase de CEAR (Sevilla), debido a que hemos llegado a la conclusión de que los/as usuarios/as presentan síntomas correspondientes al duelo migratorio y los profesionales carecen de la formación para tratar este aspecto.

La evaluación de todo lo analizado se traduce en forma de una carencia en Educación Emocional dentro de la Educación Social, siendo más trabajada en el ámbito del Trabajo Social.

REFERENCIAS

- Achotegi, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegi, J. (2012). La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Revista Temas de Psicoanálisis*, 3, 1-16.
- Achotegi, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, 5(2), 39-53.
- Boixareu, R. M. (Ed.). (2016). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder Editorial.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 307-315.
- Denzin, N. K. (2017). *Sociological methods: A sourcebook*. Routledge.
- Engel, G.L (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fuertes, C., y Laso, M. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29, 9-25.
- García, A. C. (1993). Análisis documental: el análisis formal. *Revista general de información y documentación*, 3(1), 11.
- Hernández, F. (2007). *Los efectos psicológicos de la migración – entrevista con el psicólogo coordinador de AIPC-pandora*. Recuperado el día 11 de noviembre del 2018 de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1557
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista perfiles libertadores*, 4(80), 73-80.
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. *Neiva: universidad surcolombiana*, 113.
- Mangado, E. O., Muelas, N. V., y Suárez, M. L. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista clínica española*, 205(3), 116-118.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Concepto de salud*. Recuperado el 5 de octubre de 2018 de: <https://www.who.int/es>
- Sánchez Márquez, H., y López Miguel, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Revista cuatrimestral de psicología*, 26(3), 399-410.
- Sierra Bravo, R. (1984). *Ciencias sociales: epistemología, lógica y metodología. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Madrid: Ed. Paraninfo.
- Vega Pascual, M. J. (1996). Fases de la intervención social con refugiados. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 4, 155-181.

Anexo 1. Guion de entrevista a los/as profesionales de la Primera Fase de Acogida de CEAR.

1. ¿Cuál es su profesión?
2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con personas migrantes?
3. ¿Cuáles cree que son las principales preocupaciones que presentan las personas usuarias?
4. ¿Cuáles son los problemas con los que se suelen encontrar las personas usuarias en su nuevo contexto de referencia?
5. ¿Con qué frecuencia ve a los/as usuarios/as que trabaja?
6. ¿Está usted familiarizado/a con el concepto de duelo migratorio?
7. ¿Tienen sus usuarios/as algunos de los trastornos que suelen presentar las personas migrantes?
8. Si es así, ¿Cuáles son los que usted más percibe: estrés aculturativo, síndrome de Ulises, ¿etc.? Mencione todos los que conozca
9. ¿En qué proporción diría que tienen sus usuarios/as este tipo de trastornos?
10. ¿Cree que se trabaja con los/as usuarios/as el duelo migratorio?
11. ¿Está formado/a para abordar este tipo de duelo?
12. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentran los/as profesionales que trabajan en esta entidad?

Anexo 2. Guion de entrevista a los/as usuarios/as de la Primera Fase de Acogida de CEAR.

1. ¿Cuáles fueron las razones que le obligaron a abandonar su país de origen?
2. ¿Puede resumirnos de forma breve su proceso migratorio hasta que llegó a Sevilla?
3. ¿Sigue en contacto con su familia o amigos/as de su país de origen?
4. ¿Qué es lo que más echa de menos de su país?
5. ¿Siente que se encuentra adaptado/a o integrado/a en Sevilla?
6. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones en estos momentos?
7. ¿Suele hablar de lo que le preocupa con alguien?
8. ¿Cuáles son los principales problemas que tiene desde que ha emigrado (en su nuevo contexto sevillano)?
9. ¿Acude con frecuencia al centro de salud? En caso afirmativo ¿por qué motivos lo hace?
10. ¿Suele notar con frecuencia síntomas de malestar en su cuerpo (ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, etc.)?
11. Si es así, ¿por qué cree usted que es?
12. ¿Acude o solicita citas con profesionales (psicólogos/as, trabajadores/as sociales o educadores/as sociales) con los que pueda hablar de sus problemas?
13. ¿Tiene ganas de seguir formando una vida en Sevilla u algún otro lugar?