



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y MEDICINA LEGAL

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSIQUIATRÍA

**FACTORES PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON
PSICOPATOLOGÍA Y USO DE SUSTANCIAS EN
ADOLESCENTES DE ORIGEN INMIGRANTE**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

NADIA MARYLIN MORALES GORDILLO

TUTOR Y DIRECTOR: JOSEP ANTONI RAMOS QUIROGA

DIRECTOR: ADIL QURESHI BURCKHARDT

BARCELONA, NOVIEMBRE DE 2020.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES DE LA INMIGRACIÓN.....	10
1.1. Concepto de inmigración	10
1.2. Características de la inmigración	16
1.1.1. A nivel comunitario.....	19
1.3. Características de la inmigración en España en los últimos cinco años	27
1.4. Consecuencias individuales, grupales y sociales de la inmigración.....	41
CAPÍTULO II. IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN LA SALUD MENTAL	50
2.1. Modelos para explicar cómo la migración influye en la salud mental.....	50
2.1.2. Modelo ecológico de Bronfenbrenner y salud mental	50
2.1.2. Estrés aculturativo	58
2.1.3. Paradoja del migrante sano	70
CAPÍTULO III. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE	77
3.1. Descripción de la adolescencia “normal”	77
3.2. Modelos de desarrollo de la adolescencia	79
3.2.1. Modelos Socioculturales del Desarrollo.....	84
3.2.2. Modelos del desarrollo relacionados con la autonomía-cercanía de la familia	86
3.3. Factores psicosociales que influyen en la salud mental de los adolescentes (contexto escolar, familiar, individual)	89

3.3.1. Factores protectores y de riesgo que influyen en la salud mental de los adolescentes inmigrantes (identidad cultural, percepción de discriminación, nivel socioeconómico, apoyo social, densidad étnica).....	97
3.3.2. Relación del compromiso escolar con la salud mental en estudiantes inmigrantes	104
3.3.3. Relación de la violencia familiar con la salud mental en adolescentes inmigrantes	109
3.3.4. Relación de la resiliencia con la salud mental en adolescentes inmigrantes	113
3.3.4.1. Resiliencia Individual	114
3.3.4.2. Resiliencia Familiar.....	115
3.3.4.3. Resiliencia social o comunitaria.....	116
3.3.4.4. Resiliencia Cultural.....	116
3.3.5. Epidemiología de los trastornos mentales y consumo de sustancias en población adolescente	122
3.3.5.1. Estudios comparativos entre inmigrantes y autóctonos.....	122
3.3.5.2. Estudios europeos e internacionales que utilizan el Child Behavior Checklist (CBCL) en adolescentes inmigrantes.....	125
CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	128
4.1. Preguntas de investigación	128
4.2. Hipótesis	128
4.2.1. Hipótesis particulares.....	128
4.3. Objetivos	129
4.3.1. Objetivos particulares	129

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA	131
5.1. Muestra	131
5.1.1. Criterios de inclusión.....	131
5.1.2. Criterios de exclusión.....	132
5.2. Variables	132
5.3. Instrumentos	136
5.3.1. Descripción de Youth Self Report (YSR)	136
5.3.2. Descripción del Student Engagement Instrument (SEI).....	138
5.3.3. Descripción de la Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28)...	138
5.4. Diseño y procedimiento.....	139
5.5. Aspectos Éticos.....	141
CAPÍTULO VI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	142
CAPÍTULO VII. RESULTADOS.....	144
7.1. Descripción de la muestra en estudio	144
7.2. Análisis descriptivo.....	148
7.3 Análisis inferencial	160
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN	187
CONCLUSIONES.....	194
BIBLIOGRAFÍA	199
ANEXOS	220

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres, por respaldarme siempre en mis decisiones, por su cariño y respeto; porque ahora que estamos lejos, los siento mas cerca.

A Josetxu, por su paciencia, cariño y por entender que esta tesis significó mas que eso.

A Emmanuel y Claudio. Gracias por su cariño, por los buenos ratos y por cuidar de nuestros papás, por estar cuando nos hemos necesitado.

A Paco, por ser siempre el jefe entusiasta. Gracias por la confianza, el respaldo, por darme tantas oportunidades de aprender; y sobre todo por haberme hecho sentir como en casa.

A Mar, por centrarme siempre, por su contención y amistad.

A Adil y Toni, por su guía, confianza y apoyo.

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo expone las características generales del fenómeno de la inmigración en España y los diferentes problemas que enfrentan los jóvenes en su proceso de adaptación y cómo estos inciden sobre su salud mental.

Objetivos: Determinar si la exposición a factores psicosociales como la resiliencia, el compromiso escolar y la violencia familiar incide en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes y no inmigrantes de España.

Materiales y métodos: Se estudió a 262 jóvenes de entre 12 y 17 años de las ciudades de Alicante y Barcelona., 139 españoles y 123 inmigrantes. A todos ellos se les aplicó la escala *Youth Self Report* (YSR) para obtener información sistematizada sobre diversas competencias y problemas de conducta y el *Student Engagement Instrument* (SEI) para conocer el grado de compromiso cognitivo y compromiso psicológico. Además del *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-28) que mide el nivel de resiliencia individual, resiliencia familiar y resiliencia contextual. Posteriormente se aplicaron diferentes pruebas estadísticas a los resultados obtenidos.

Resultados y conclusiones: Se encontró que existe una incidencia positiva entre factores protectores como los distintos tipos de resiliencia y el desempeño escolar y la salud mental de los jóvenes, en especial de los nativos. De igual forma se encontró una incidencia negativa entre la violencia familiar y la salud mental de los jóvenes, sobre todo en el caso de los inmigrantes.

INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno de creciente relevancia a nivel internacional (Mood, Jonsson & Láftman, 2016) y, por supuesto, la Unión Europea no es ajena a esto. Por el contrario, la Comisión Europea (CE) ha declarado que "la migración se ha convertido en uno de los componentes clave del cambio de poblacional en Europa" (Comisión Europea, 2019). El caso de España es particularmente interesante, ya que se posiciona como una puerta de entrada a la UE para muchos migrantes. De hecho, de acuerdo con datos oficiales del Gobierno, en el año 2018 el 10.1% de la población española era de origen extranjero. Sumado a esto, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2018) informa que en dicho país el 18% de los estudiantes tienen antecedentes migratorios, esto incluye inmigrantes de primera y de segunda generación, nativos con herencia mixta e hijos de españoles nacidos en el extranjero.

En los últimos años en Europa el debate acerca de la migración e inmigración ha ocupado un lugar importante en la discusión pública. España es uno de los países donde dicha discusión ha cobrado mayor relevancia, sobre todo desde el punto de vista político y económico. En la actualidad, las opiniones de la sociedad española respecto a la inmigración están sumamente polarizadas, lo que en ocasiones se traduce en una estigmatización de grupos específicos de inmigrantes. Dentro de estos grupos ocupan un lugar especial los menores edad y adolescentes, quienes representan un porcentaje significativo de la población inmigrante.

La integración social de los jóvenes debe ser motivo de gran preocupación dentro de la creación de políticas públicas destinadas a atender a estos grupos. Cuestiones como la adaptación a sus nuevos contextos sociales y educativos, el sentido de pertenencia escolar, la cercanía o aceptación por parte de los maestros y compañeros, son factores protectores que contribuyen de manera positiva a lograr la integración de estas personas. Una de las variables estudiadas en la presente

investigación es la manera en que los factores escolares están relacionados con la salud mental y la resiliencia de los jóvenes inmigrantes y no inmigrantes de dos ciudades españolas: Alicante y Barcelona.

En este sentido, la presente investigación tiene por objetivo principal determinar si la exposición a factores psicosociales como la resiliencia, el compromiso escolar y la violencia familiar incide en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes y no inmigrantes de España. Las ciudades de Alicante y Barcelona, debido a su composición sociodemográfica, ofrecen un escenario adecuado para la realización de un estudio como el referido.

Para alcanzar el objetivo planteado, en el capítulo primero se realizará una revisión de los principales conceptos y clasificaciones de los movimientos migratorios. Posteriormente, en el capítulo dos se analizarán los efectos que los procesos migratorios tienen en la salud mental de las personas migrantes; se hará énfasis en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, cuya teoría ayuda a comprender los efectos que el entorno tiene sobre los procesos de cambio y adaptación en los seres humanos; en este caso se dedicará especial atención a las personas migrantes.

Durante el capítulo tres se estudiará la influencia que tienen los factores psicosociales sobre la salud mental de los adolescentes y se expondrán los diferentes modelos que explican el desarrollo de este grupo etario. En los capítulos posteriores (cuatro y cinco) se exponen las cuestiones de índole metodológica, tales como hipótesis de investigación, objetivo general y particulares, y se ofrecerá una descripción de las diferentes variables e instrumentos utilizados para la recopilación de datos, así como detalles respecto al modo en que fueron empleados. Por último, en los capítulos restantes se analizan y discuten los resultados obtenidos y se

ofrecen conclusiones y posibles vías por las cuales dar continuidad a la investigación.

Esta investigación busca contribuir a la comprensión —desde el punto de vista psicosocial— de una problemática que suele ser reducida a su dimensión política, dentro de la cual, en muchas ocasiones, no es posible encontrar soluciones a las múltiples dimensiones y cuestiones que plantea. Los resultados arrojados por este estudio contribuyen a comprender de manera más precisa el comportamiento de los adolescentes que habitan en Alicante y Barcelona y la relación con su entorno. Además, es posible aprovechar los datos esta investigación para el diseño de políticas públicas cuyo objetivo sea la integración de este grupo etario y la prevención de conductas de riesgo.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA INMIGRACIÓN

1.1. Concepto de inmigración

El Diccionario de la Real Academia Española recoge tres definiciones asociadas al término “inmigrar” (RAE, 2018). La primera hace referencia a la llegada de una persona a un país extranjero para radicar en él; la segunda, también referida a una persona, alude a la instalación en un lugar distinto de donde se vive dentro del propio país, con el objetivo de contar con mejores medios de vida; la última, asociada a plantas o animales, establece que inmigrar es asentarse en un territorio al originario. Como se observa, las tres hacen referencia al desplazamiento; sin embargo, la segunda destaca por contener uno de los objetivos más conocidos de la migración.

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), —órgano especializado de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)—, la migración se define como el “movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen” (OIM, 2020). Adicionalmente, señala que “abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos” (OIM, 2006).

La migración es un concepto amplio, que puede dividirse dependiendo de la dirección en que se realiza el movimiento de personas. Por ejemplo, la emigración ocurre cuando el desplazamiento es hacia fuera de la unidad geográfica; mientras que la inmigración cuando se ingresa al espacio geográfico. Ambos términos

cuentan con características particulares y son definidos de manera distinta dependiendo del autor que los aborde o, incluso, de las condiciones políticas de un determinado territorio. Por ejemplo, la UE define la inmigración como la “acción por la cual una persona fija su residencia habitual en el territorio de un Estado miembro por un período que es, o se espera que sea, de al menos doce meses, habiendo sido previamente residente habitual en otro Estado miembro o en un tercer país” (UE, 2007). Como se advierte, este organismo define el término inmigración de manera operativa.

A fin de ampliar y clarificar el fenómeno en estudio, a continuación, se incluye una clasificación de tipologías de migración, identificadas en la revisión de literatura (Micolta, 2005; Virguez; 2018, OIM, 2020):

De acuerdo con el tiempo, puede clasificarse en:

- *Estacionales*: es el traslado por un determinado periodo, en esta clasificación suele incluirse trabajadores que se trasladan para realizar labores por temporadas.
- *Temporales reiteradas*: en la que las personas reciben renovaciones de contrato de trabajo a medida que acometen nuevas tareas, hasta que las finalizan.
- *De varios años*: se basan en las expectativas de las personas de permanecer un tiempo determinado fuera del país de origen.
- *Indefinidas o permanentes*: cuando existe la intencionalidad de establecerse en un nuevo lugar de residencia sin volver al lugar de origen, salvo de manera ocasional.

En atención a los atributos de una región o localidad, la migración puede dividirse de la siguiente manera:

- *Rural-Rural*: cuando el lugar de origen y destino son entornos rurales. Principalmente por cuestiones laborales o explotación de recursos naturales.
- *Urbana-Urbana*: cuando se producen entre zonas urbanas, generalmente hacia aquellas que cuentan con un mayor desarrollo y posibilidades de una mejor calidad de vida.
- *Rural-Urbana*: es uno de los más comunes, y se produce por un cambio en el estilo de vida, motivado por razones laborales, educativas o de salud.
- *Urbana-rural*: una de las menos comunes, si bien se ha incrementado gracias a actividades como el turismo ecológico, o por aquellas personas en edad de retiro que desean modificar la forma de vida que tenían en la ciudad.

Según la meta o las demandas que se requieren, se pueden catalogar en:

- *Búsqueda de estatus profesional estable*: como en el caso de los trabajadores del campo que se incorporan a la industria.
- *Exigencia de la actividad profesional*: en el caso en el que las características de la profesión desarrollada requieren movilizar al individuo, suele aplicarse a militares, funcionarios, diplomáticos, entre otros.
- *Búsqueda de un desarrollo superior*: en este se incluyen los desplazamientos de los intelectuales, en búsqueda de nuevos horizontes formativos o profesionales.

En atención a la edad que tengan las personas migrantes, se organiza de la siguiente forma:

- *Infantil*: que incluye a los niños cuando estos cambian de país acompañados de sus padres o posteriormente a ellos.
- *Adulta*: es la más común y es la que lidera el proceso migratorio. Corresponde al grupo de quienes, por sus criterios y necesidades, toman la iniciativa de establecerse en otro lugar. Este grupo suele contar con un mayor grado de responsabilidad o motivación, porque por lo general se encuentran a cargo de la protección o manutención de otras personas.
- *De ancianos*: es de carácter minoritario, y puede tener un rasgo forzado si se debe a motivos como la reunificación familiar, búsqueda de lugar de residencia más tranquilo o por contingencias externas.

En atención al grado de libertad con la que se realiza el movimiento, se clasifica de la siguiente forma:

- *Migración voluntaria*: la que se lleva a cabo por voluntad propia y sin presiones externas. Se observa especialmente en aquellas personas cuya motivación es principalmente económica o profesional.
- *Migración dirigida*: se mantiene la voluntad de migrar, aunque es canalizada a través de agencias favorecedoras de los desplazamientos.
- *Migración forzada*: movimiento originado por coacción, que incluye la amenaza a la vida y la subsistencia, ya sea por causas naturales o humanas. Un ejemplo de este tipo de migración son los refugiados y desplazados internos —entre los que se encuentran los desplazados por desastres naturales, nucleares o químicos, hambruna o proyectos de desarrollo.

De acuerdo con el movimiento geográfico y fronterizo, se divide en:

- *Internas*: es la que se produce por desplazamientos al interior de un país. Implica el traspaso de una división geográfica administrativa, por ejemplo, entre municipios.
- *Externas o internacionales*: es la que se realiza al cruzar las fronteras de los países. Este tipo de movimientos se encuentran sujetos a control administrativo, tanto por el país emisor como por el receptor, pero con mayor énfasis en los países receptores, los cuales establecen requisitos que determinan la admisión y la situación jurídica del inmigrante en el nuevo Estado. Cuando se cumplen estos requerimientos la inmigración se considera legal; en el caso contrario, pasa a ser considerada inmigración ilegal. Sobre esto último, la literatura especializada considera más apropiado identificarla como inmigración irregular, debido a que su estatus recae en el proceso y no en las personas.

En este apartado es necesario destacar que en la UE los flujos de migración legal son clasificados en cinco distintas categorías: solicitantes de asilo y/o refugio; trabajadores altamente cualificados; estudiantes e investigadores; trabajadores temporeros; y migrantes con fines de reagrupación familiar.

Por último, según las causas que motivan el desplazamiento, se puede catalogar de la siguiente manera:

- *Ecológicas*: derivadas de catástrofes naturales que obligan el cambio de residencia.
- *Económicas*: es la principal causa de las migraciones. Se trata de aquella en la que los individuos buscan unas mejores condiciones laborales y de calidad de vida, dada la crisis, falta de desarrollo o de oportunidades donde se habitaba antes del traslado.

- *Políticas*: motivadas por situaciones conflictivas como las guerras, intolerancia religiosa o política, o persecuciones de carácter étnico o racial. Constituye parte importante de la aparición de las figuras de desplazados, exiliados, asilados o refugiados.

Además de estas categorías, la OIM plantea la existencia de otras tipologías, como la migración clandestina, de retorno, individual, masiva, ordenada, de personas calificadas, semicalificadas y no calificadas, entre otras (OIM, 2020). Como se advierte, se trata de un fenómeno altamente complejo que responde a una multiplicidad de causas y cuyos efectos son igual de diversos. A diferencia de los prejuicios actualmente existentes, la migración no se debe únicamente a la búsqueda de mejores condiciones económicas y, en su mayoría, se realizan de manera interna. En la Tabla 1 se reúnen las categorías antes enunciadas.

Tabla 1. Tipos de migración

Criterio de clasificación	Tipo de migración
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> ● Estacionales ● Temporales reiteradas ● Por varios años ● Indefinidas o permanentes
Tipo de región o localidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Rural-Rural ● Urbana-Urbana ● Rural-Urbana ● Urbana-Rural
Metas o demandas profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ● Por estabilidad profesional ● Por exigencias de la profesión

	<ul style="list-style-type: none"> ● Por búsqueda de desarrollo superior
Edad	<ul style="list-style-type: none"> ● Infantil ● Adulta ● Ancianos
Grado de libertad	<ul style="list-style-type: none"> ● Voluntarias ● Dirigidas ● Forzadas
Movimiento geográfico o fronterizo	<ul style="list-style-type: none"> ● Internas ● Externas o internacionales <ul style="list-style-type: none"> ○ Legales ○ Ilegales o irregulares
Causas	<ul style="list-style-type: none"> ● Ecológicas ● Económicas ● Políticas

Fuente: Elaboración propia, con base en Micolta, 2005; Virguez; 2018 y OIM, 2020.

1.2. Características de la inmigración

De acuerdo con cifras de la ONU, para el año 2019 existían 272 millones de inmigrantes a nivel internacional (OIM, 2020). Tal cantidad se encontraba distribuida continentalmente de la siguiente manera:

Tabla 2. Distribución de los migrantes a nivel mundial.

Región	Número de inmigrantes (millones)
Asia	84
Europa	82
América del Norte	59

Fuente: Elaboración propia con base en OIM, 2020.

Como se advierte, Asia encabeza el listado de las regiones con mayor número de inmigrantes en el año 2019. Europa experimentó el segundo crecimiento más alto durante este período, con un aumento de 25 millones en el número de migrantes internacionales, seguida de América del Norte (18 millones) y África (11 millones).

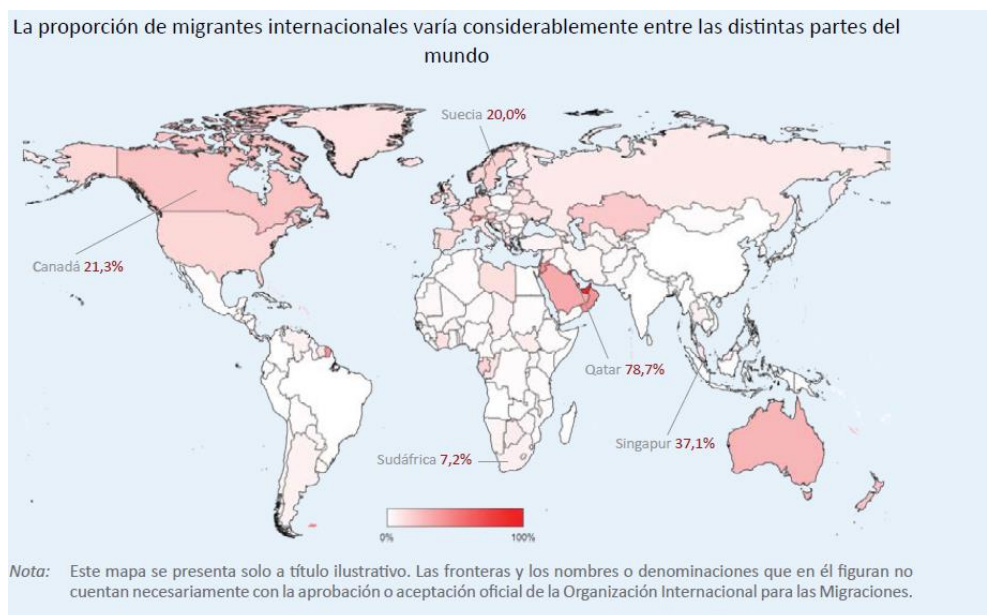


Ilustración 1. Número total de migrantes a nivel internacional

Fuente: OIM, 2020

Los inmigrantes representaban el 3.5% de la población global en el año 2019. No obstante, como se observa en la información anterior, la distribución a nivel global no es uniforme. Existen países donde su presencia configura más de la mitad de la población, como en el caso de Mónaco (54.9%), Liechtenstein (65.1%), Qatar (65.2%), Kuwait (75.5%) y los Emiratos Árabes Unidos (88.4%). En el caso de los países con mayor cantidad de personas migrantes, la proporción es la siguiente: Estados Unidos (15.3%), Arabia Saudita (37%), Alemania (14.8%), Rusia (8.1%) y Reino Unido (13.4%) (OIM, 2020).

Otros indicadores relacionados con la migración internacional que se consideran relevantes de analizar son los siguientes (OIM, 2020):

- *Desplazados*: 68.5 millones de personas fueron desplazadas forzosamente debido a persecución, conflicto, violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o por otras razones durante 2017. En promedio, se estima una persona desplazada cada dos segundos, con mayor afectación a los países en desarrollo.
- *Migrantes irregulares*: Derivado de su naturaleza subrepticia, la migración irregular es difícil de rastrear y contabilizar, por lo que no se cuenta con estadísticas fiables y recientes sobre la misma. Se estima que en 2009 existían alrededor de 50 millones de migrantes irregulares en todo el mundo.
- *Migrantes laborales*: Los trabajadores migrantes constituyen la mayor parte de los migrantes internacionales. En 2015, se calculaban 150.3 millones en todo el mundo. Para 2017, la cifra aumentó a 164 millones, lo que supone el 63.5% de los aproximadamente 258 millones de migrantes a nivel internacional.
- *Refugiados*: En 2019 se contabilizaron 70,8 millones de personas refugiadas a nivel mundial. Sobre este tema, destaca que más de la mitad son menores de 18 años. Asimismo, el 60% de la cifra total se encuentra concentrada en solo 10 países.
- *Estudiantes internacionales*: Los últimos datos con los que se cuentan estiman que en 2017 la cantidad de estudiantes que realizaba estudios en un país distinto al de su nacimiento ascendía a 5.3 millones. Las predicciones consideran que este número continuará aumentando conforme transcurran los años.
- *Remesas*: Las remesas representan un ingreso importante para aquellos países con una gran cantidad de emigrantes en el extranjero. Se calcula que en 2019 la cantidad de remesas enviadas a países de bajo y mediano ingreso

ascendió hasta 529 mil millones, lo que representa tres veces el tamaño de la ayuda al desarrollo.

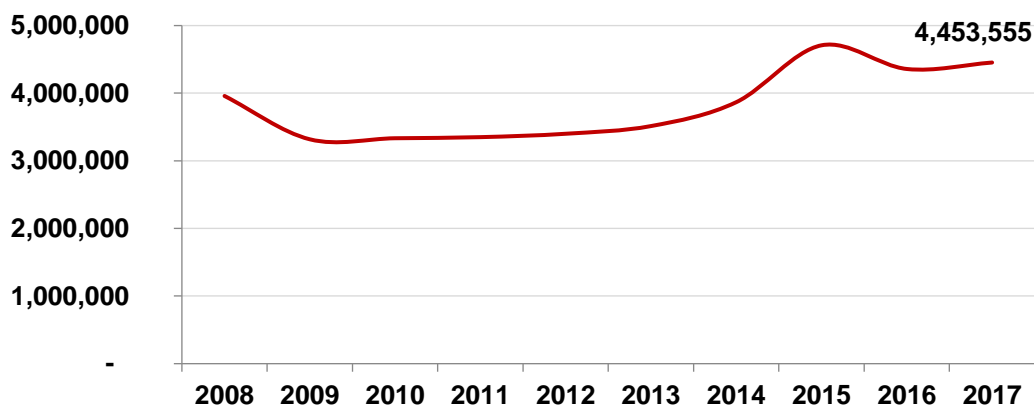
- *Migrantes perdidos*: La cantidad de migrantes desaparecidos o fallecidos es otra cifra complicada de estimar. En múltiples ocasiones, los extravíos no son reportados a las autoridades, por lo que quedan fuera de los registros oficiales. En 2019, se calcula que 6,279 migrantes perdieron la vida o se perdieron en camino a su destino. Destaca el hecho de que los casos del mediterráneo concentran más de la mitad de la cifra.

Estos datos ponen en contexto la magnitud de los fenómenos migratorios, y ayudan a comprender las diferentes causas que existen detrás. Cabe destacar que a pesar de contar con una dinámica regular, sus ritmos suelen verse afectados por un número considerable de variables como cuestiones económicas, conflictos políticos a nivel nacionales e internacionales, entre otros.

1.1.1. A nivel comunitario

En el ámbito de los países pertenecientes a la Unión Europea; de acuerdo con cifras suministradas por el servicio Eurostat, el flujo de inmigrantes que ingresa al espacio comunitario ha oscilado entre 3 millones y 4.5 millones por año durante el período 2008-2017 (Unión Europea UE, 2019). La evolución de este indicador muestra que después de la crisis del año 2008 se produjo un descenso en el número de inmigrantes. Fue hasta 2013 cuando empezó a incrementarse nuevamente y en el 2015, alcanzó su punto más alto. La última cifra suministrada corresponde al año 2017 y reportaba 4.4 millones de inmigrantes, en tanto que el flujo de emigrantes es de 3.1 millones de personas.

Gràfica 1. Flujo de inmigrantes hacia la Unión Europea. Período 2008-2017

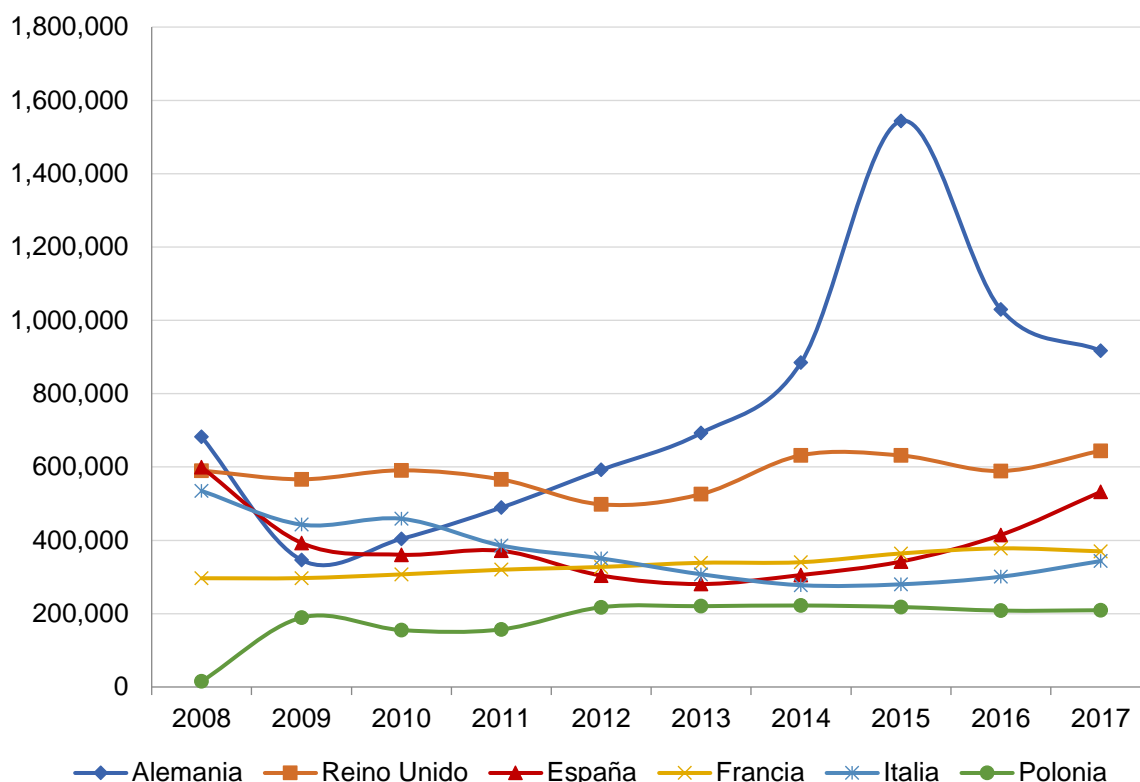


Fuente: Unión Europea, 2019.

Los países de la Unión Europea que recibieron más 200 mil inmigrantes durante 2017 fueron, en orden ascendente, Polonia, Italia, Francia, España, Reino Unido y Alemania. Entre la mayoría de los países mencionados la evolución se ha dado sin mayor variación anual; no obstante, destacan dos casos: Alemania y España. Sobre el primero, mientras que durante el periodo 2008-2012 la cantidad de migrantes que recibía era similar a los otros países de la Unión, a partir de 2013 esta cifra comenzó a incrementar de manera importante hasta alcanzar su punto máximo en 2015, año en el que recibió 900 mil personas más que el segundo país con mayor flujo y casi duplicó la cantidad de migrantes recibidos en 2014. Esta variación repentina se explica por la crisis de los refugiados, en la que Alemania recibió el mayor contingente por parte de la Unión (UE, 2019).

En el caso de España, a partir de 2008 experimentó un pronunciado descenso en el flujo de migrantes, cayendo desde los casi 600 mil anuales hasta aproximadamente 300 mil en 2013. A partir de este año, la cifra comenzó a incrementarse de manera paulatina, al grado que en 2017 el flujo de migrantes casi alcanzó los niveles registrados en 2008 (UE, 2019). Los datos mencionados pueden observarse en la gráfica siguiente:

Gráfica 2. Países con mayor flujo de inmigrantes de la Unión Europea, 2008-2017.



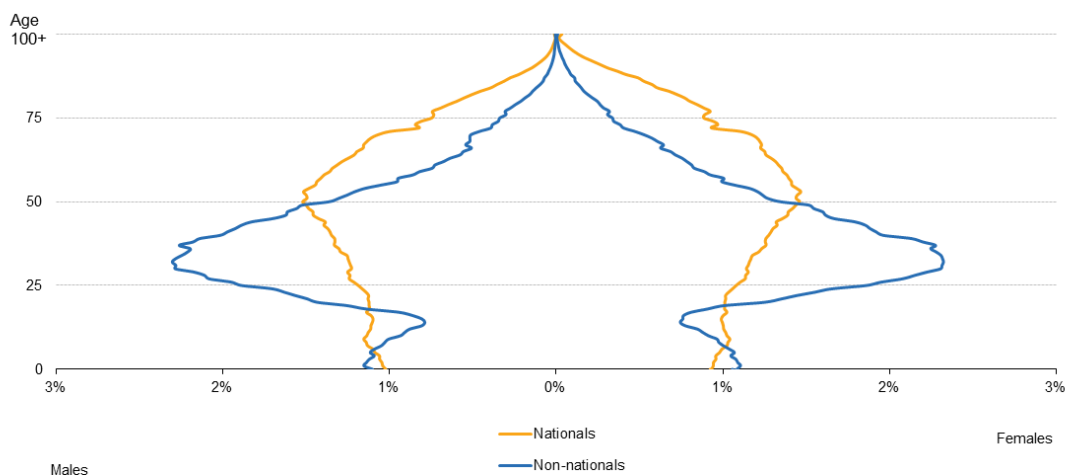
Fuente: UE, 2019

En términos más amplios, destaca que de los 512.4 millones de personas que habitan la Unión Europea, 22.3 millones —lo que representa el 4.4%— son ciudadanos de terceros países. En el flujo de los 4.4 millones de inmigrantes para el año 2017, hay un estimado de 2 millones de ciudadanos de terceros países, 1.3 millones con ciudadanía diferente a la del país donde migraron, cerca de 1 millón que migraron a un país de la Unión del cual ya tenían la ciudadanía —por ejemplo, nacionales retornando o que nacieron afuera—, y cerca de 11 mil personas sin nacionalidad. Considerando la residencia previa, 2.4 millones de inmigrantes (54%) procedían de un país fuera de la Unión, mientras que 1.9 millones procedían de otro país miembro.

Fuente: UE, 2019

Un dato destacable es que la edad de la población inmigrante no nacional es en promedio menor que la de los nacionales de los países miembros de la Unión. Para el 1 de enero de 2018, la media de edad de los migrantes nacionales pertenecientes a alguno de los 28 países miembros era de 44 años, mientras que la de los no nacionales fue de 36 años. Los últimos contaban con una gran proporción de adultos jóvenes en edad laboral.

Gráfica 3. Estructura de edad de la población nacional y no-nacional en la UE. Año 2017.



Source: Eurostat (online data code: migr_pop2ctz)

Fuente: UE, 2019.

La procedencia de los inmigrantes de los países de la Unión Europea es variada. Sin embargo, los dos países de origen que aparecen de manera más frecuentes

son: Marruecos y Rumania. A continuación, se presentan los principales países de procedencia de los inmigrantes que habitan en los países con mayor población inmigrante en Europa:

Tabla 3. Principales países de origen en los países con mayor número de inmigrantes de la UE. Año 2017.

Según país de origen (2017)			
	<i>País origen</i>	<i>Población en miles</i>	<i>% de población inmigrante</i>
Alemania	Polonia	1.936,6	16,08
	Turquía	1.661,6	13,80
	Rusia	1.084,1	9
Reino Unido	Polonia	874,3	9,9
	India	836,5	9,5
	Pakistán	529,3	6,0
España	Marruecos	706,5	11,91
	Rumania	652,3	11,00
	Ecuador	420,3	7,09
Francia	Argelia	1.452,4	18,38
	Marruecos	940,5	11,90
	Portugal	724,0	9,16

Italia	Rumania	1.039,5	17,60
	Albania	455,4	7,71
	Marruecos	432,7	7,33

Fuente: Expansión, 2019.

Ante este contexto, y derivado de la importancia del conocimiento de los movimientos de personas alrededor del mundo, la OIM ha desarrollado un monitor de flujos migratorios para dar seguimiento a las personas que llegan de manera irregular —ya sea por tierra o por mar— y transitan por el espacio comunitario. Este tipo de migración cuando representa menos del 10% del total de llegadas anuales y muestra una tendencia de descenso desde el año 2016. Sin embargo, en 2018 se obtuvieron las cifras mas altas de llegadas irregulares a Europa por mar, llegando a España (alrededor de 59,000 personas). Se han clasificado tres principales flujos: la ruta occidental, que va del oeste de África y parte del África Subsahariana hacia España; la ruta central, que va del centro y este de África hacia el norte, ingresando por Italia y Malta; y la ruta oriental, que viene del Medio Oriente, pasando por Turquía, e ingresando por Grecia, Chipre y Bulgaria. La siguiente ilustración muestra las rutas mencionadas.

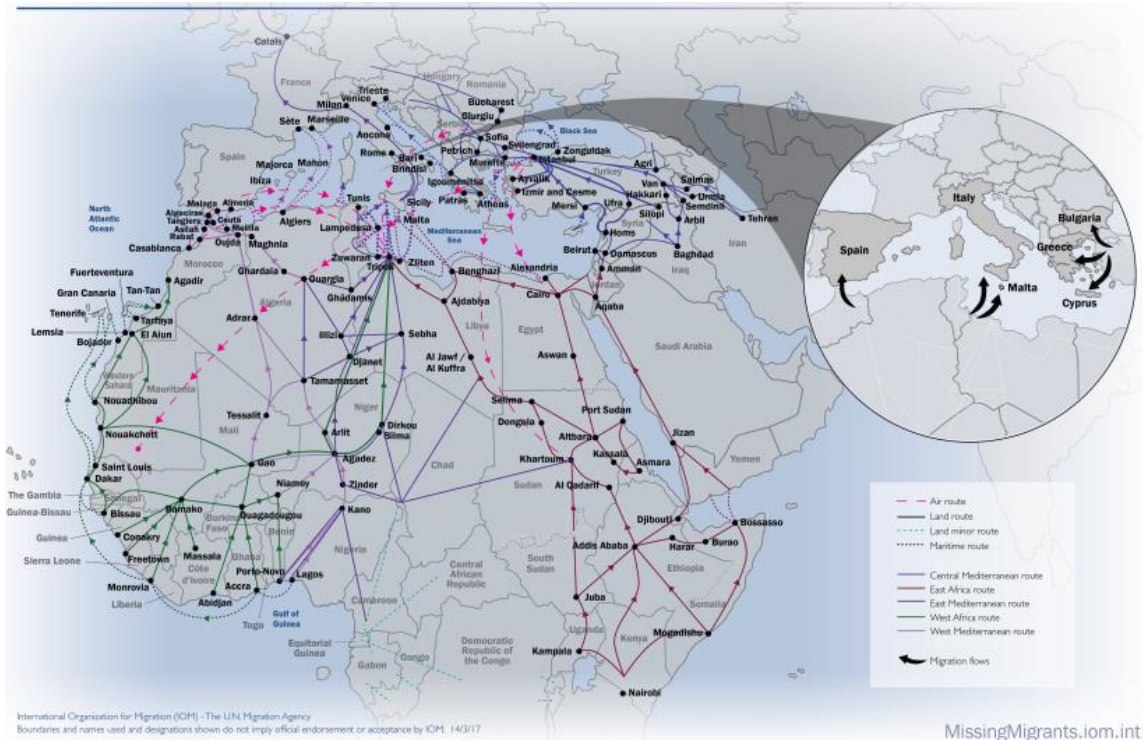
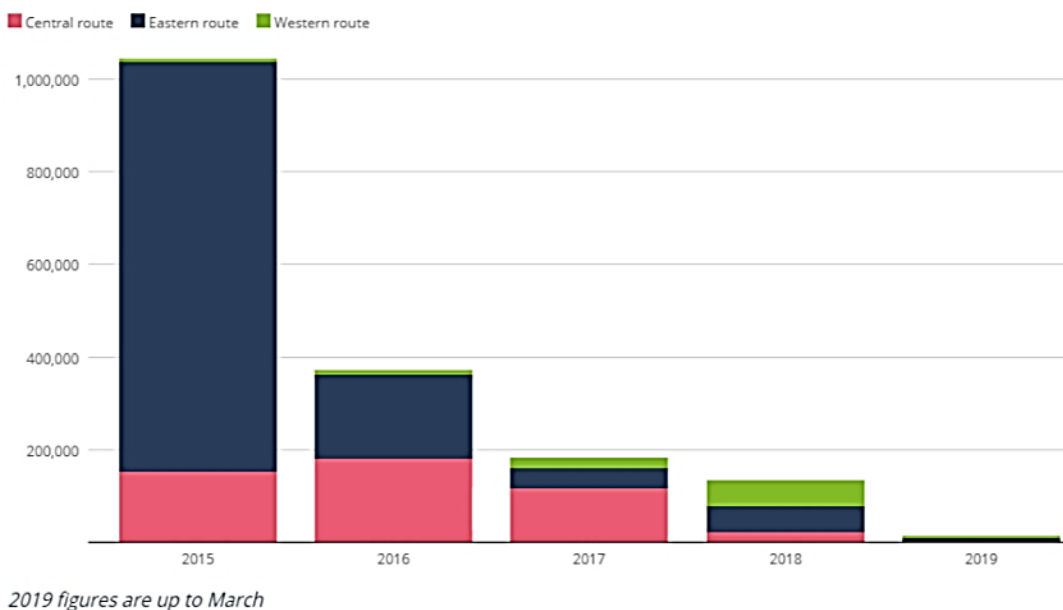


Ilustración 2. Flujos de rutas migratorias hacia Europa.

Fuente: OIM, 2020.

La mayor cantidad de inmigrantes irregulares que atravesaron alguna de estas rutas se alcanzó en 2015, fecha que coincide con la crisis de Siria. En dicho año se superó el millón de llegadas irregulares, siendo la ruta oriental la que presentó el mayor movimiento. Desde entonces, los flujos han disminuido considerablemente. En 2017, el número descendió hasta menos de 200 mil personas y para 2018 la cifra apenas se aproximaba a los 150 mil (Consejo Europeo, 2019). Destaca que, en el 2017, la ruta central fue la que tuvo mayor auge, reflejo del pico de la crisis de los migrantes en el mediterráneo, durante estos desplazamientos se produjeron numerosas muertes.

Gráfica 4. Número de llegadas de inmigrantes irregulares a Europa por ruta, período 2015-2019.



Fuente: Consejo Europeo, 2019.

En la siguiente ilustración es posible observar las concentraciones del flujo de migrantes en Europa de los últimos años. Al igual que los datos antes mostrados, se advierte un descenso en el flujo de migrantes. En 2019 llegaron menos de un tercio de la cantidad que arribaba en 2016. En estos años, España, Italia y Grecia se convirtieron en los principales países receptores y se muestra un muy alto porcentaje de llegadas por mar en comparación con el arribo por tierra (OIM, 2020).

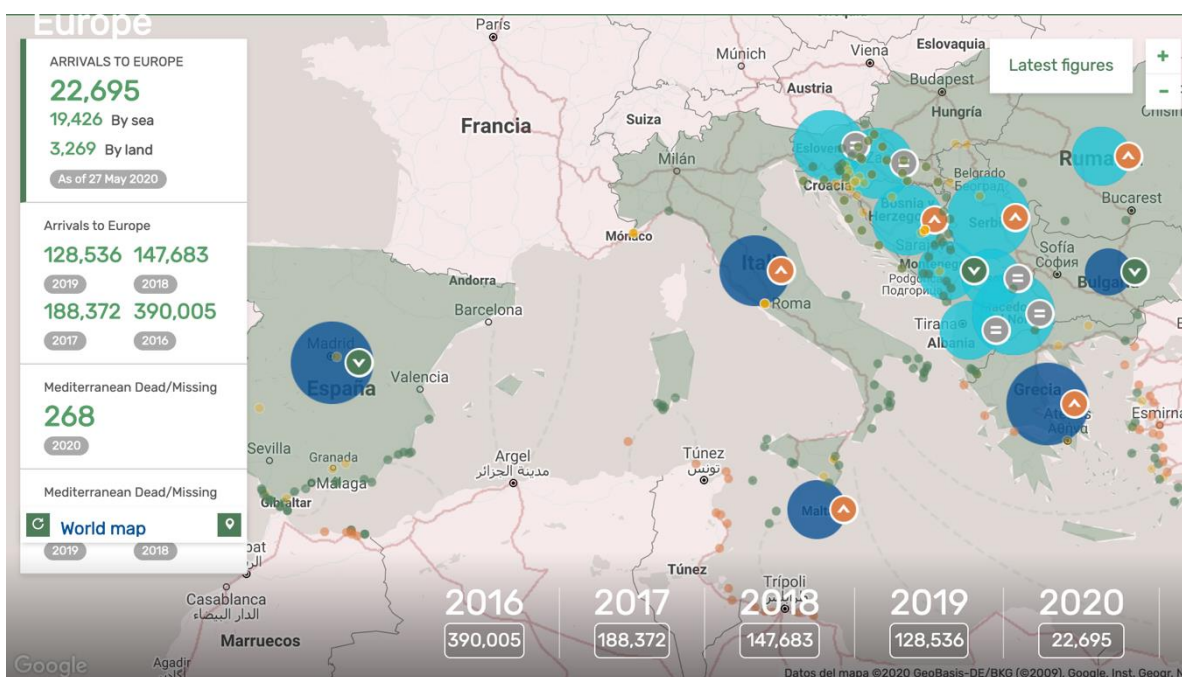


Ilustración 3. Situación de los flujos migratorios por tierra y mar a Europa, a junio 2020

Fuente: OIM, 2020

1.3. Características de la inmigración en España en los últimos cinco años

Como se observó en el apartado anterior, España se encuentra entre los países con mayor recepción de inmigrantes de la Unión Europea, con un crecimiento que supera el 75% entre los años 2012 y 2017. La relación entre inmigrantes y emigrantes favorece a los primeros a partir del año 2016, dejando un saldo migratorio positivo en los últimos años.

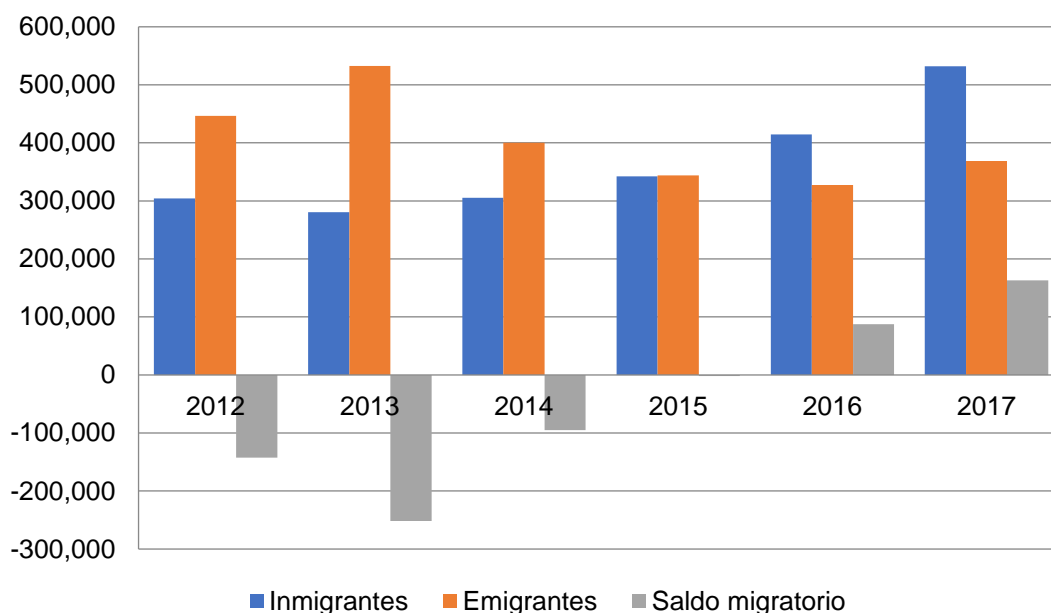
Tabla 4. Saldo migratorio de España. Período 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Inmigrantes	304.054	280.772	305.454	342.114	414.746	532.132
Emigrantes	446.606	532.303	400.430	343.875	327.325	368.860

Saldo migratorio	-142.552	-251.531	-94.976	-1.761	87.422	163.272
-------------------------	----------	----------	---------	--------	--------	---------

Fuente: INE, 2019

Gráfica 5. Saldo migratorio de España. Período 2012-2017.



Fuente: INE, 2019.

En las cifras más recientes suministradas por el Instituto Nacional de Estadística, correspondientes al primer semestre del 2018, se observa que el saldo migratorio se mantiene positivo, puesto que son mayores las cantidades de inmigrantes que emigrantes, en una razón de aproximadamente dos inmigrantes por cada emigrante.

Tabla 5. Saldo migratorio de España, al semestre I-2018

	Inmigración	Emigración	Saldo migratorio
Total	287.882	166.318	121.564
De españoles	39.166	40.856	-1.690

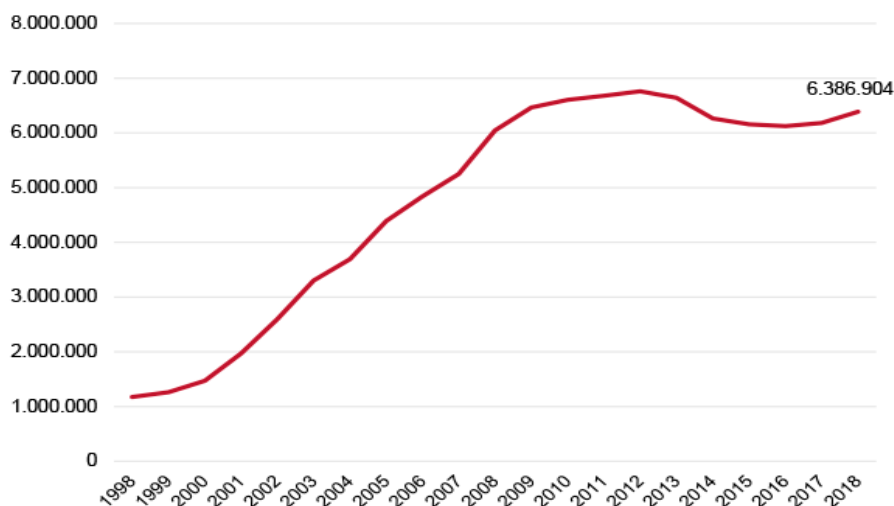
De extranjeros	248.716	125.462	123.254
-----------------------	---------	---------	---------

Notas: Datos provisionales del semestre 1/2018.

Fuente: INE, 2019.

De acuerdo con investigaciones del Real Instituto Elcano, en 2018, los inmigrantes representan el 14% de la población española con un total de 6,386,904 personas, asimismo, constituían la quinta parte de la población entre 25 y 49 años. Este crecimiento ha sido paulatino desde principios de la década del 2000, época en la que no se superaban los 2 millones de inmigrantes. Fue hasta el año 2008 que se rebasó la cifra de los 6 millones, con un pico cercano a los 7 millones hacia el año 2011. Luego se produjo un leve descenso hasta el año 2016, cuando se reinició el saldo positivo que se mantiene hasta la actualidad. El Real Instituto Elcano explica que este crecimiento se debe a la recuperación del empleo y en parte a la reagrupación familiar de quienes emigraron en el período anterior (Real Instituto Elcano, 2019).

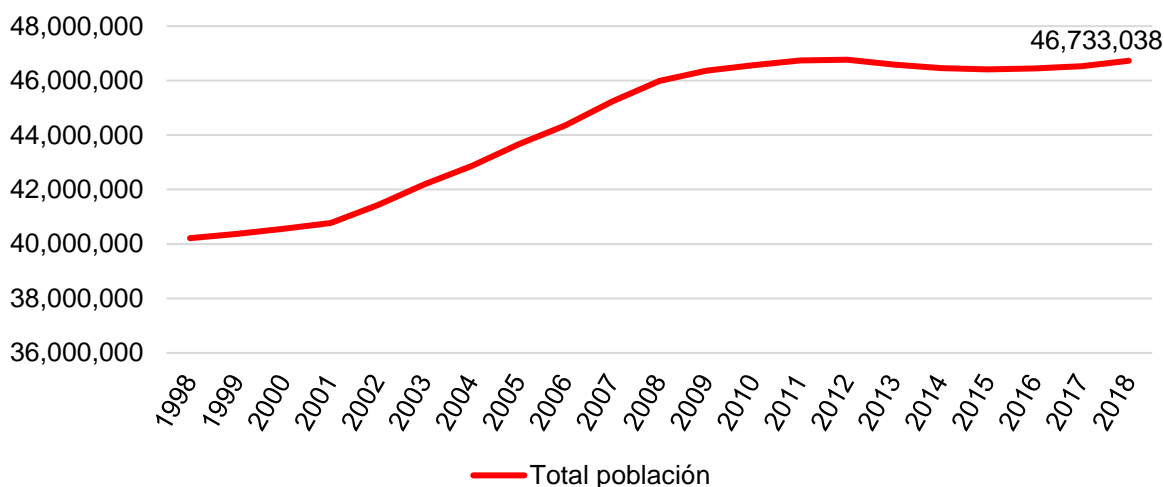
Gráfica 6. Evolución del número de inmigrantes residentes en España 1998-2018



Fuente: INE, 2019

Si se compara el crecimiento de la población inmigrante con el crecimiento de la población total de España, se aprecia que el ritmo de evolución de la primera ha sido mucho más rápido que el de la segunda. A inicios del siglo XXI, la población total apenas superaba los 40 millones de personas, para el año 2011 se alcanzó la cifra de más de 46 millones de personas. Mientras el crecimiento de la población global para este período fue de un 15%, la variación de la población inmigrante experimentó un incremento de más del 500%.

Gráfica 7. Total de población de España. Período 1998-2018

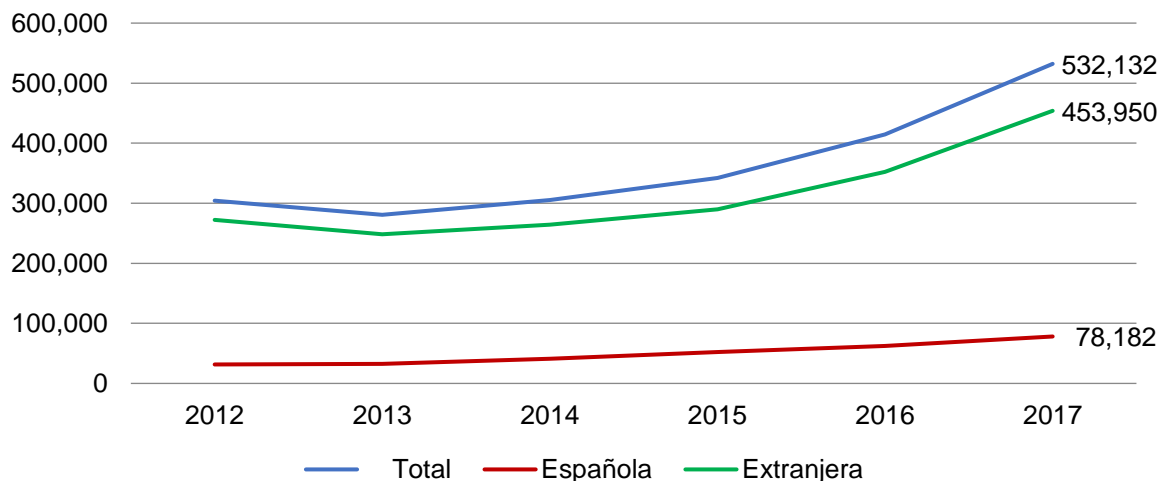


Fuente: INE, 2019.

Desde el punto de vista de la nacionalidad, gran parte de los inmigrantes que llegan a España tienen nacionalidad extranjera. Esta tendencia se ha mantenido en los últimos años; sin embargo, se acentúa en 2017, cuando los extranjeros alcanzaron el 85% del total. Desde una perspectiva de sexo, el flujo de inmigrantes procedentes del extranjero que

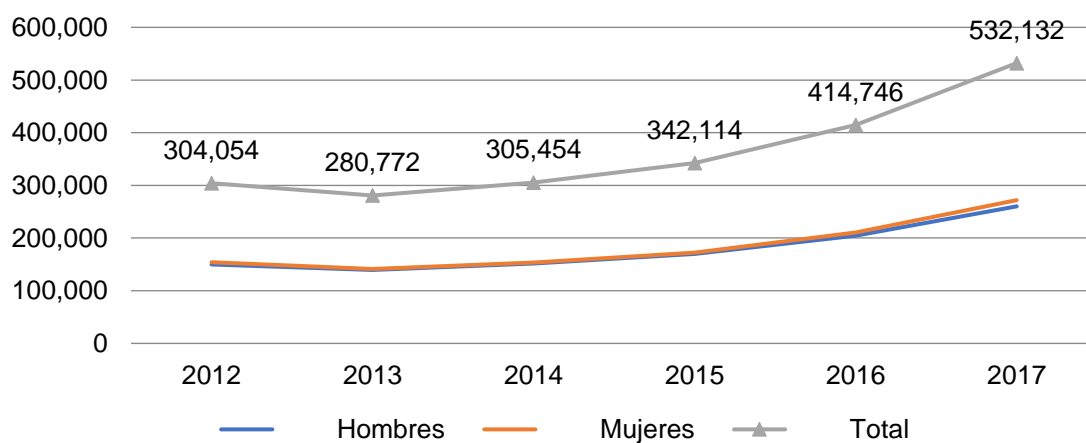
ingresan a España está compuesto de manera muy similar por hombres y mujeres. Las últimas tienen ligeramente mayor presencia; pues en 2017 constituyeron el 51% del total.

Gráfica 8. Flujo de inmigrantes extranjeros y no extranjeros. Período 2012-2017



Fuente: INE, 2019.

Gráfica 9. Flujo de inmigrantes del extranjero por sexo. Período 2012-2017

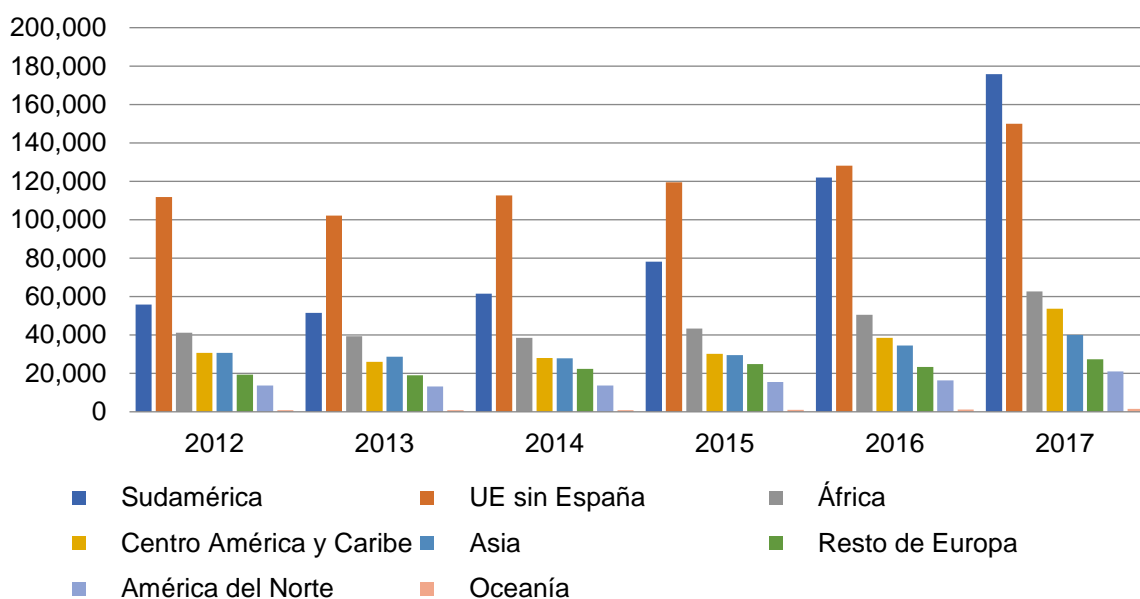


Fuente: INE, 2019.

En cuanto al país de origen de los inmigrantes extranjeros, durante los últimos cinco años la mayor parte de ellos procedía de algún Estado miembro de la Unión

Europea. Sin embargo, esta tendencia cambió a partir del segundo semestre del año 2016, cuando la región sudamericana se convirtió en la principal emisora. Regiones como África u Oceanía se han mantenido en un nivel similar desde 2012, aunque con algunos aumentos menores.

Gráfica 10. Flujo de inmigrantes total por año, según región de origen. 2012-2017



Fuente: INE, 2019

De manera más detallada, es posible apreciar un cambio en las cifras de los países con mayores aportes de inmigrantes entre 2012 y 2017. Rumania es el principal país de procedencia de los inmigrantes, con un promedio de 8% anual durante el periodo mencionado. Marruecos se posiciona muy cerca, con un 7% cada año. Entre 2012 y 2015 Rumania lideraba el listado, sin embargo, ha sido desplazado por las personas procedentes de Venezuela, que tanto en 2016 y 2017 aportó el 8% y 10% del total de inmigrantes.

Cabe notar que tradicionalmente los aportes de inmigrantes de la región latinoamericana procedían de Colombia y Ecuador; sin embargo, el incremento

sustancial de los inmigrantes venezolanos hace que, por primera vez en los últimos años, la región sudamericana supere a la europea en cuanto a la procedencia de migrantes extranjeros. Otros países que también contribuyen a este dato de manera regular son el Reino Unido e Italia.

Tabla 6. Principales países de origen de los inmigrantes en España. 2012-2017

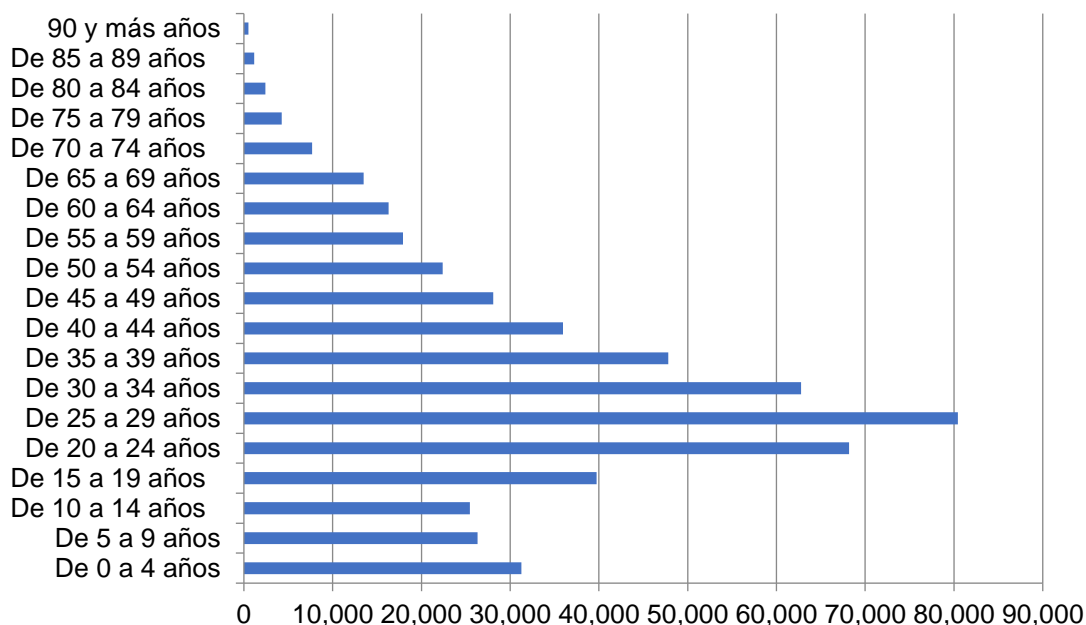
2012			2013		
<i>País de origen</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>País de origen</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Rumanía	27,244	9	Rumanía	22,747	8
Marruecos	23,017	8	Marruecos	21,034	7
Reino Unido	19,219	6	Reino Unido	16,782	6
Italia	12,436	4	Italia	12,606	4
República Dominicana	10,771	4	Francia	10,548	4
Colombia	10,431	3	China	9,322	3
2014			2015		
<i>País de origen</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>País de origen</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Rumanía	29,531	10	Rumanía	28,382	8
Marruecos	20,284	7	Marruecos	24,208	7
Reino Unido	17,746	6	Venezuela	19,652	6
Italia	14,781	5	Reino Unido	19,284	6
Venezuela	12,842	4	Italia	17,350	5
Francia	11,985	4	Francia	13,507	4

2016			2017		
<i>País de origen</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>País de origen</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Venezuela	31,553	8	Venezuela	52,385	10
Marruecos	30,097	7	Marruecos	40,372	8
Rumanía	27,860	7	Rumanía	30,235	6
Colombia	24,844	6	Colombia	36,678	7
Reino Unido	23,876	6	Reino Unido	28,875	5
Italia	18,526	4	Italia	22,203	4

Fuente: INE, 2019

En función del grupo de edad, aproximadamente un 63% de quienes inmigraron en el año 2017 se encontraban entre los 15 y 44 años, lo que representa un nutrido grupo en edad laboral. De este rango, el que más presencia tiene es el grupo etario que va de los 25 a los 29 años, con casi 12 mil personas más que el segundo grupo con mayor presencia, el de 20 a 24 años. Particularmente, los adolescentes —considerando un rango entre los 10 y 19 años, según las escalas del INE— representaban aproximadamente un 6% del total de los inmigrantes para el año 2017, con casi 65 mil individuos.

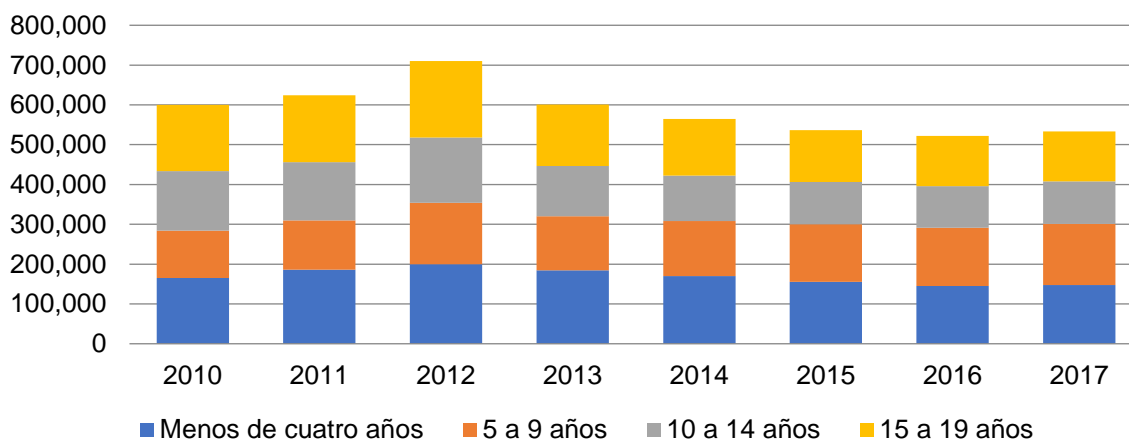
Gràfica 11. Flujo de inmigrantes por grupo de edad. Año 2017



Fuente: INE, 2019

En lo que respecta a los inmigrantes menores a 19 años con permisos válidos, para el año 2017 representaban menos del 10% del total de inmigrantes residentes en España, y se observaba una tendencia al descenso desde el año 2012. Cabe resaltar que se observa una prevalencia de los subgrupos correspondientes a los 0 a 4 años y de 5 a 9 años (UE, 2019).

Gráfica 12. Inmigrantes menores de 19 años residentes en España, con todos los permisos válidos. 2010-2017



Fuente: UE, 2019

En relación con la distribución territorial, los flujos de inmigración se han dirigido principalmente a Cataluña, Comunidad de Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana. En 2012, las cuatro zonas mencionadas concentraban el 68% de la migración nacional. Se advierte que Cataluña contaba con casi una cuarta parte del total de inmigrantes, con un 23%, un poco más atrás se encontraban las Islas Canarias y las Islas Baleares (INE, 2019).

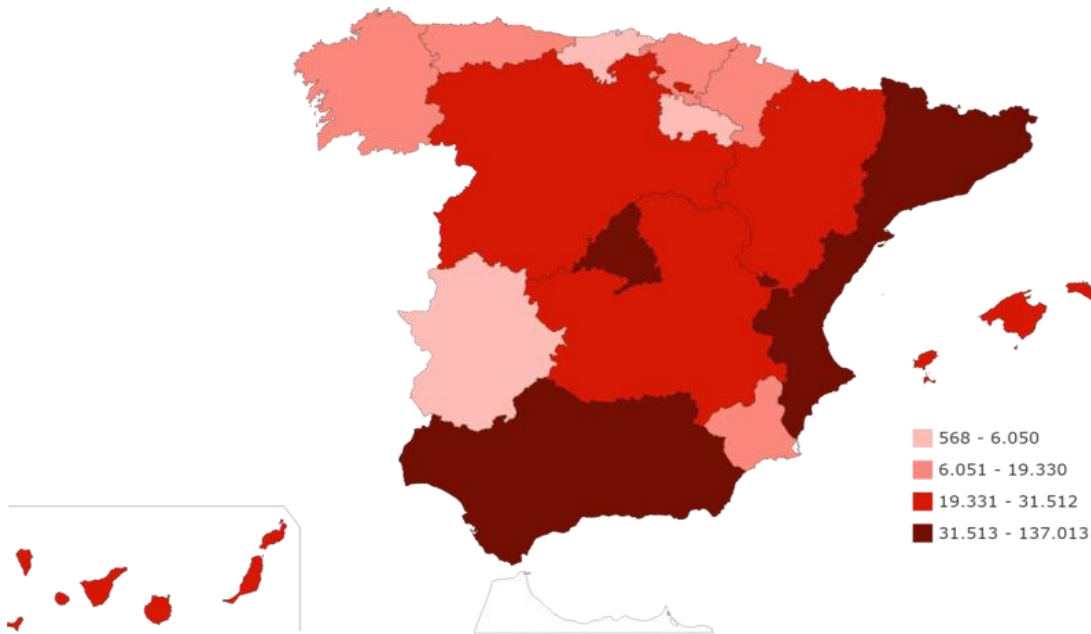


Ilustración 4. Flujo de inmigración procedente del extranjero por comunidad autónoma, año 2012

Fuente: INE, 2019

Cinco años después, la concentración migratoria por territorio se mantenía en las mismas proporciones, es decir las comunidades antes mencionadas continuaban agrupando el 68% del total nacional. De igual manera se los territorios insulares conservaban el segundo lugar de preferencia. No obstante, se experimentó un descenso en la concentración de migrantes en los territorios centrales.

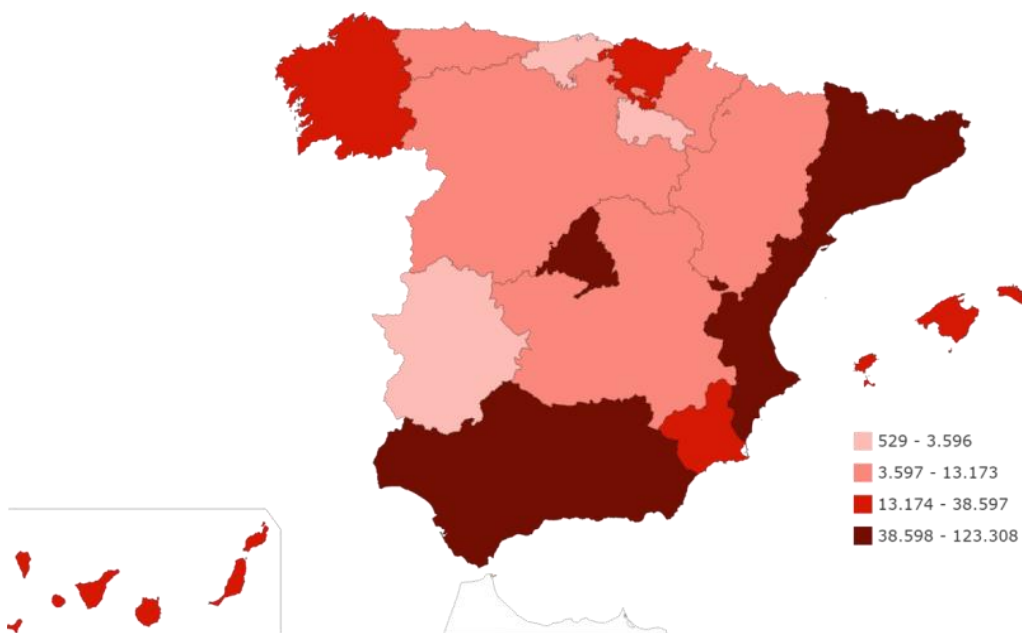


Ilustración 5. Flujo de inmigración procedente del extranjero por comunidad autónoma, año 2017

Fuente: INE, 2019.

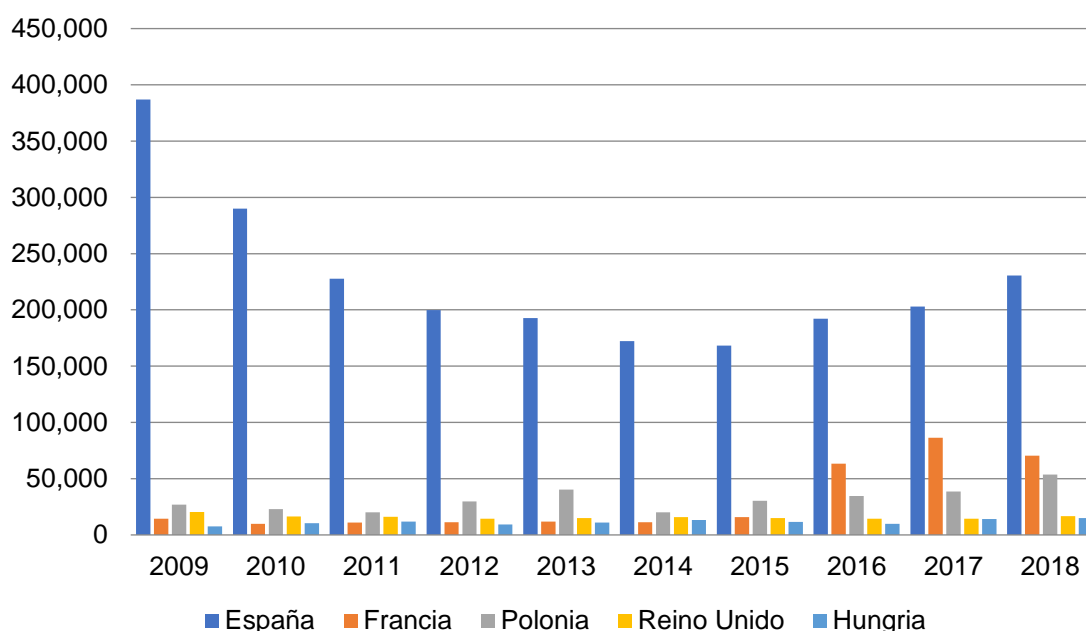
Además de las características señaladas que son recogidas de manera regular y estandarizada por las agencias del gobierno, también es importante mencionar los resultados de investigaciones que buscan conocer con mayor profundidad las características de esta población. Una de las más destacadas es la Encuesta Nacional de Inmigrantes, elaborada de forma conjunta entre el Instituto Nacional de Estadística, la Universidad Complutense de Madrid, y el Ministerio de Trabajo. Dicha encuesta está “dirigida a investigar las características demográficas y sociales de los nacidos en el extranjero, así como sus itinerarios migratorios, historia laboral y residencial, relaciones familiares y con el país de origen y relaciones en la sociedad española” (INE, 2009). La última edición se realizó en el año 2007; a continuación se presentan algunos de los resultados más relevantes:

- El perfil del migrante es principalmente un varón, con una media de 38,4 años. En este punto es importante realizar una aclaración; como se ha observado en las estadísticas más recientes, en la actualidad la mayoría de migrantes extranjeros son mujeres.
- Entre las razones más importantes para inmigrar se destacan la búsqueda de una mejor calidad de vida, búsqueda de un empleo mejor, y reagrupación familiar.
- Un 79.6% de los inmigrantes contaba con conocidos o conexiones en España antes de viajar.
- El 62.7% utilizó el avión como el principal medio de traslado hacia España. En segundo lugar, le siguen los que utilizaron el autobús, con un 11.9%; continúa el automóvil con una incidencia del 10.1% y por último el barco, con sólo un 9.2%.
- El 56% de los inmigrantes trabajaba en su país de origen al momento de su partida hacia España, y un 83.9% llega sin un contrato previo.
- 36.6% convive con pareja y con hijos en el hogar, mientras un 33.8% no tiene parejas ni hijos.
- 64% de los inmigrantes ocupados con tres años de residencia trabajan en el sector de servicios.
- 80.6% tenía planes de permanecer en España durante los próximos cinco años.

España es el único país de la Unión Europea con frontera terrestre con África, a través de los enclaves de Ceuta y Melilla, y también es el país con la mayor cantidad de rechazados procedentes de terceros países —principalmente provenientes de esta frontera—, le siguen Francia y Polonia. Hace 10 años, las cantidades de rechazos por parte de España se acercaban al medio millón, y actualmente han disminuido hasta llegar a 200 mil, aunque continúa siendo un número muy superior

al resto de los países de la Unión Europea. La menor cantidad de rechazos se dio en 2015; lo cual resulta interesante si se considera que es el mismo año en el que se presentaron más de un millón de llegadas irregulares a la comunidad europea y la fecha en que el saldo migratorio de España fue por primera vez positivo en los últimos años.

Gráfica 13. Número de personas rechazadas en las fronteras. Primeros cinco países de la UE. 2009-2018



Fuente: UE, 2019

Mediante la herramienta en línea del monitoreo de flujos de la OIM se observa que, en el caso español, además de Ceuta y Melilla, hay otros puntos de primer arribo para los migrantes por mar, como las provincias de Andalucía y Murcia.



Ilustración 6. Principales puntos de entrada de la inmigración a España por tierra y mar. Año 2020

Fuente: OIM, 2020

Los datos anteriores nos permiten hacer una primera aproximación a la migración en España. Tal y como se ha mencionado, la migración es un fenómeno complejo que debe ser estudiado desde sus perspectivas cuantitativas y cualitativas. En este primer apartado se buscó dejar clara la importancia de los migrantes que habitan España a través de la presentación de cifras que dejaran en claro la magnitud de este hecho. Los migrantes representan una parte importante de la población española y los rangos de edad en los que la mayoría de ellos se encuentran, así como las principales motivaciones, dejan en claro que se trata de un sector con intención de integrarse en la vida productiva del país, en busca de mejores condiciones de vida.

1.4. Consecuencias individuales, grupales y sociales de la inmigración

Tanto el Instituto Nacional de Estadística como el Real Instituto Elcano advierten sobre este crecimiento exponencial y la preocupación sobre sus implicaciones en la dinámica social del país. Ya en el año 2007, el INE manifestaba:

“el fenómeno migratorio se ha convertido en uno de los temas sociales de mayor interés, preocupación y debate público en España. Ello se debe al hecho de que desde mediados de los años noventa, España se ha convertido en destino importante para inmigrantes provenientes del Norte de África, del Continente Americano, del Este de Europa, y de otras partes del mundo. La intensidad de estos flujos migratorios ha ido en aumento cada año, convirtiendo a España en el país de la Unión Europea que más ha contribuido al aumento de la población inmigrante en el continente debido a la continuidad, persistencia e intensidad de los flujos migratorios mencionados” (INE, 2007: 1).

Por su parte, el Real Instituto Elcano señala en las conclusiones de su estudio:

“España ha entrado en una nueva fase de crecimiento de la inmigración, tras un breve período de saldos migratorios negativos, que se debe en parte a la recuperación del empleo y en parte a la reagrupación familiar de los que inmigraron antes. Pese a esta recuperación del empleo, la prestación por desempleo entre los extranjeros (21%) sigue siendo notablemente más alto que entre los españoles (14%)” (Real Instituto Elcano, 2019).

En el estudio, “El coste de la emigración extranjera en España”, elaborado por el Grupo de Estudios Estratégicos (GEES), se presenta un panorama sobre las características generales de la inmigración en España. Posteriormente, analiza el impacto que desde el punto de vista económico, político y social ha tenido la inmigración en el país. Sin menoscabo de los potenciales beneficios de una migración ordenada, el estudio encuentra que el saldo ha sido negativo, debido al ingreso masivo de inmigrantes en las décadas previas, sumado a la incapacidad del Estado para controlar efectivamente el ingreso de la inmigración y subsecuentemente regularizar su situación. Bajo estas apreciaciones, el estudio asoma el impacto de la inmigración en los siguientes términos.

Económicos:

- Los inmigrantes extranjeros poseen tasas de paro y empleo sumergido mayores a las de los españoles. A inicios del 2017, eran de 25% y 17.6%, respectivamente. A pesar de la crisis, hubo poco flujo de retorno o salida del país, y en paralelo, hubo un incremento en las solicitudes de subsidios y ayudas financiadas a través del erario. Se estima que los inmigrantes occidentales consumen alrededor del 50% del total de ayudas contra la pobreza ligadas a personas menores de 65 años, además del acceso a los servicios sociales —educación, salud— financiados desde el Estado (GEES, 2018).
- Existe un menor aporte de los inmigrantes extranjeros a las arcas públicas en impuestos y cotizaciones sociales en comparación con los españoles, con excepción de aquellos procedentes de países europeos occidentales y la comunidad china (GEES, 2018).

Políticos

- Progresivamente los inmigrantes adquieren peso en el proceso de toma de decisiones a través del voto, derivado de nuevas nacionalizaciones, del escaso número de fallecimientos de extranjeros y por las segundas y terceras generaciones. En algunas zonas de España tienen un peso electoral específico (GEES, 2018).
- La percepción de los efectos negativos de la inmigración ha originado el surgimiento de corrientes políticas, particularmente de derecha, que se oponen a su promoción (GEES, 2018).

Sociales

- Existe una gran parte de inmigración extraeuropea, que tiene niveles de estudios no muy altos, en especial la procedente de África, lo que incide en

su capacidad de inserción en la sociedad y en el nivel cultural global del país; esto los hace proclives a la necesidad de ayudas y subsidios (GEES, 2018).

Seguridad

- En términos generales la población extranjera en España presenta tasas de delincuencia muy superiores a las de la población española, hasta más del doble (GEES, 2018).
- Existe el riesgo latente de que se incorporen al terrorismo ligado al yihadismo como se observó en los atentados de Barcelona y Cambrils del año 2017 (GEES, 2018).

Como se advierte, el estudio mencionado realiza una síntesis de consecuencias principalmente negativas del fenómeno migratorio. Desde luego, como ya se ha resaltado, la inmigración no es un hecho negativo por sí mismo, sino por las condiciones bajo las cuales se da. Una forma de reducir el impacto negativo de la inmigración dentro de cualquier sociedad es mediante la aplicación de políticas que atiendan esta problemática de manera puntual y efectiva. Como se aprecia en los datos hasta ahora expuestos, el punto de vista médico y de las instituciones de sanidad no es considerado; por esta razón se insiste en la importancia de sumar esta perspectiva para contar con un panorama más completo y enriquecer la discusión

A continuación, se ofrecen datos pormenorizados por año acerca de las características de los inmigrantes que entran a España. Estos datos destacan grupo de edad y género, lo que permite comprender la composición de los movimientos migratorios que confluyen en el país. Estas estadísticas se centran en los sectores que van de los 0 a los 19 años, con el propósito de aportar datos a la comprensión de la inmigración del grupo a estudiar en los siguientes capítulos.

Tabla 7. Flujo de inmigración procedente del extranjero por año, sexo, grupo de edad

	2014	2015	2016	2017	2018
De 0 a 4 años					
Ambos sexos	18,405	21,501	25,961	31,252	34,595
Hombres	9,549	11,116	13,527	16,193	17,885
Mujeres	8,857	10,386	12,434	15,059	16,710
De 5 a 9 años					
Ambos sexos	14,530	16,650	20,893	26,318	31,491
Hombres	7,336	8,629	10,890	13,583	16,267
Mujeres	7,194	8,021	10,003	12,735	15,224
De 10 a 14 años					
Ambos sexos	16,390	17,319	21,340	25,469	28,953
Hombres	8,633	9,053	11,230	13,168	15,065
Mujeres	7,757	8,266	10,110	12,301	13,888
De 15 a 19 años					
Ambos sexos	23,559	25,793	31,601	39,724	48,006
Hombres	12,221	13,212	16,562	21,130	26,596
Mujeres	11,339	12,581	15,039	18,594	21,410

Fuente: INE, 2019

Además de los grupos de edad y sexo también es posible conocer la procedencia exacta de los inmigrantes. En las siguientes tablas se pueden apreciar distintos

acontecimientos, como el alto número de niños y adolescentes españoles que retornaron al país en 2014 —tras los años de crisis que obligaron a muchos nacionales a migrar—; se trata de niños españoles que probablemente recibieron parte de su educación básica en el extranjero y que en los años inmediatos a su retorno tuvieron que pasar por un proceso de integración a su propio país de origen. También, en estas tablas se puede observar el aumento de la inmigración sudamericana que ha constituido una importante novedad en los últimos años.

Tabla 8. Flujo de inmigración procedente del extranjero por año, grupo de edad y país de nacimiento

	2014	2015	2016	2017	2018
De 0 a 4 años					
Total	18.405	21.501	25.961	31.252	34.595
España	3.449	3.211	3.147	2.835	1.255
UE sin España	5.335	6.232	6.794	7.757	8.003
Resto de Europa	1.485	1.665	1.578	1.945	2.160
África	2.304	2.874	3.431	4.076	5.121
América del Norte	868	1.102	1.187	1.522	1.715
Centroamérica y Caribe	738	893	1.192	1.654	2.201
Sudamérica	2.499	3.785	6.470	9.180	11.562
Asia	1.654	1.650	2.055	2.174	2.451
Oceanía	74	88	107	109	127
De 5 a 9 años					

Total	14.530	16.650	20.893	26.318	31.491
España	2.932	3.507	4.469	4.404	3.200
UE sin España	3.339	3.765	4.000	4.751	4.828
Resto de Europa	1.133	1.291	1.191	1.512	1.883
África	1.632	1.924	2.522	3.264	4.740
América del Norte	480	577	575	776	860
Centroamérica y Caribe	1.346	1.389	1.674	2.214	3.028
Sudamérica	2.376	2.789	4.707	7.396	10.603
Asia	1.262	1.364	1.709	1.945	2.281
Oceanía	29	43	47	56	68
De 10 a 14 años					
Total	16.390	17.319	21.340	25.469	28.953
España	1.445	1.798	2.694	3.289	2.999
UE sin España	3.163	3.254	3.398	3.881	3.877
Resto de Europa	1.065	1.022	971	1.171	1.459
África	1.861	1.986	2.420	2.699	3.614
América del Norte	438	527	552	693	757
Centroamérica y Caribe	2.451	2.508	2.860	3.245	3.455
Sudamérica	4.548	4.659	6.546	8.381	10.436
Asia	1.390	1.539	1.876	2.071	2.309
Oceanía	28	25	22	39	47

De 15 a 19 años					
Total	23.559	25.793	31.601	39.724	48.006
España	768	903	1.105	1.609	1.763
UE sin España	5.281	5.235	5.294	5.867	5.915
Resto de Europa	1.079	1.190	1.198	1.334	1.459
África	3.632	4.048	5.118	6.818	10.249
América del Norte	720	821	794	902	1.049
Centroamérica y Caribe	3.269	3.430	4.122	5.233	6.262
Sudamérica	6.455	7.600	10.828	14.524	17.270
Asia	2.324	2.535	3.112	3.388	3.991
Oceanía	33	31	30	49	48

Fuente: INE, 2019.

En conclusión, esta exposición buscó poner de manifiesto las diferentes aproximaciones al tema de la migración, y abarcar parte de su complejidad producto de la importante cantidad de cuestiones involucradas. Su presentación por grupos de edad, género, país de origen, rutas geográficas utilizadas, etc. contribuye a la comprensión de este fenómeno y a poner en perspectiva una serie de cuestiones relevantes para el tema de investigación.

Desde luego, esta presentación no pretende ser exhaustiva o haber agotado el tema, pues además de todo lo dicho hasta aquí también existen otras posibilidades de enmarcar el tópico. Por ejemplo, resultaría interesante poner en relación algunos de estos datos con diferentes acontecimientos de distintas índoles —políticos, económico, naturales, entre otros— de cada una de las diferentes

regiones de donde proviene la inmigración que entra en España. Esto ayudaría a conocer parte de las motivaciones y condiciones en las cuales estas personas llegan a este país. No obstante, un análisis de este tipo queda fuera de los objetivos de esta investigación.

Ahora que se cuenta con un marco completo de las principales características de la migración tanto a nivel internacional como nacional, se pasará a exponer la relación que este fenómeno tiene sobre la salud mental de las personas migrantes. De tal forma que los datos ofrecidos en este capítulo cobren mayor relevancia a la luz de la interpretación médica de la migración.

CAPÍTULO II

IMPACTO DEL PROCESO MIGRATORIO EN LA SALUD MENTAL

Como se ha señalado, la migración por sí misma no es negativa ni positiva para la salud mental de las personas migrantes. Los efectos que pueda tener dependen de circunstancias muy diversas. Desde hace varias décadas, diferentes teóricos se han encargado de elaborar modelos explicativos con la intención de comprender cómo un cambio en el entorno de las personas repercute sobre su salud mental.

Entre estas teorías destaca el modelo ecológico de Bronfenbrenner que se caracteriza por considerar el papel activo del individuo, los cambios en el entorno en que se desarrolla y los efectos que estos tienen sobre las personas. A continuación, se expondrán de forma general las propuestas teórico metodológicas de este modelo, así como la evolución que ha tenido y casos en los que ha sido aplicado a diferentes contextos migratorios. La finalidad es contar con elementos conceptuales con los cuales sustentar el posterior estudio de los jóvenes inmigrantes en las ciudades de Alicante y Barcelona.

2.1. Modelos para explicar cómo la migración influye en la salud mental

2.1.2. Modelo ecológico de Bronfenbrenner y salud mental

Uriel Bronfenbrenner fue un psicólogo estadounidense, con doctorado en la Universidad de Michigan, que se interesó en estudiar cómo el cambio en el entorno afecta a los seres humanos que viven y crecen en él (Hayes *et al.*, 2017). La ecología del desarrollo humano comprende, según este autor, la interacción del individuo activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos próximos. En la primera versión de esta teoría, el autor define un ambiente ecológico a través del cual se desarrolla el ser humano, formado por una serie de estructuras seriadas que se encuentran una dentro de otra; incluso, se hace la analogía con las

muñecas rusas (Bronfenbrenner, 1987). Dichos niveles del ambiente interactúan entre ellos y a partir de su interrelación configuran un sistema complejo. En palabras del autor:

“la capacidad de un entorno (como el hogar, la escuela o el lugar de trabajo) para funcionar de manera eficaz como contexto para el desarrollo, depende de la existencia y de la naturaleza de las interconexiones sociales entre los entornos; lo que incluye la participación conjunta, la comunicación y la existencia de información de cada entorno con respecto al otro” (Bronfenbrenner, 1987: 24).

Así, se definen cuatro niveles de entornos que configuran el ambiente ecológico, donde el individuo —en este caso el niño o adolescente— es ubicado en el centro del sistema.

- *Microsistema o entorno inmediato*: Es el nivel más interno y contiene a la persona en desarrollo. Este entorno lo configura la casa, la escuela, y aquellos lugares en los que es sencillo interactuar cara a cara. Comprende el “patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares” (Bronfenbrenner, 1987: 40).
- *Mesosistema*: Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. Hace referencia a la interrelación entre microsistemas que se forma o amplía cuando la persona en desarrollo entra en un nuevo entorno. Por ejemplo, en un niño o adolescente, las relaciones entre hogar, escuelas y los compañeros del barrio; y en el caso del adulto, las relaciones entre la familia, el trabajo y la vida social (Bronfenbrenner, 1987).
- *Exosistema*: Refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno en donde la persona se

desenvuelve. Por ejemplo, el lugar de trabajo de los padres del niño, el círculo de amigos de los padres, las actividades de los consejos escolares, entre otros. (Bronfenbrenner, 1987).

- *Macrosistema*: Hace referencia a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden —micro, meso y exo— que existen o podrían existir en cualquier sociedad junto con otro sistema de creencias o ideología que sustente esta correspondencia. Es decir, las formas de organización social, las creencias religiosas y estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura (Bronfenbrenner, 1987).

En consideración de lo anterior, Bronfenbrenner plantea una definición de desarrollo humano desde la perspectiva del ambiente ecológico:

Es el proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que revelen las propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad, en cuanto a su forma y contenido (Bronfenbrenner, 1987: 47).

De esta manera, dentro de su evolución natural, el individuo es susceptible de experimentar cambios; caracterizados por este autor como transiciones ecológicas. Éstas son definidas como la modificación que tiene la posición de una persona en el ambiente ecológico como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez (Bronfenbrenner, 1987). Entre estas transiciones que un individuo puede experimentar a lo largo de su vida se encuentran cuando una madre recibe a su bebé por primera vez, cuando va a la guardería, cuando nace un hermano, cuando se gradúa de la escuela; en etapas posteriores cuando encuentra o cambia de trabajo, se casa, se muda de casa, emigra; cuando se enferma, sana, se jubila; hasta que muere, que es la última transición.

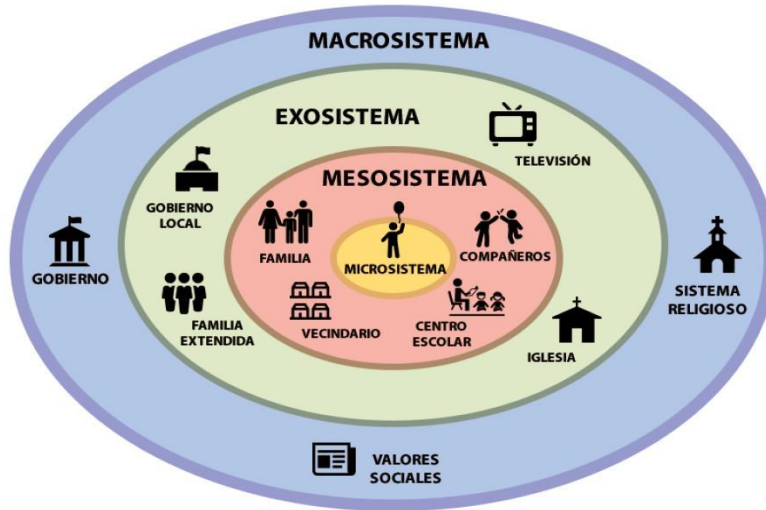


Ilustración 7. Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Fuente: Bronfenbrenner, 1997.

El modelo de Bronfenbrenner no se ha mantenido estático a lo largo del tiempo, sino que ha sido revalorado y examinado en diversas ocasiones. En general, se identifican tres fases en la evolución de este pensamiento:

- *Fase 1 (1973-1979)*: Es la etapa en la que el autor publica la primera versión de la teoría. Se hace énfasis en la influencia del contexto en el desarrollo, así como en las interacciones del individuo en desarrollo con éste. La construcción inicial de este modelo tiene influencias de la fenomenología de Lewin, de los psicólogos soviéticos Luria, Leontiev y Vygotsky, de Dearbpr y de los sociólogos Tomas y Tomas (Bravo et al., 2018).
- *Fase 2 (1980-1993)*: En este segundo momento se incorpora el concepto de cronosistema, que refiere a la influencia de los cambios en el ambiente a través del tiempo. Se toman en cuenta los eventos que ocurren en la vida de la persona, ya sea que provengan del exterior —como el nacimiento de un

hermano— o del propio individuo —como el paso a la pubertad— (Bravo et al., 2018).

- *Fase 3 (1993-2005):* Se hace referencia al modelo bioecológico o modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT); en el que, a diferencia del modelo ecológico, se enfatiza el rol que juega la persona en su propio desarrollo a través de los procesos proximales, definidos como procesos de interacción recíproca de progresiva complejidad entre un organismo humano que evoluciona biopsicológicamente y las personas, objetos y símbolos en su ambiente inmediato (Bravo et al., 2018).

Como se observa, para Bronfenbrenner, el desarrollo es un fenómeno continuo y cambiante de las características bio-psicológicas de los grupos e individuos que depende de las conexiones entre sistemas. Todos los niveles que explica el modelo ecológico son interdependientes; se requiere la participación conjunta de los diferentes contextos y de que se establezca comunicación entre ellos. Adicionalmente, la experiencia se posiciona como un factor importante a tener en cuenta, puesto que no sólo incluye las propiedades objetivas del contexto, sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en él. Así, el desarrollo se posiciona como un conjunto de procesos cada vez más complejos, que deriva de las características propias del individuo y del ambiente, y de los cambios continuos que ocurren en el individuo y su entorno a través del tiempo.

En resumen, el modelo ecológico de Bronfenbrenner afirma que el individuo recibe influencia de diferentes sistemas, a diferentes niveles, que se relacionan entre sí. En el centro del sistema se encuentra la persona en desarrollo, inmediatamente después, está su ambiente más cercano —íntimo— en el que participa activamente; más lejos, se encuentran otros sistemas que influyen a su

vez a otros sistemas, y en la periferia, abarcando al resto, se encuentran los patrones de comportamiento, ideología, cosmovisión, etc., de cada cultura.

A través del modelo ecológico se distinguen algunos factores que influyen en la salud mental en los diferentes niveles. A manera de ejemplo, Thompson et al. (2015) señalan, en un estudio realizado en Estados Unidos, que existe una proporción sustancial de la población tendiente a experimentar algún desorden mental o de comportamiento en algún momento, y que hay una serie de factores que inciden en la salud por cada nivel del sistema ecológico.

En el nivel individual, las personas con alguna condición mental pueden experimentar estigma y enfermedades crónicas comórbidas, por lo cual se debe procurar desarrollar la autocompasión para reducir resultados negativos. En el nivel de la relación más inmediata se encuentran familiares y seres queridos, quienes hacen las veces de cuidadores y tienen responsabilidad como soporte del ser querido en su condición. Esto genera una carga para el cuidador que puede influir en su calidad de vida y la salud física y mental.

En el nivel de la comunidad, se presentan algunas barreras que pueden contribuir con la carga comunitaria de enfermedades mentales, como la confianza, las normas de la comunidad, las necesidades de poblaciones diversas, leyes, y el acceso a servicios de emergencia y seguridad. Finalmente, en el nivel social, los factores que influyen en la salud mental incluyen desigualdad en el ingreso, estigma y discriminación y acceso a la cobertura del cuidado de salud; cada uno de los cuales contribuye a generar disparidades entre subpoblaciones.

De igual manera, a través del modelo ecológico se puede generar una visión sobre los factores que inciden en la adaptación o fracaso escolar. Bajo esta perspectiva, Espinoza y Carpio (2015) señalan que en el microsistema se encuentra el estudiante, quien desarrolla procesos psicológicos que se configuran en la interacción permanente con su entorno inmediato y que estructuran su

personalidad. El mesosistema, por su parte, se encuentra conformado por las relaciones del estudiante con la familia, la escuela y sus pares. El nivel educativo de los padres, por ejemplo, influye en la preferencia y valoración de la continuidad de la educación de sus hijos, observándose una mayor incidencia de la deserción en familias en condición de pobreza; también las condiciones de los colegios, las prácticas pedagógicas empleadas, las condiciones de los profesores, entre otros aspectos, inciden en este sentido.

En un nivel superior, en el exosistema, se encuentran como factores incidentes la comunidad, el gobierno local y las dinámicas propias del entorno donde se presenta el desarrollo educativo del estudiante. La comunidad, por mencionar uno de los factores, es el espacio donde los niños y adolescentes aprenden modelos de comportamiento de los adultos. En la última escala, es decir en el macrosistema, se encuentran las políticas educativas y de desarrollo en el contexto nacional, regional y local; los valores culturales, creencias religiosas e idiosincrasia, que caracterizan a la sociedad en su conjunto y que de alguna forma modelan lo que sucede en los niveles inferiores (Espinoza y Carpio, 2015).

A continuación, se hace referencia a los resultados de algunos estudios que exploran con detalle el tema del abandono escolar desde la perspectiva ecológica. Uno de los que destacan es el realizado por Cortés (2002), quien llevó a cabo un análisis de los dilemas y valores morales de una muestra de adolescentes de las comunidades autónomas del País Vasco y Aragón. Cortés clasificó en temáticas los dilemas obtenidos a través de las entrevistas, para posteriormente agruparlos de acuerdo con los cuatro niveles ecológicos de Bronfenbrenner. Se encontró que los sujetos estudiados estaban más interesados en las temáticas de contextos de desarrollo cercano —microsistema—; los más relevantes fueron la amistad, la autoridad y la familia; mientras que los dilemas suscitados con relación a su macrosistema son casi nulos.

Por su parte, Espinoza y Carpio (2015) combinan el modelo ecológico con la dinámica de sistemas y el modelo de desarrollo de la personalidad, a fin de caracterizar los factores involucrados en la deserción escolar en Perú. Mediante el uso de diversos métodos de recolección de información, las autoras caracterizaron el problema a través de sus variables causales, que se organizaron de acuerdo con su nivel de influencia según el modelo ecológico. Posteriormente, utilizaron el modelo dinámico para analizar las relaciones causales entre las variables y su impacto en la deserción, considerando a ésta una variable que emerge de dicha interacción. Entre los resultados se observó cómo la presencia de algunos elementos del exosistema incide de forma negativa en el problema, probablemente por la existencia de situaciones como la violencia familiar y el alcoholismo. Asimismo, se identificaron algunos aspectos del macrosistema con el mismo efecto, tales como las políticas educativas —que repercuten en las posibilidades pedagógicas del docente—, la infraestructura del centro educativo y los objetivos del colegio; que en conjunto inciden en el rendimiento académico del estudiante.

Por último, la investigación de Álvarez y Martínez (2016) realizó un análisis de los factores que inciden en el fracaso y riesgo de abandono escolar en la enseñanza secundaria obligatoria, para ello aplicaron el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Esencialmente se enumeraron factores asociados al centro escolar y ambiente familiar contenidos en el microsistema del alumno, así como aquellos vinculados a la cooperación entre las familias y el centro escolar —mesosistema. Entre los factores presenciados se encuentran la existencia de prácticas organizativas y docentes inadecuadas, clima escolar convivencial, el nivel de estudios de los padres, sus expectativas hacia la educación de los hijos y la implicación educativa familiar. Finalmente, realizaron una serie de propuestas de actuación para prevenir el fracaso y riesgo de abandono de acuerdo con el nivel de entorno que se estudie.

2.1.2. Estrés aculturativo

Desde el momento que toma la decisión de trasladarse, la inmigración representa un proceso de cambio para el individuo, con los costos tangibles e intangibles que ello implica. El hecho de desvincularse físicamente de su contexto habitual para insertarse en otro añade un reto adicional para las personas, pues no sólo deben esforzarse por satisfacer la motivación que indujo el traslado —que por lo general es económica— sino también deben adaptarse a un nuevo contexto cultural hasta integrarse plena o parcialmente en la sociedad receptora. Esto último hace referencia al término *aculturación*, definido inicialmente como el fenómeno resultante cuando grupos de individuos que tienen diferentes culturas entran en contacto, presentando cambios subsecuentes en los patrones de la cultura original, en uno o en ambos grupos (Redfield et al., 1936, citado en Berry, 1997). Berry añade que en la práctica la aculturación tiende a introducir más cambios en uno de los grupos.

El modelo de Berry (1997) es el más representativo respecto al proceso de integración de los migrantes. Para el autor, la aculturación comprende el desarrollo de estrategias por parte de los grupos e individuos durante el desarrollo del contacto. Estas estrategias están determinadas por dos aspectos: la conservación de la identidad cultural y la relación y participación con otro grupo cultural. Partiendo de la base en que los grupos no dominantes y sus miembros individuales tienen la libertad de escoger como desean aculturizarse, la interacción de ambas variables produce el surgimiento de cuatro estrategias de aculturación

- *Asimilación*: Cuando los individuos no desean mantener su identidad cultural y buscan interactuar con otras culturas.
- *Separación*: Hace referencia a cuando las personas otorgan valor a mantener su cultura original y evitan interactuar con otras.

- *Integración*: Cuando el interés es tanto mantener la cultura propia como interactuar con otros grupos y buscar participar en una red social más grande.
- *Marginación*: Cuando hay poca posibilidad o interés de mantener la identidad cultural —frecuentemente debido a pérdida cultural obligatoria— y poco interés en tener relación con otros —por exclusión o discriminación— (Berry, 1997.)

Berry denota, con base en otros estudios, que la elección de una u otra estrategia puede variar entre el individuo y los grupos, y que es susceptible de transformarse con el paso del tiempo, hasta que las personas encuentren la que mejor se adapte a sus necesidades. A continuación, se muestra una tabla que ilustra la interacción entre las variables y las estrategias de aculturación:

Tabla 9. Estrategias de aculturación

		¿Es considerado como valioso mantener las características y la identidad cultural?	
		SI	NO
¿Es considerado valioso mantener relaciones con otro grupo étnico?	SI	INTEGRACIÓN	ASIMILACIÓN
	NO	SEPARACIÓN	MARGINACIÓN

Fuente: Berry, 1997.

A pesar de su amplia difusión y aceptación, Collazos et al. (2008: 311) consideran que la teoría presentada por Berry tiene ciertas limitaciones. En sus palabras: “Este modelo de la aculturación presenta, sin embargo, algunos problemas metodológicos en la investigación que redundan en la obtención de resultados contradictorios, consecuencia del empleo de un constructo excesivamente conceptual y de escasa aplicabilidad práctica”.

No obstante, los autores coinciden en el hecho de que el proceso de aculturación implica la aparición de desafíos para los inmigrantes. A estos se les agrupa bajo la denominación de *estrés aculturativo*, definido por Berry (1987, citado por Hansen et al., 2018) como la disparidad entre la salud psicológica y psicosocial en individuos que deben adaptarse a una nueva cultura y operan en un ambiente carente de la fuerza del acostumbrado apego cultural, estatus y apoyo social.

La literatura al respecto señala que los individuos pueden experimentar estrés a lo largo del proceso de aculturación, derivado de elementos socioculturales, económicos y psicológicos. De manera particular, Caplan (2007) caracterizó estos estresores en tres dimensiones: 1) interpersonal/ambiental, 2) social/interpersonal, 3) sociales. En la siguiente tabla se detallan los estresores por dimensiones:

Tabla 10. Estresores del modelo de aculturación

Dimensión	Subdimensión
Instrumental/ ambiental	Financiera
	Barreras de lenguaje
	Falta de acceso a la salud
	Vecindarios inseguros
	Desempleo
	Falta de educación
Social/interpersonal	Pérdida de redes sociales
	Pérdida de estatus social
	Conflictos familiares
	Conflictos intergeneracionales
	Cambios en los roles de género
Sociales	Discriminación/ estigma

	Estatus legal
	Fuerzas políticas históricas

Fuente: Caplan, 2007.

Collazos et al. (2008) también identificaron algunos estresores comunes reportados en la literatura, tales como la necesidad de aprender un nuevo idioma, las nuevas costumbres y códigos culturales, cambiar el rol familiar y laboral y la falta de permiso de trabajo. Como aporte adicional, plantea que el estrés aculturativo tiene diferentes componentes como la nostalgia, el duelo que implica dejar atrás determinado modo de vida, el choque cultural o la frecuente experiencia de discriminación. A continuación, se detallan algunos de ellos:

- *Nostalgia*: Relacionado con echar de menos o extrañar aquellos aspectos elementales que solamente se encuentran en el país que se deja atrás; por ejemplo, la familia, los amigos, las costumbres, el idioma.
- *Choque cultural*: Se produce cuando los individuos deben adoptar nuevos roles durante el proceso de aculturación, que a menudo son culturalmente incoherentes con los patrones de su cultura de origen.
- *Discriminación percibida*: Por razones de raza, religión o pertenencia étnica, que se manifiesta en las percepciones del individuo más que por la existencia objetiva de la discriminación.

Se resalta que el estrés aculturativo es un proceso del individuo, relacionado con los recursos personales, sociales, y materiales que tenga disponibles. Sin embargo, también depende de cómo el individuo responde a las condiciones y acontecimientos particulares (Collazos et al., 2008).

En consideración de ideas similares, Berry desarrolló un modelo bidimensional del estrés aculturativo para entender los procesos de aculturación y los resultados específicos entre individuos y grupos. El modelo parte de la premisa

de que la relación entre la aculturación y el estrés es inevitable, no obstante, se estima la forma en que la correlación se presente dependerá del grupo de individuos y de sus características y capacidades para incidir en el proceso de aculturación. El resultado de este proceso puede ser el mejoramiento de la salud mental o su empeoramiento (Berry et al., 1987, citado por William 2007).

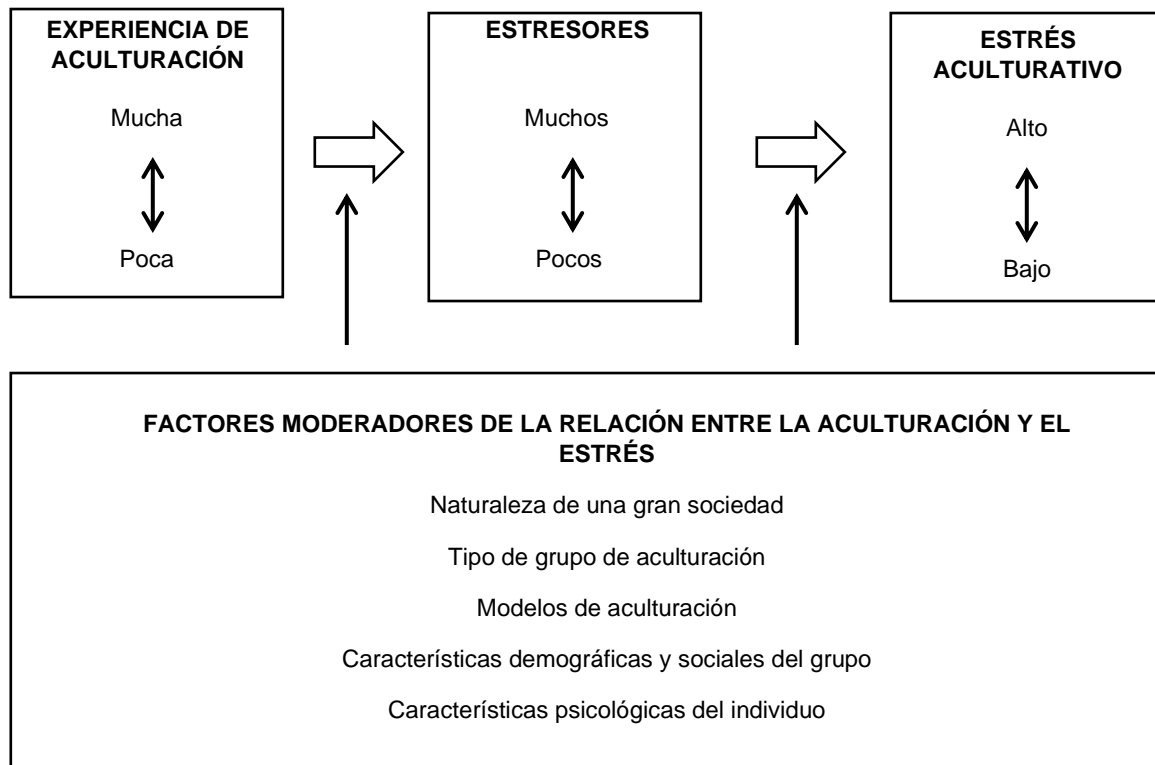


Ilustración 8. Modelo del estrés aculturativo.

Fuente: Elaboración propia a partir de Berry, 1987.

El modelo detallado se explica de la siguiente forma: inicia con los individuos participando en la sociedad receptora y experimentando cambios en aculturación que puede variar en diversos grados desde mucho a poco. Posteriormente, los individuos pueden encontrar estresores de variadas experiencias de aculturación;

en algunos casos habrá individuos que consideren que los cambios de la aculturación sean mayoritariamente estresantes, mientras otros pueden experimentar dichas transformaciones como benignos u oportunidades. Finalmente, se observan variados niveles de estrés como resultado de la experiencia aculturativa y los estresores (Berry et al.,1987). En esta última etapa se pueden presentar las siguientes situaciones (Berry, 2006):

- Cuando los cambios de comportamiento se producen sin dificultades, es probable que el estrés sea mínimo y las consecuencias personales generalmente positivas.
- Cuando surgen los estresores, pero han sido exitosamente afrontados, el nivel de estrés será bajo y los efectos inmediatos positivos. Por el contrario, cuando no son completamente superados, el estrés será mayor y los efectos negativos.
- Cuando los problemas de la aculturación son abrumadores y no han sido manejados adecuadamente, el nivel de estrés será debilitante y los efectos sustancialmente negativos, esto incluye crisis personales y comúnmente se presentan síntomas de ansiedad y depresión.

La relación entre los factores mencionados es más probabilística que determinística, y también depende de algunos factores moderadores entre los que se encuentran los siguientes:

- *Naturaleza de la sociedad receptora*: Ya sea que tenga una ideología pluralista o multicultural, o una sociedad que presiona a su gente a un estándar cultural.
- *Naturaleza del grupo inmigrante*: La experimentación de problemas mentales pueda variar según las características de los individuos que llegan. Por ejemplo, el caso de estudiantes internacionales que poseen una estancia

corta y un contacto temporal, a diferencia de los inmigrantes y refugiados, cuya estancia es potencialmente permanente.

- *Modelo o estrategia de aculturación:* Refiere a la forma en que el individuo se aproxima y ajusta al nuevo ambiente, ya sea por medio de la integración, asimilación, separación o marginación.
- *Características demográficas y sociopsicológicas de los individuos:* Entre estas se incluyen la edad —a menor edad, generalmente, el proceso de aculturación presentará menores complicaciones—, género —la evidencia sugiere que las mujeres tienen un mayor riesgo de experimentar problemas de aculturación en comparación con los hombres—, educación —poseer educación superior predice un nivel menor de estrés—, estatus socioeconómico —por lo general, existe una pérdida de estatus al llegar a la sociedad receptora—, duración de la estadía en la sociedad receptora, estilo cognitivo, experiencias interculturales previas y experiencias de contacto, entre otras (Berry et al., 1987; Berry, 2006).

La revisión de la literatura permite advertir que el modelo antes presentado ha sido revisado y ampliado para incluir los factores grupales e individuales dentro del proceso de aculturación y los moderadores presentados antes y durante el proceso.

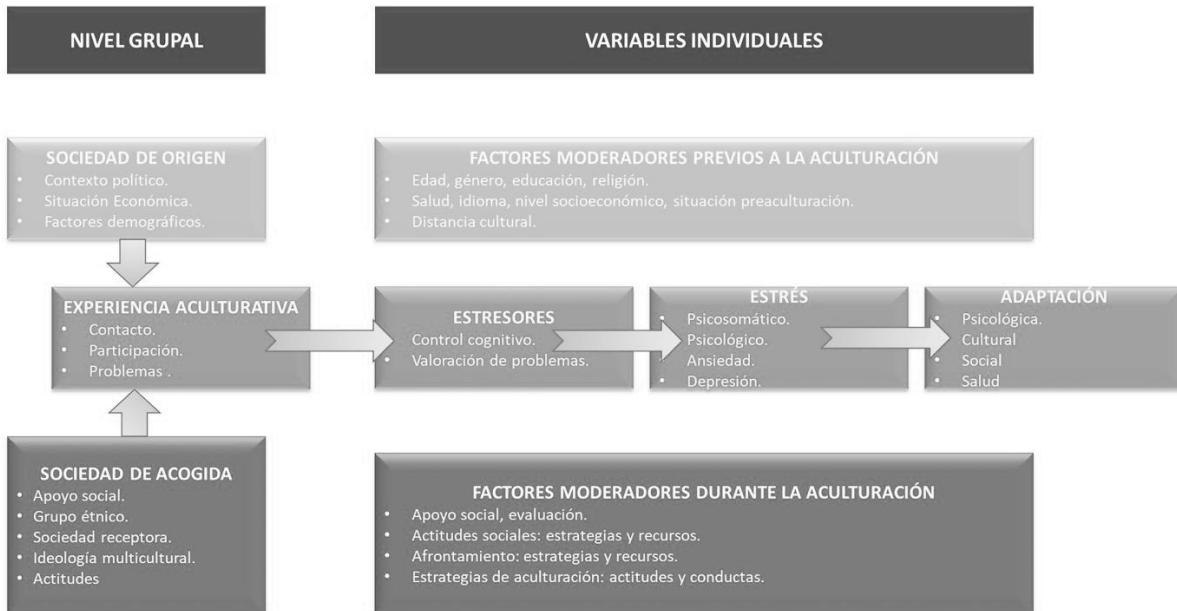


Ilustración 9. Modelo ampliado del estrés aculturativo

Fuente: Elaboración propia a partir de Berry, 2006.

Esta ampliación del modelo parte del análisis de las sociedades de origen y de acogida. En el caso de las primeras, se busca conocer las características culturales del lugar de origen, de forma que sea posible evaluar la distancia cultural con la comunidad de destino; también, se estudian los elementos relacionados con la política, economía y demografía, a fin de identificar las posibles razones que motivaron la emigración. En lo que refiere a la sociedad de acogida, se analizan las orientaciones generales de la misma respecto de la pluralidad y la inmigración; es decir, qué tan abiertos o cerrados son ante el hecho de la inmigración.

El esquema mantiene los tres factores —experiencia aculturativa, estresores, y estrés aculturativo— y agrega uno referido a la adaptación. Este se relaciona con los cambios relativamente estresantes que tienen lugar en el individuo o en un grupo y que se dan como respuesta a las demandas externas —que para el caso de la aculturación es altamente oscilante entre bien adaptado y mal adaptado. Se distingue la adaptación psicológica, que implica conseguir el bienestar mental a

futuro y la adaptación sociocultural, referida al nivel de eficiencia en que un individuo aculturado puede gestionar su vida cotidiana en el nuevo contexto (Berry, 2006).

Adicionalmente, otra novedad de este modelo es la diferenciación entre los factores moderadores según su momento de intervención. Se hace referencia a aquellos previos a la aculturación; es decir, los que son intrínsecos al individuo y constituyen su marca personal. Se determinan por su propia constitución biológica, sumada al contexto social de donde proviene. Varios de estos elementos ya se presentaban en el modelo anterior —edad, género, educación, estatus económico—, en el nuevo se añaden la motivación del acto migratorio y la distancia cultural:

- *Motivación del acto migratorio*: Incluye las razones que determinan la migración y sus expectativas. Se distingue entre la migración involuntaria o forzada —refugiados, jóvenes y adolescentes migrantes solos— con expectativas negativas o migración voluntaria con expectativas positivas. Aquellas personas con expectativas muy altas son susceptibles de padecer problemas derivados del estrés.
- *Distancia cultural*: Hace referencia al grado de diferencia cultural entre la sociedad de origen y la de acogida. Mientras más grande es la diferencia, menos positiva suele ser la adaptación.

Respecto a los factores moderadores presentes durante la aculturación, se mantienen las estrategias de aculturación, y se incluyen las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, la discriminación y prejuicios.

- *Estrategias de afrontamiento*: Identificadas por Endler y Parker (1990), se vinculan con las estrategias de aculturación. Así, la estrategia de integración se correlaciona positivamente con el estilo de afrontamiento orientado a la tarea; la estrategia de separación con el estilo orientado a la emoción y la

evitación; y la estrategia de asimilación se vincula positivamente con la orientación a la tarea y la emoción.

- *Apoyo social*: Referido al mantenimiento de relaciones de apoyo con ambas culturas. Se considera la actitud que más favorece una adaptación exitosa.
- *Discriminación y prejuicios*: A diferencia de la anterior, que estaba relacionada con la percepción, en este caso se trata del sufrimiento de actos discriminatorios. Representan un factor de riesgo negativo ya que, de aparecer, tienen efectos negativos en el bienestar del individuo.

Adicionalmente a los aspectos y modelos anteriores, es necesario destacar que la evaluación de factores previos a la aculturación ha sido objeto de estudio de múltiples investigaciones. Éstas han tenido como propósito desarrollar un modelo de estrés pre-culturativo a partir del análisis y referencias a estudios sobre el estrés, el estrés aculturativo y las expectativas (Jasinkaya-Lahti y Yijälä, 2011, citado por Gruia, 2016).

Uno de los modelos de estrés pre-aculturativo más destacados es el desarrollado por Gruia (2015). En este, el tipo de estrés mencionado es el resultado de las expectativas de los migrantes sobre la futura adaptación. A su vez, las expectativas se configuran por contactos directos o indirectos con la sociedad de destino previos a la migración, así como el conocimiento anterior de la misma. Se clasifican en tres tipos: las dificultades esperadas en el periodo de adaptación socio-cultural, la duración esperada del proceso de adaptación y la discriminación esperada. Asimismo, se incluyen como covariables aquellas identificadas como factores moderadores en el modelo de estrés aculturativo. Con todo esto, se pone de manifiesto que este es un proceso complejo que comienza desde la fase previa a la migración (Gruia, 2016). La representación gráfica del modelo quedaría de la siguiente forma:

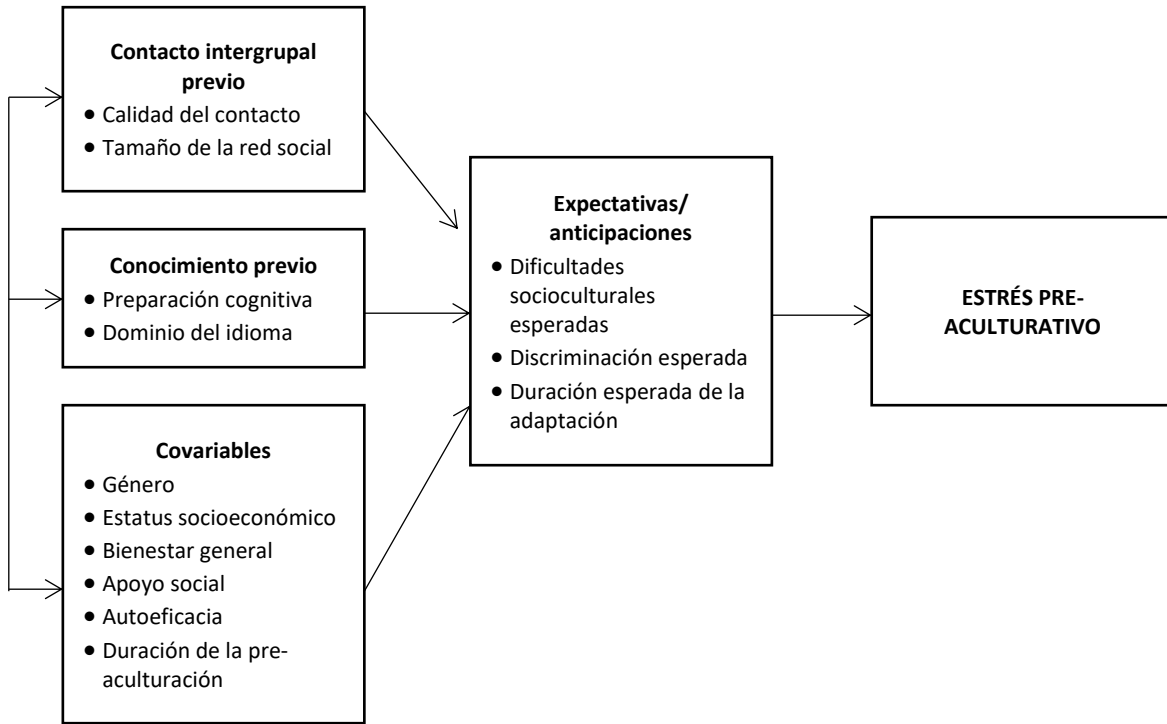


Ilustración 10. Modelo de estrés pre-aculturativo

Fuente: Gruia, 2015.

Por su parte, William (2015) estudió a una muestra de estudiantes internacionales con la finalidad de interpretar el estrés aculturativo a través de una adaptación del modelo de ambiente ecológico de Bronfenbrenner. Bajo esta perspectiva, las capas o niveles ecológicos se identificarían de la siguiente manera:

Tabla 11. Aplicación del modelo de Bronfenbrenner en estrés aculturativo.

Microsistema	Familia extendida, familia anfitriona, colegas/amigos, colegio (centro de estudios internacional, organización estudiantil internacional, departamento académico).
Mesosistema	Interacciones entre la familia del estudiante y las amistades pueden influenciar el proceso de aculturación del estudiante.

Exosistema	Políticas departamentales y universitarias, regulaciones de la ciudad, órganos de toma de decisión política y negocios.
Macrosistema	Las experiencias de los estudiantes internacionales están influenciadas por filosofías políticas, valores culturales y creencias, patrones económicos y condiciones sociales en el país de origen y destino.
Cronosistema	Nacimiento de un hijo mientras estudia, inicio de escolaridad de hijo, otorgamiento de becas, enfermedades, discapacidad, divorcio, muerte de seres amados.

Fuente: William, 2015.

En resumen, la teoría del estrés aculturativo se fundamenta en el modelo del estrés-proceso. Es decir, se estima que el proceso migratorio es estresante y que el nivel de agobio dependerá de los recursos personales, sociales y materiales que posea la persona que emigra, y de la forma en que interpreta y responde a diversos acontecimientos.

El modelo del estrés aculturativo toma como referente el modelo transaccional del estrés descrito por Lazarus (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1980), el cual hace hincapié en los mecanismos de afrontamiento desarrollados por el individuo y en la percepción que este tiene de los factores detonantes del estrés. Desde este punto de vista, la aculturación no provoca inevitablemente un deterioro de la salud mental del individuo, sino que incluso puede suponer la existencia y aprovechamiento de una variedad de oportunidades de las que el individuo puede salir empoderado (Folkman y Moskowitz, 2000).

2.1.3. Paradoja del migrante sano

La paradoja del migrante sano es un fenómeno que se estudia con mayor frecuencia en países o regiones con altos índices de flujo inmigrante, como Estados Unidos y Europa. Cebolla-Boado y Salazar (2016: 10) hacen referencia a este fenómeno y mencionan que la paradoja consiste en que: “a pesar de que su acceso al sistema de salud es más difícil que el de la población autóctona y de que cuentan con menos recursos socioeconómicos, los inmigrantes tienen mejor salud”. Originalmente fue identificado como “*Hispanic paradox*” o paradoja del inmigrante latino, porque su primer lugar de estudio y reconocimiento fue entre los inmigrantes latinos que viven en Estados Unidos, quienes presentaban menores tasas de mortalidad con relación a los blancos no latinos, aun cuando esta ventaja parecía declinar en el tiempo y a través de las generaciones. Posteriormente, este fenómeno fue estudiado en otros grupos étnicos y se ha generalizado a diversos grupos migrantes (Luthra et al., 2018; Teruya, Bazargan-Hejazi, 2015).

Las observaciones que han dado lugar a la identificación del fenómeno parten de los indicadores de salud entre la población inmigrante y la población local. En diversos estudios, y en términos generales, la estadística refleja mejores condiciones de salud entre la población migrante. Sin embargo, Cebolla-Boado y Salazar (2006) realizan una lectura más detallada y reseñan las principales causas de este fenómeno que se han identificado en la literatura científica sobre este tema.

Se esgrimen dos razones principales: en primer lugar, se trata de poblaciones que no son perfectamente comparables, ya que la población migrante constituye una “selección” o una muestra no representativa de la población de origen que está constituida por “individuos que son más capaces y más ambiciosos, o dicho de otra forma, más predispuestos para la movilidad social (...) una subpoblación seleccionada, con diferencias en aptitudes y actitudes de distinta naturaleza” (Cebolla-Boado & Salazar, 2006: 10). Por otro lado, se encuentran los procesos de

retorno selectivo de aquella población menos sana a sus lugares de origen. “Esta selección opera a favor de los más resilientes y de quienes han experimentado un proceso de inmigración más exitoso” (Cebolla-Boado & Salazar, 2006: 10). A este comportamiento caracterizado por el flujo de retorno se le ha identificado como el “sesgo del salmón”. Ambos factores combinados son los que influirían en la sobreestimación de la salud de los inmigrantes en los estudios.

Aunado al proceso de “selección natural” esbozado en el punto anterior, también puede contribuir en la configuración de la paradoja el hecho que los países receptores tengan políticas de migración con posibles restricciones en el área de salud para aplicaciones de visa. Por ejemplo, que exacerben la positiva auto-selección de potenciales migrantes saludables; ya que una de las preocupaciones de los países receptores es que los inmigrantes que lleguen enfermos contagien a los autóctonos, afectando el sistema de salud. De igual manera, se destaca el hecho de que los reportes proporcionados por los mismos migrantes pueden no ser totalmente fiables, ya que en diversas ocasiones sobreestiman su condición de salud, pues no desean revelar algún aspecto que ponga en riesgo su permanencia o no ser comparados negativamente con respecto a otros migrantes. Otros factores que pueden incidir en la buena salud son las costumbres alimenticias de los lugares de origen, que pueden ser más saludables, al contener más pescado, fruta y vegetales, por ejemplo (Constant, 2017).

Posterior a los estudios que reflejaban y generalizaron esta situación paradójica, se ha desarrollado un grupo de investigaciones direccionadas a desmitificar la misma, o por lo menos promover una revisión desde el punto de vista de la metodología. Tal es el caso del trabajo de Constant (2017), quien realizó un análisis de revisión de varios estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Europa relacionados con la paradoja del migrante sano y que apuntaban a la existencia de mejores condiciones de salud en la población inmigrante.

El autor discriminó los efectos de la edad, el momento de la llegada al país, el tiempo de residencia, las políticas de migración, la auto-selección de los inmigrantes y el efecto de la migración que retorna. Con ello, advirtió que no se pueden establecer generalizaciones sobre la globalidad de la población migrante, ya que se han detectado variantes con alta influencia. Por ejemplo, diferencias en tanto si llegan al país receptos como jóvenes o adultos; el subregistro que existe de la información de salud por parte de los migrantes; el hecho de que aquellos migrantes que llevaban habitando más tiempo en el país y las generaciones que nacen en el territorio receptor tendrían a mostrar peor salud que los recién llegados, porque asimilan el estilo de vida del país receptor; entre otros.

Por su parte Teruya y Bazargan (2015) realizaron una revisión sistemática de 46 estudios que fueron llevados a cabo en Estados Unidos sobre la paradoja del inmigrante sano. Como parte de los hallazgos señalaron los elementos comunes y diferentes entre los estudios, que se reflejan en la tabla siguiente:

Tabla 12. Hallazgos de la investigación de Teruya y Bazargan sobre la paradoja del inmigrante.

	Paradoja del inmigrante	Paradoja hispana
Elementos comunes	Sesgos metodológicos con relación a la selección del estado salud de los migrantes, algunos seleccionaron solo a los grupos sanos; subregistro de las muertes de los migrantes indocumentados; la ausencia de estatus legal y etnicidad. En común, el conjunto de datos utilizados parecen ser factores significativos/limitaciones en la evaluación del verdadero efecto de ambas paradojas.	

	El efecto protector contra el uso de drogas se limita solo al grupo de inmigrantes adultos.	
	No se puede generalizar a todas las razas y etnias.	No se puede generalizar a todas las etnias "hispanas," o latinas.
Factores diferentes y efectos	Efectos benéficos desiguales a través de razas y etnias, a excepción de los trastornos mentales y por uso de sustancias, probable efecto protector.	Edad, género y estresores en la aculturación son posibles predictores de ventajas o disminuyen los efectos beneficiosos.
	La protección con relación a la salud mental y de abuso de sustancias parece limitada solo a inmigrantes mexicanos; pero no a cubanos, puertorriqueños, entre otros.	La aculturación en lo que respecta al tiempo de permanencia en los Estados Unidos es especialmente significativa para inmigrantes mexicanos.

Fuente: Teruya y Bazargan, 2015.

Estos mismos autores señalan nueve factores sociodemográficos y posibles covariables que parecen ser predictores significativos en la concesión, ausencia y erosión de la protección de la paradoja.

Tabla 13. Factores predictores de la paradoja

Factor	Observaciones
Aculturación	Altos niveles de aculturación pueden ser predictores negativos significativos.

Conductas de salud y dieta (Paradoja Hispana)	Predictores negativos significativos, junto con el tiempo de estancia y etnicidad.
Etnicidad (Paradoja Hispana)	La ausencia y erosión del efecto protector difiere mucho entre etnias, grupos de edad y género.
Estrés aculturativo	Afecta a todos los grupos de inmigrantes, siendo significativo en relación con el uso de drogas entre los inmigrantes hispanos.
Adolescencia	Predictor negativo moderado en función del tiempo de estancia en el país, con mayor riesgo para la aparición de trastornos mentales, uso de drogas, baja autoestima y mal desempeño académico.
Estatus de indocumentado o sin seguro de salud	Predictor negativo, los inmigrantes indocumentados y sin seguro de salud acceden menos a los servicios de salud.
Edad de llegada y tiempo de estancia en los Estados Unidos.	Los que llegan en edad adulta a Estados Unidos tienden a tener menos problemas de salud que los que llegaron desde niños. Inmigrantes recién llegados suelen tener mejor salud que los que llevan más tiempo en el país.
Género	Las mujeres inmigrantes tienden a tener menos problemas de salud en comparación con las mujeres nacidas en Estados Unidos.
Edad	En la medida que envejecen los inmigrantes, pierden las ventajas estadísticas de salud. Se observan variaciones de acuerdo con el grupo étnico.

Fuente: Teruya y Bazargan (2015).

Si bien una gran cantidad de estudios sobre el tema se localizan en Estados Unidos, por ser el punto de origen de esta teoría, cada vez se realizan mayores investigaciones en países con un importante flujo de inmigrantes. Por mencionar algunos, la investigación de Luthra et al., 2018, en Reino Unido abordó el efecto de la paradoja del inmigrante sano, por medio de la evaluación de elementos de mantenimiento étnico, discriminación y conductas de salud en extranjeros y sus hijos. En Latinoamérica, se reportan estudios en Chile, por ejemplo, el realizado por Lara (2019) en el que se analiza la perspectiva de atención psicoterapéutica a personas en situación de refugio. En Colombia se encontró un estudio por Fernández-Niño et al. (2018) en el que se describen los modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de la ciudad de Barranquilla.

En España, como un aporte a la escasa literatura, la Gaceta Sanitaria (2009) dedicó un ejemplar a recopilar estudios sobre el tema. Se incluyen temas como la fecundidad y falta de planificación de los embarazos; la importación de enfermedades transmisibles por parte de los inmigrantes; estrategias para mejorar la colaboración de las mujeres inmigrantes en estudios cualitativos; la importancia del capital social sobre la salud mental de la población inmigrante y autóctona; y sobre las condiciones de trabajo de los inmigrantes.

El efecto de la migración en la salud mental, bajo la perspectiva de esta paradoja no se puede abordar bajo una matriz universal. Bojorquez (2015) señala que, a partir de los hallazgos realizados en este campo, se ha dado una discusión acerca de dos posibles vías de asociación entre migración y salud mental. En primer lugar, como una causalidad, donde la migración es un factor de riesgo o precipitante de la aparición de problemas de salud mental, toda vez que es un suceso estresante y pone a prueba la resiliencia del individuo, y que debe separarse de seres queridos y adaptarse a una nueva sociedad. Aunque también se han observado evidencias en casos donde se puede producir estrés en la migración de retorno a los países de

origen, dependiendo del tiempo transcurrido desde la migración y la existencia de redes sociales de apoyo en los territorios de origen.

En segundo lugar, existe una postura que manifiesta que la migración consiste en un fenómeno de autoselección, en el que las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidades de migrar. Aunque los resultados de las investigaciones son dispares según los países estudiados, ya sea que asisten de un país pobre a uno rico, o entre países similares, con lo que se puede producir una mayor inclinación a una u otra postura. Bojorquez señala igualmente algunas limitaciones respecto a los abordajes de estos estudios, como el que el fenómeno se observe principalmente desde el punto de vista de los países más desarrollados, o que el enfoque epidemiológico tradicional del factor de riesgo es insuficiente para el abordaje de problemas más complejos, como los referidos a las relaciones sociales y las experiencias culturalmente situadas de los individuos. Se menciona el hecho de una amplia discusión en la que los problemas psiquiátricos y psicológicos son parte de experiencias culturalmente definidas, y que la migración, en definitiva, es una experiencia en la que cada vez participan más personas, con consecuencias potenciales tanto negativas como positivas sobre su salud y bienestar (Bojorquez, 2015).

CAPÍTULO III

DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

Además de conocer los diferentes modelos explicativos de los procesos de aculturación, es necesario aproximarse a las teorías del desarrollo de los adolescentes. Cabe resaltar que la exposición que se realizará en este capítulo busca poner de manifiesto que no es posible explicar o reducir el desarrollo adolescente a un solo modelo, ya que éste depende, en buena medida, de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales varían de una región a otra. Asimismo, observar qué tipo de modelos deben ser considerados cuando se busca entender la relación entre migración, salud mental y adolescencia.

3.1. Descripción de la adolescencia “normal”

El término adolescente proviene del latín *adolescens* que significa crecer hacia la adultez (DALE, 2018). Es un periodo de desarrollo brusco, que sucede al término de la de infancia y antes de la edad adulta; es decir, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano y se caracteriza por un ritmo acelerado de cambios tanto físicos y biológicos como psicológicos y sociales (OMS, 1999; UNICEF, 2005).

Sin embargo, debido a los cambios socioeconómicos y culturales que se experimentaron durante el siglo XX y XXI; el rango de edades que abarca la adolescencia ha sido objeto de controversia. De acuerdo con diversos autores, el grupo etario de los adolescentes corresponde a los individuos que tienen entre 10 y 24 años; pues es durante este tiempo que las personas experimentan una serie de cambios biopsicosociales propios de lo que se espera de un adolescente (Breinbauer, et al., 2005; OPS, 2010; OMS, 1999). Sin embargo, la cultura también influye en la definición de adolescencia. De acuerdo con su contexto, los múltiples

países y regiones del mundo a menudo difieren en la forma de definir la adolescencia. En los casos en que la adolescencia es concebida como un tránsito entre la niñez y la adultez, con el objetivo de pasar de la dependencia familiar a la autonomía, la adolescencia podría terminar hasta principios de los treinta años en algunas culturas (UN DESA, 2003).

Los ejemplos anteriores permiten ilustrar cómo el desarrollo psicosocial del adolescente está determinado por la interrelación entre factores biológicos —influencia hormonal, desarrollo sexual, cerebral, maduración cognitiva, entre otros— y factores sociales, económicos, culturales e, incluso, políticos (Hazen, et al., 2008). De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) (2005), al ser un periodo de “preparación” para la edad adulta, el adolescente transita hacia el desarrollo de una identidad propia. En este tiempo, el individuo adquiere ciertas habilidades o realiza tareas que le permitirán lograr independencia económica y social, así como establecer relaciones interpersonales maduras al llegar a la adultez.

En contraste, otros autores califican a la adolescencia como un constructo social; es decir, un concepto impuesto por la sociedad, que si bien conlleva transformaciones desde el punto de vista biológico y psicológico, es un ciclo vital que observado e interpretado por los adultos que rodean a los adolescentes.

Por su parte, Parolari resalta el origen del término y refiere a la adolescencia como un periodo de crecimiento físico, intelectual, de la personalidad y de todo el ser, acompañado de una crisis de valores. Lo ubica como una etapa entre la infancia y la adultez, que trae consigo un conjunto especial de dificultades de adaptación ocasionado por la gran cantidad de cambios que ocurren al mismo tiempo. Este autor la diferencia de la pubertad y concibe a esta última como la fase del desarrollo del organismo humano en la que el crecimiento físico alcanza su completa madurez (Parolari, 2005). Concretamente, afirma:

Por adolescencia entendemos aquella fase en la que ocurren modificaciones globales en el individuo, intensas y disarmónicas, generadoras, por tanto, de gran inseguridad. En la adolescencia se presentan cambios orgánicos en el desarrollo sexual, y también con relación a la aceptación de la sociedad, todo a un mismo tiempo. Las alteraciones son tantas que se pierden en todos los sentidos, sin saber quién se es.

Como se advierte, en las definiciones revisadas hasta el momento un eje rector es la ocurrencia de cambios significativos en el individuo, que no sólo configuran su anatomía, sino también su ámbito mental, conductual y de relaciones con los demás. Asimismo, los autores resaltan un mayor papel de la sexualidad y de las crisis que experimenta el individuo que transita de la niñez a la adultez. De lo anterior, es posible considerar que, en la adolescencia, lo normal es el cambio.

3.2. Modelos de desarrollo de la adolescencia

Como se ha mencionado, en la adolescencia ocurren procesos en los que el individuo se replantea su propia identidad, necesita diferenciarse de su familia, afirmar su sentido de pertenencia y encontrar su propio sentido de vida. Aunque a menudo se concibe como una etapa única del desarrollo, cuenta con varias fases dentro de la misma cuya exploración es importante. Cada una de éstas muestra características específicas que van a estar determinadas e influidas por el sexo, la etnia, la geografía y el nivel socioeconómico, académico y cultural del individuo (Breinbauer, et al., 2005). Es importante tener en cuenta que existe una gran variabilidad en el nivel de maduración de cada adolescente. En este sentido, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos —biológico, psicológico, intelectual y social— y no ocurrir como un continuo, debido a que puede presentar periodos de regresión (Gaete, 2015).

Con la finalidad de sistematizar las etapas evolutivas de la adolescencia, diversos autores las han dividido en tres. Cada una se corresponde con una edad determinada y se caracteriza por el tipo de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se experimentan. A continuación, se muestran en una tabla las fases de la adolescencia, elaborada a partir de las aportaciones de Breinbauer et al. (2005); Gaete (2015); Kohlberg (1984) y Krauskopof (1999).

Tabla 14. Etapas evolutivas de la adolescencia

Factores	Adolescencia Temprana (10-13 años)	Adolescencia Media (13-17 años)	Adolescencia Tardía (17-23 años)
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Maduración puberal. • Desarrollo de las características sexuales secundarias al final de esta etapa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios corporales hasta la madurez. • Cambios en la composición corporal y metabolismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen de cuerpo adulto. • Físicamente maduros.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento abstracto con limitada capacidad de análisis. • Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de la identidad. Mayor necesidad de diferenciación. • Tiende a estar más tiempo aislado. • Búsqueda de nuevas sensaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra tener su identidad y autonomía. • Integración de la personalidad. • Toma de decisiones de forma independiente.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Pobre planeación de futuro. ● Narcisismo, egocentrismo. ● Fluctuaciones en el estado de ánimo o inestabilidad emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tendencia a la impulsividad. ● Maduración del pensamiento abstracto. ● Mayor capacidad de reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad de planeación a futuro y resolución de conflictos. ● Metas vocacionales realistas. ● Mejor control de impulsos. ● Capacidad de postergar y compromiso. ● Pensamiento abstracto conformado.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ● Oposicionismo contra los padres. ● Fantasías y sueños. ● El grupo de pares adquiere mayor importancia, sobre todo del mismo sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestionamiento de los límites puestos por los padres. Mayor conflicto con figuras de autoridad. ● Mayor identificación con los valores de su grupo de pares. ● Mayor preocupación por lo social. ● Amistades de ambos sexos. ● Implicación romántica. ● Pareja como extensión de sí mismo. ● Intimidad con amigos. ● Búsqueda de la autonomía. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comparte valores con la familia. ● Relación más horizontal con los padres. ● Menor identificación con los pares. ● Menos amistades, más selectivos. ● Relaciones de pareja diferenciadas. ● Capacidad de autocuidado.

Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación y experimentación con el propio cuerpo. • Exploración de roles de género diferenciados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor aceptación del propio cuerpo. • Conciencia de la orientación sexual. • Experimentación de conductas y relaciones sexuales coitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la imagen corporal. • Ha completado el desarrollo sexual. • Acepta su identidad sexual. • Relaciones sexuales coitales. • Relaciones de pareja más íntimas y estables.
Moral	<ul style="list-style-type: none"> • El temor a las consecuencias de los actos es externo (castigo, económicas), motivaciones hedonistas, egocentristas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de someterse a las reglas y convenciones de la sociedad o de la autoridad. • Logra interiorizar las reglas e identificarse con ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de someterse a las reglas, identificarse e introyectarlas. Algunos logran cuestionarlas con relación a sus principios autónomos y valores universales.

Fuente: Elaboración propia a partir de Breinbauer et al., 2005; Gaete, 2015; Kohlberg, 1984; Krauskopof, 1999.

Cabe mencionar que, en la etapa tardía de la adolescencia, muchas culturas modernas esperan que el individuo sea capaz de reconocer y expresar sus propias capacidades de iniciativa, planeación, anticipación de resultados, manejo de consecuencias, toma de decisiones y solución de problemas, considerando que los resultados no dependen sólo de factores o circunstancias externas.

Por su parte, Funes (2010: 30) propone otro modelo en el que se refiere a la adolescencia como una “etapa vital, de cierta duración, que es obligatorio vivir, con tareas no muy definidas, en las que se da una cierta satisfacción adolescente y una cierta confusión adulta, y que se entremezcla con cambios evolutivos significativos”.

Sobre estos últimos, el autor destaca seis aspectos estructuradores de la forma de ser, de relacionarse y de actuar de los adolescentes:

1. *Una fisiología y una anatomía singulares.* Marcadas por los fenómenos puberales que afectan diversos sistemas y son fuente de significaciones modificaciones de conducta.
2. *Una modificación de capacidades cognitivas.* Es decir, una manera específica de abordar, comprender, elaborar y entender la realidad que le envuelve. Mientras el niño necesita tocar y comprobar la realidad., el adolescente ha de poder llegar a pensar sólo con conceptos e ideas.
3. *Una organización de la vida afectiva.* Las emociones y sentimientos que solían ser claros y expresados en la etapa infantil tienden a tornarse en tempestad y desproporción.
4. *Una estructuración de las relaciones con las personas adultas.* Se pasa de la adoración a poner en duda todo lo que sugiere el adulto. Los adolescentes cuestionan la utilidad o necesidad de la presencia del adulto en sus vidas.
5. *Un tipo de relaciones con el grupo de iguales, con los iguales del otro sexo, con los compañeros de generación y con los predecesores.* Este tipo de relaciones adquieren más sentido y valor para los adolescentes. Les permiten desarrollar sentimientos de identidad y pertenencia.
6. *Una forma de ubicarse en el mundo y construir su relación con todo aquello que lo rodea.* La adolescencia puede generar una posición crítica sobre el mundo o por el contrario, adaptarse acríticamente o de manera consumista.

3.2.1. Modelos Socioculturales del Desarrollo

Muchos factores contextuales como el entorno socioeconómico, historia familiar, la narrativa con la cual se identifica, la pertenencia a un entorno rural o urbano, o el temperamento del individuo, pueden contribuir al desarrollo y a la expresión de la cultura dentro de la personalidad incipiente de un adolescente. En consideración de esto, existen importantes teóricos que basan sus teorías del desarrollo del individuo en el contexto cultural y social que éstos experimentan. En adelante, se presentan a los principales y la forma en que conciben a la adolescencia.

Uno de los más destacados es Erik Erikson (1974) quien, apoyado en la teoría psicoanalítica de Freud y derivado de sus propias observaciones clínicas, integró las dimensiones biológicas, psicosociales y culturales al desarrollo. Para el autor, el desarrollo del “Yo” se caracteriza por la adquisición de una identidad según la cultura de referencia. Asimismo, concibió ocho estadios evolutivos que se presentaban a lo largo de la vida del individuo, cada uno de estos marcados por dificultades específicas o crisis psicosociales. El éxito del paso de una etapa a otra se encuentra en la resolución de las tareas anteriores, que permitirá la adquisición de habilidades o competencias para alcanzar una adultez funcional. Erikson fue uno de los primeros teóricos que señaló la adolescencia como una etapa crucial para la consolidación de la identidad e identificó la importancia de reforzar una identidad racial-étnica, incluyendo el reconocimiento del valor de los “rituales de paso” de la adolescencia a la adultez en las culturas tradicionales.

Por su parte, Lev Vygotsky (1978) planteó que el desarrollo cognitivo es sociocultural y que está influenciado por el contexto histórico e institucional del individuo. Considera que los niños construyen su propio conocimiento a partir de los estímulos sociales y culturales en los que están inmersos. Además, indica que cada cultura proporciona *herramientas de adaptación intelectual*, que permitirán que el infante utilice y adapte sus habilidades mentales básicas al contexto en el que crece.

Para Vygotsky, el aprendizaje debe darse en compañía de un adulto o un guía, quien auxiliará y potenciará que el niño llegue a la resolución de problemas. También, planteó que la identidad no es una estructura estática, sino más bien una dimensión dinámica que cambia en respuesta a los planteamientos socioculturales que se le presentan al individuo a lo largo de su desarrollo (Penuel et al., 1995).

De igual manera, Albert Bandura (1977) desarrolló la teoría del aprendizaje social, donde expone que gran parte del aprendizaje surge en un entorno social. Al observar a otros, el niño o adolescente puede adquirir conocimiento, reglas, habilidades, creencias, valores y actitudes. Se aprende a través de la observación de un modelo o a través de la recepción de instrucciones sin haber tenido una experiencia directa previa. Definió la percepción de autoeficacia como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. Asimismo, abordó uno de los temas clave con relación a los valores culturales: individualismo versus colectivismo. Considera que los patrones de comportamiento son reforzados por la cultura y la sociedad, por lo que el individuo tenderá a mantenerlas o extinguirlas de su repertorio conductual, según le convenga. Desde el punto de vista del desarrollo, al revisar varios estudios sobre educación transcultural, descubrió que los niños de las culturas colectivistas tenían niveles significativos de autoeficacia percibida, mientras que aquellos criados dentro de sistemas educativos autoritarios tenían un menor sentido de autoeficacia en la búsqueda de independencia.

En el caso de Margaret Mead (1981), esta autora estudió el desarrollo infantil, los roles de género y cómo éstos difieren entre culturas. En su trabajo “Adolescencia, sexo y cultura en Samoa” (citado por Kagitcibasi, 2005), explica que existen características universales del desarrollo; igualmente, indica que la transición desde la pubertad hasta la edad adulta no es tan “traumática” como la que sucede en los países occidentales, atribuyó esta observación a los valores y a

la madurez de los jóvenes en esa cultura. Mead considera al individuo como un producto de los valores y creencias culturales adquiridos desde la infancia, que a lo largo de su desarrollo son reinterpretados o reforzados por su propio contexto social y cultural.

3.2.2. Modelos del desarrollo relacionados con la autonomía-cercanía de la familia

Con relación a la evolución del “Yo” durante la adolescencia, existen algunos teóricos que realizan una crítica a la visión occidental del proceso de individuación-separación predominante, y basado principalmente en la teoría psicoanalítica. De acuerdo con estos autores, dicha concepción considera que la cercanía con la familia es incompatible con la autonomía que se debe adquirir al final del tránsito de la niñez a la adultez (Bakan,1966; Blos, 1979; Kroger, 1998; Mahler, 1972; Minuchin,1974; Steinberg et al.,1986, citados por Kagitcibasi, 2012).

Sin embargo, se ha observado que el concepto de autonomía difiere entre culturas. En las últimas dos décadas, se han realizado estudios en niños originarios de Asia Oriental y Norteamérica, describiendo diferentes patrones de crianza. Por ejemplo, Choi (1992) observó que las madres coreanas presentaban patrones de relación más cercanos y comunicativos con sus hijos pequeños, mientras que las madres canadienses hacían un esfuerzo por separarse de ellos de forma temprana. Del mismo modo, Liu et al. (2005), en una comparación entre madres chinas y canadienses, observaron que las madres chinas fomentaron más la conexión emocional o cercanía con sus hijos pequeños, mientras las canadienses fomentaron más la autonomía.

Otras investigaciones indicaron que existen culturas que refuerzan ambos patrones de crianza: la autonomía y cercanía. Por ejemplo, Keller et al. (2003)

encontraron que mientras la interacción de las madres alemanas con sus bebés propiciaba la autonomía-separación, la interacción de las madres griegas con sus hijos condujo a una síntesis de autonomía-cercanía.

Como ya se ha mencionado, la familia y la comunidad representan un apoyo fundamental para que el adolescente adquiera una serie de competencias importantes que le permitan realizar una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Para explicar el desarrollo de la identidad en el adolescente, Kagitcibasi (2012) tomó en cuenta conceptos como colectivismo-individualismo, y describió tres modelos de dinámicas familiares.

El primero de ellos, el modelo familiar de interdependencia se caracteriza por contar con lazos emocionales muy fuertes y una crianza basada en la obediencia de los hijos. En este, se desarrolla un “Yo” tendiente a la cercanía y en el que la interdependencia con otros miembros de la familia es altamente valorada, mientras que la autonomía no es alentada. Este modelo se corresponde con una cultura de tipo colectivista.

En segundo lugar, y en contraste con el antes planteado, el modelo familiar de independencia fomenta en el “Yo” atributos opuestos; es decir, autonomía y separación. En este caso, el modelo que tiene como contexto principal una cultura individualista.

Por último, en el modelo familiar de interdependencia psicológica la concesión de autonomía no significa falta de control parental. Hay control en la crianza de los hijos; pero el adolescente mantiene una relación cercana con los padres, hecho que es valorado; sin embargo, permite el desarrollo autónomo del individuo. Este tipo de control tiende a dar explicaciones y propiciar el razonamiento, sin exigir obediencia ciega por parte de los hijos (Kagitcibasi, 2007).

Este último modelo ha sido influenciado por los cambios socioeconómicos ocurridos a lo largo de los siglos XX y XXI. En las sociedades cada vez más propensas a la urbanización, con mayores grados de educación y especialización, se propicia el surgimiento de individuos independientes, pero sin dejar de lado la necesidad de cercanía. Así, estas condiciones han permitido encontrar un equilibrio para las familias que valoran la interdependencia sobre la autonomía (Kagitcibasi, 2012).

Por lo antes descrito, es posible concluir que el desarrollo del adolescente está influido por diversos factores, entre los cuales los socioculturales adquieren gran relevancia. Es por ello por lo que resulta de suma importancia tomar en cuenta dichas diferencias en el momento de llevar a cabo investigaciones sobre adolescentes. No se debe estandarizar o normalizar la adolescencia bajo los criterios occidentales; existen múltiples visiones del mundo que influyen en la percepción y definición de normalidad, de familia o de un “Yo” sano.

En múltiples ocasiones, las familias de los grupos minoritarios son consideradas demasiado unidas, por lo que se alienta a los adolescentes pertenecientes a ellas a separarse de sus padres, bajo el supuesto de que dicha acción es necesaria para alcanzar la autonomía y adultez. Esta visión limitada del desarrollo adolescente llega a tal punto que, en Europa Occidental, la familia inmigrante es señalada como la principal causa del fracaso en la adaptación social de niños y adolescentes inmigrantes (Grillo, 2008).

Lo anterior, tiene importantes repercusiones en términos de salud mental, dado que muchas ocasiones lo que se busca es la imposición de un modelo de aculturación que no siempre es adecuado y no se consideran las posibilidades de una mediación. Para entender el fenómeno de la inmigración en un contexto como el de España es necesario contar con una comprensión amplia de las diferentes formas y procesos de aculturación, así como de las teorías que explican la evolución

psicológica de los adolescentes en diferentes contextos culturales. Puntos ya abordados.

3.3. Factores psicosociales que influyen en la salud mental de los adolescentes (contexto escolar, familiar, individual)

De acuerdo con la Secretaría de Salud de México (2012), “Los factores psicosociales son aquellos que están relacionados con el medio ambiente físico y social; éstos, siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, de la salud mental”.

Es innegable que la expansión económica a nivel mundial ha provocado grandes avances a nivel global; sin embargo, también ha provocado profundos desequilibrios regionales, explosión demográfica y sobreexplotación de los recursos naturales. Estos hechos han modificado la distribución poblacional a partir de constantes y masivos flujos migratorios. Asimismo, han condicionado una marcada brecha social y económica, que propicia que los miembros de una sociedad deban replantearse sus valores, costumbres y estilos de comportamiento, con el consecuente impacto en la calidad de vida tanto del individuo, como de su familia y de la sociedad en conjunto.

Diversas investigaciones han demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud mental. Por ejemplo, se menciona que factores como la percepción de inseguridad, violencia o estrés sostenidos que experimentan los individuos impactan de forma negativa en su salud mental. A su vez, esto daña de forma importante la convivencia, propicia pobreza, violencia urbana, violencia familiar, presión por mantener el empleo, poco apoyo social, uso de sustancias adictivas, distocia familiar, niños en situación de abandono o en la calle, explotación sexual y abuso físico de menores, entre otras consecuencias (OPS, 2010). A

continuación, se muestra una tabla en la que se reúnen diversos factores psicosociales sobre los cuales existe un consenso sobre su capacidad para impactar en la salud mental de los adolescentes.

Tabla 15. Factores Psicosociales que impactan en el desarrollo y salud mental del adolescente.

INDIVIDUALES	FAMILIARES	ESCOLARES	SOCIALES	EVENTOS
Factores prenatales y perinatales.	Embarazo adolescente.	Apego escolar.	Desventaja socioeconómica.	Abuso físico, sexual y emocional.
Discapacidad física o intelectual.	Familia monoparental.	Grupo de pares con problemas de conducta.	Percepción de discriminación social y cultural.	Duelos o pérdidas tempranas.
Apego inseguro en la infancia.	Familia numerosa.	Fracaso escolar.	Violencia, criminalidad en el barrio.	Falta de hogar.
Rasgos temperamentales.	Modelos con roles antisociales.	Relaciones entre pares insatisfactorias (<i>Bullying</i>).	Densidad poblacional y condiciones de vivienda.	Accidentes.
Habilidades sociales.	Violencia familiar.	Deserción escolar.	Falta de servicios de apoyo en salud, actividades de ocio y transporte.	Guerra o desastres naturales que propicien desplazamientos forzados.

Autoestima.	Negligencia.	Falta de expectativas.	Aislamiento social.	
Impulsividad.	Padres con desempleo prolongado.	Relación con los profesores.	Sociedad competitiva.	
Alienación/aislamiento.	Abuso de sustancias por parte de los padres.			
	Antecedentes de trastornos mentales en los padres.			
	Límites inconsistentes			
	Experiencias de rechazo.			

Fuente: Elaboración propia a partir de Breinbauer et al., 2005; Gaete, 2015; Kohlberg, 1984; Krauskopof, 1999.

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa caracterizada por la presencia de múltiples cambios —físicos, psicológicos y sociales—, que aumentan el riesgo de presentar psicopatología, como trastornos depresivos, ansiosos u otros problemas de salud mental (Behere et al., 2017). La exposición a experiencias y situaciones adversas en la infancia y adolescencia pueden impactar significativamente a la salud mental a largo plazo. Por ejemplo, el apego inseguro en la infancia y la violencia familiar son predictores importantes de problemas posteriores como el uso de sustancias o comportamiento criminal en la adolescencia.

Además, se sabe que casi la mitad de los problemas de salud mental en la edad adulta tienen su inicio durante o antes de la adolescencia y que los que inician durante esta etapa y no son tratados oportunamente, aumentan el riesgo de cronificarse y presentar consecuencias negativas a lo largo de la vida adulta. Entre estas, se incluyen discapacidad, disminución de la productividad y contribución a la comunidad, bajo nivel de escolarización y mayor propensión a presentar conductas de riesgo, desempleo y exclusión social (Patel et al.,2007; WHO, 2018).

La OMS (2018) refiere que existe una tasa alta y creciente de problemas mentales y conductuales en adolescentes en el continente europeo. Según la última encuesta sobre el Comportamiento en Salud en Niños en Edad Escolar, el 29% de las chicas de 15 años y el 13% de los jóvenes de la misma edad en Europa, reportaron sentirse deprimidos más de una vez por semana. Además, uno de cada diez adolescentes eran bebedores semanales desde los 15 años —el 9% de las mujeres y 16% de los hombres.

Asimismo, el suicidio es la principal causa de muerte entre los adolescentes de 10 a 19 años en los países en vía de desarrollo y la segunda en países de ingresos altos. En 2015 hubo más de cuatro mil muertes por suicidio entre la población de entre 10 y 19 años. Los jóvenes en situación de vulnerabilidad, entre ellos las minorías étnicas y los adolescentes migrantes, se encuentran particularmente afectados. La siguiente figura permite ilustrar lo mencionado:

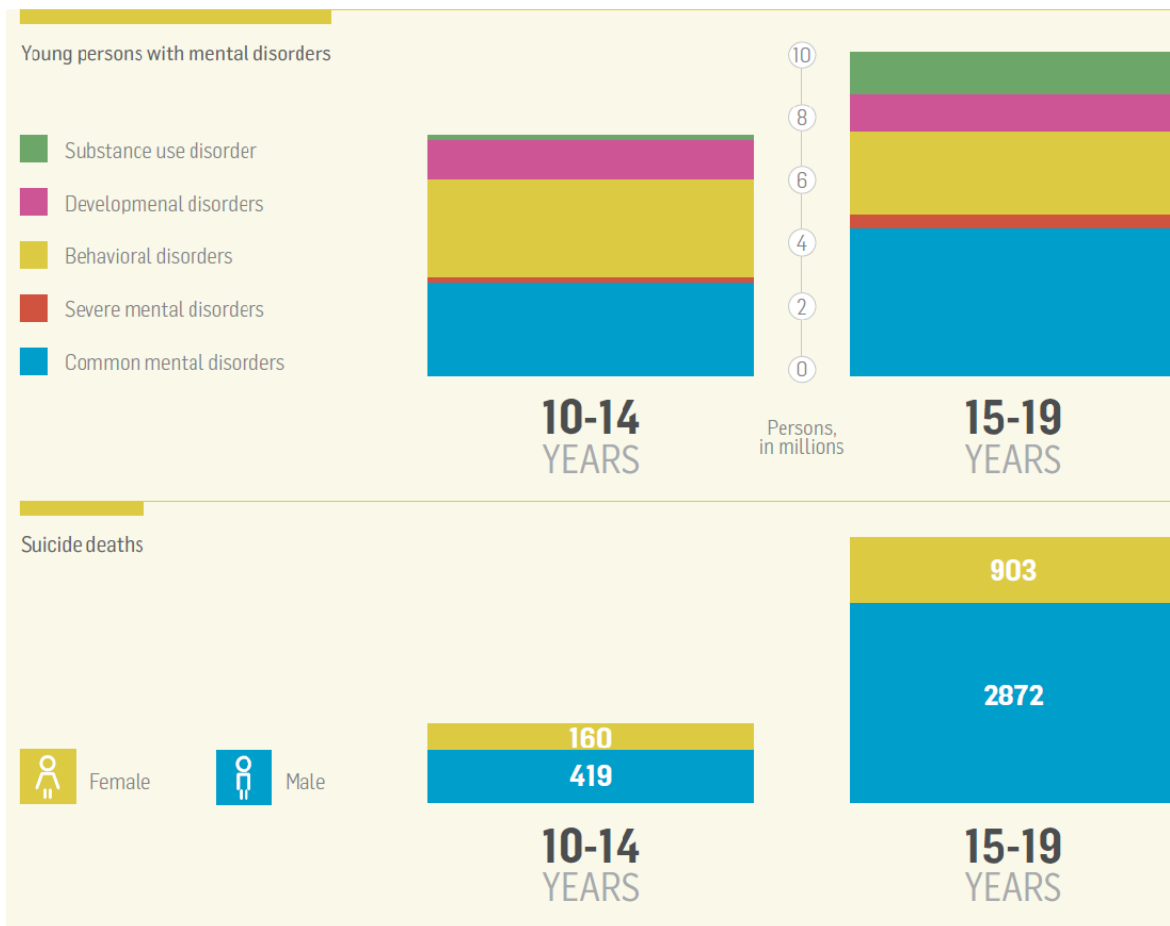


Ilustración 11. Distribución de los trastornos mentales y suicidio por grupo de edad en la Región Europea de la OMS, 2015

Fuente: World Health Organization Regional Office for Europe. Factsheet for World Mental Health Day 2018. (2018). Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

Como se ha revisado, la salud mental de los adolescentes está fuertemente afectada por factores personales, familiares, comunitarios y sociales, sin embargo, los hallazgos relacionados con el impacto de la migración en la salud mental han sido poco concluyentes (Molcho et al.,2010).

Sin embargo, sí se han realizado numerosas investigaciones, principalmente en Estados Unidos, en los que se reporta que los adolescentes inmigrantes parecen tener un riesgo particularmente elevado de experimentar problemas de salud mental. Con relación a los trastornos internalizados —depresión y ansiedad—, existen estudios que refieren que la prevalencia es más alta en adolescentes inmigrantes de origen latinoamericano que en los norteamericanos (McLaughlin et al., 2007; Umaña-Taylor et al., 2007).

Por su parte, en Dinamarca se realizó un estudio de una cohorte de adolescentes en el que se encontró una asociación entre la migración y ciertos trastornos psiquiátricos, incluida la esquizofrenia (Webb et al., 2015). Adicionalmente, una revisión de la literatura sobre adolescentes de origen inmigrante en Noruega encontró un mayor riesgo de trastornos mentales entre esta población, principalmente vinculado a un alto riesgo de deprivación económica, percepción de discriminación y experiencias traumáticas previas a la migración (Abebe et al., 2014). Otro estudio realizado en Reino Unido reporta mayor angustia psicológica, síntomas emocionales y problemas con los compañeros entre jóvenes migrantes y refugiados en comparación con adolescentes no migrantes (Leavey et al., 2004).

Por su parte, McMahon et al. (2017), como parte de un estudio en el que entrevistaron a 11,057 adolescentes en Europa, concluyeron que los adolescentes migrantes de primera generación presentaron tasas elevadas de conductas suicidas y dificultades de relación con sus pares; así como cifras más elevadas de trastornos externalizados —problemas de conducta e hiperactividad— en comparación con los adolescentes europeos. Por su parte, Belhadj et al. (2014) realizaron una revisión sistemática de la literatura y observaron que, ser adolescente de origen migrante en Europa, se asoció con un riesgo elevado de problemas emocionales, pero no con problemas de conducta.

De igual forma, se han observado tasas más altas de conductas suicidas en varios grupos de jóvenes migrantes a nivel internacional. Las investigaciones encuentran una fuerte relación entre el *status* migratorio y la presencia de comportamientos suicidas; sin embargo, ésta varía según la etnia, el país de origen y el país de acogida (Bursztein et al., 2010; Spallek et al., 2015).

En el caso particular de España, Aratani et al. (2014) realizaron un estudio en el que analizaron la salud mental de las familias migrantes y no inmigrantes y el impacto que la recesión económica tuvo sobre ellas. Estos autores obtuvieron peores resultados en salud mental en los niños de familias migrantes en comparación con las familias nativas en España.

Los argumentos que se han utilizado para explicar los mayores problemas de salud mental entre los adolescentes migrantes incluyen los efectos negativos de pertenecer a una minoría étnica, el impacto del proceso migratorio y las condiciones socioeconómicas pre y post migración (Belhadj et al., 2014; WHO, 2000). Pero también resulta de suma importancia tomar en cuenta que existen diferencias étnicas o raciales en el autoreporte de síntomas psicológicos, estrés o sintomatología somática, por lo que muchas veces resulta difícil interpretar los resultados (Courtenay et al., 2002; Jason et al., 1999, Ostrove et al., 1999).

Como contraparte, en la literatura también es posible encontrar datos que difieren de los estudios arriba mencionados y en los que se describe que la situación de salud mental de los niños y adolescentes inmigrantes tiende a ser ventajosa en comparación a la de sus pares de origen autóctono. Por ejemplo, varios estudios en Estados Unidos reportan que los adolescentes inmigrantes de primera generación experimentan menos depresión y una mayor percepción de bienestar psicológico que sus compañeros no inmigrantes; sin embargo, los adolescentes de segunda generación no difieren significativamente de los jóvenes nacidos en Estados Unidos en términos de bienestar mental.

De acuerdo con dichas investigaciones, algunos factores familiares toman la función de protectores, y permiten a los inmigrantes de primera generación mantener niveles más altos de bienestar. Estos factores incluyen la supervisión de los padres, la falta de conflicto entre padres e hijos, las prácticas religiosas y la percepción de apoyo social (Harker, 2001). Otros estudios dedicados a examinar las diferencias entre niños autóctonos e inmigrantes, encontraron que los niños inmigrantes experimentan una menor prevalencia de depresión y problemas de conducta (Singh, et al., 2013).

En una revisión sistemática de la literatura a nivel europeo, Dimitrova et al. (2016) compararon estudios en los que se reportó mayor psicopatología en adolescentes inmigrantes —trastornos internalizados y externalizados—, y estudios en los que se encontró menor psicopatología y problemas de adaptación entre esta población —paradoja del inmigrante.

Los autores localizaron más estudios en los que la presencia de psicopatología en adolescentes migrantes era mayor en comparación con los estudios cuyos hallazgos apoyaron a la teoría de la paradoja del inmigrante. Los trastornos externalizados se encontraron mayoritariamente en muestras de adolescentes de origen inmigrante en Europa del Norte y mayor prevalencia de trastornos internalizados en adolescentes inmigrantes en Europa Occidental. Con tales resultados, concluyeron que la diversidad cultural y el tiempo de residencia fueron factores favorables para apoyar la teoría de la paradoja del inmigrante y una mejor adaptación, así como la cohesión familiar y desempeño escolar lo fueron para disminuir la prevalencia de los trastornos internalizados.

Tal como se ha revisado, es complicado concluir si la migración *per se* es un factor determinante para presentar psicopatología (Collazos et al, 2014). Sin embargo, sí es posible establecer que el origen étnico, la cultura y el proceso migratorio afectan a la salud mental, a pesar de no poder asegurar que alguno de

estos factores sea la causa directa de la aparición de trastornos psiquiátricos en la población inmigrante.

Otra circunstancia para tomar en cuenta con relación a dicha asociación es la falta de instrumentos de evaluación y diagnóstico culturalmente adaptados y validados, situación que puede ocasionar un sobrediagnóstico o subdiagnóstico. Generalmente no se toman en cuenta los conceptos de competencia y sensibilidad cultural al momento de realizar las evaluaciones. Asimismo, la definición de salud mental difiere entre culturas, lo cual limita la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, pues se tiende a utilizar las clasificaciones internacionales que no son culturalmente sensibles.

3.3.1. Factores protectores y de riesgo que influyen en la salud mental de los adolescentes inmigrantes (identidad cultural, percepción de discriminación, nivel socioeconómico, apoyo social, densidad étnica)

La migración es un proceso que genera algún grado de estrés para quienes la realizan. Tal como se observó en el apartado correspondiente con el estrés aculturativo, desde la separación de su núcleo familiar hasta la adaptación a una nueva sociedad, concurren diversas situaciones que ponen a prueba la salud mental de las personas. La literatura ha identificado algunos factores de riesgo y de protección para la población migrante. A continuación, se mencionarán los factores compilados en un estudio elaborado por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid:

1. *Contexto de salida.* Refiere a las circunstancias en que se produce la salida de los inmigrantes, si es forzada —como en el caso de los refugiados— o voluntaria —como en el caso de los inmigrantes voluntarios. Para los que salen de forma forzada hay mayor propensión a que experimenten más estrés y, por ende, un

mayor impacto en su salud mental. En el siguiente cuadro se observan algunas diferencias para ambos grupos.

Tabla 16. Diferencias entre migrantes voluntarios y refugiados respecto a factores de protección o riesgo relacionados con el contexto de salida

	Emigrantes voluntarios	Refugiados
Fuente de estrés	Dudas sobre el viaje y el futuro próximo Tensiones surgidas en la vida familiar por preparativos	Puesta en peligro de la vida personal o de allegados Ansiedad, rumores, amenazas o situaciones traumáticas directas
Motivo de salida	Incertidumbre económica y por el futuro, por la calidad de vida	Contexto de persecución y peligro
Pérdidas	Se renuncia a parte de la vida personal por nuevos horizontes	Las pérdidas son bruscas no deseadas
Vinculaciones de llegada	Podrían ser planificadas	Hay un desarraigo por la salida precipitada, dificultando contactos y generando desvinculación y aislamiento a la llegada
Búsqueda de adaptación	Trata de lograr la integración en el país de acogida	Busca regresar a su patria en el menor tiempo posible, integración es sinónimo de traición.

Fuente: Díaz, 2003.

2. *Nacionalidad de origen.* La procedencia de los inmigrantes puede estar marcada por diferencias étnicas, que incluyen la manera de percibir las

demandas ambientales, el acceso y utilización de los recursos, los sistemas de creencias o de valores, entre otros. Esto provoca que algunos grupos étnicos, al ser comparados con otros, presenten un mayor grado de vulnerabilidad psicosocial. También puede influir la existencia o no de redes de apoyo de connacionales en los países de acogida. El estudio menciona el caso de los cubanos en Miami, quienes han desarrollado un enclave que brinda un impresionante apoyo a sus compatriotas (Díaz, 2003).

3. *Estatus legal*. Referido a la condición legal del migrante y en consecuencia a su posibilidad de integración con plenos derechos en la sociedad de acogida. La condición de irregularidad proporciona un grado adicional de estrés y miedo derivado de la incertidumbre por la posibilidad de ser retornados, la imposibilidad de trabajar legalmente y el limitado acceso a recursos. Por el contrario, una condición de migrante regular, tanto legal como subjetivamente, repercute positivamente en el adecuado logro de la identidad social y por ende de su salud mental (Díaz, 2003).
4. *Enfrentamiento a la nueva cultura*. Se relaciona con el proceso de aculturación del individuo y la exposición a una nueva cultura que podría ser muy distinta a la propia exigiéndole, por ejemplo, adquirir un nuevo idioma o aprender los valores y normas conductuales característicos de la sociedad anfitriona. La distancia cultural entre la sociedad de origen y de destino puede dificultar el proceso de aculturación y, por ende, incrementar los efectos perjudiciales en la salud. Ello, básicamente por dos motivos: un mayor esfuerzo adaptativo y un desbordamiento y descontrol de las demandas ambientales en relación con los recursos disponibles.

La investigación mencionada hace referencia a varios estudios en los que se muestran algunas evidencias de esta situación; sin embargo, se recalca su incapacidad de ser considerados universales, ya que los resultados pueden

variar según la muestra seleccionada o los factores analizados. No obstante, existe alguna relación favorable hacia la salud mental mediante el desarrollo de mecanismos de enfrentamiento bicultural, esto es, manteniendo lazos con sus valores y cultura de origen, y al desarrollar destrezas lingüísticas y sociales necesarias para negociar con la nueva cultura (Díaz, 2003).

5. *Problemas de identidad.* La llegada del inmigrante a una nueva sociedad incita a una remodelación de la conciencia que tiene sobre sí mismo. Esto, plantea un desafío al inmigrante: necesita encontrar una identidad personal propia en la que no se produzcan conflictos de valores contrapuestos e integrada con su nueva identidad social como miembro de un grupo étnico en conflicto con la identidad del grupo dominante. En este proceso pasará por algunas de las fases de la aculturación revisadas anteriormente, que en términos simples supone elegir entre continuar afiliados con su cultura de origen o adoptar la nueva cultura de la sociedad receptora. Asimismo, este proceso de reconstrucción de identidad puede discurrir en las siguientes etapas, propuestas por Labrador, (citado en el estudio de la Comunidad de Madrid):

Tabla 17. Etapas del proceso de reconstrucción de identidad según Labrador

Fase	Descripción
Indiferenciación	No hay conciencia de las diferencias, no se ha producido conflicto con el medio.
Diferenciación	Existe percepción de la discriminación, tomando conciencia de las diferencias étnicas, culturales y personales respecto de los límites

	que impone el nuevo entono, ya sea en el aspecto legal, socioeconómico o cultural.
Conflicto	Hay una toma de conciencia de las exigencias derivadas de la multiplicidad de culturas y valores y la búsqueda de una posición estable y digna en la nueva sociedad. El inmigrante se ve ante la tarea de hacer una negociación e integración de su identidad, donde se ajusten las exigencias y límites de su yo y las del entorno donde le ha tocado vivir. Desarrolla algunas de las estrategias de reconstrucción (incorporación, reconstrucción o rechazo).
Resolución	Surge después de la crisis. Hay una decantación hacia una situación de estabilidad en la que puede predominar la satisfacción o la insatisfacción, dependiendo de las experiencias vividas.

Fuente: Díaz, 2003.

6. *Generación de inmigrantes.* De acuerdo con estudios realizados entre migrantes mexicanos de primera generación —nacidos en México— y los de segunda generación o posteriores —nacidos en Estados Unidos—, se observa una tendencia a mayor presencia de afectaciones a la salud mental en los inmigrantes de segunda generación. Esto permite interpretar que la aculturización o “americanización” ejerce un efecto negativo sobre los individuos. Cuanto menor es el nivel de aculturación y el tiempo pasado desde la migración, menor es la prevalencia de los desórdenes. Algunas hipótesis sobre los factores que se estiman que contribuyen a estas diferencias, mencionan la migración selectiva, en la que los individuos psicológicamente más fuertes son los propensos a migrar; el efecto positivo del mantenimiento de las tradiciones culturales de origen; el nivel de expectativas mantenidas por cada generación; la existencia de un modelo de referencia psicosocial más

estructurado por parte de la primera generación a pesar del choque cultural que pueden vivir (Díaz, 2003, pp. 156-160).

7. *Tiempo de residencia.* Hace alusión al tiempo transcurrido desde que la persona emigró. Se incluyen menciones a estudios que evalúan la evolución del migrante desde que llega a la nueva sociedad, para lo cual se ha propuesto modelos para explicar las manifestaciones de emociones y de sucesiva adaptación del individuo. Estos modelos —Brink y Saunder; Rumbault; Sluzki, entre otros— incluyen tres fases: de encantamiento o euforia inicial, seguida por estrés o insatisfacción por dificultades encontradas, y finalmente adaptación al nuevo ambiente. Debido a las limitaciones metodológicas, no existe un consenso o evidencia contundente sobre este factor, pues se localizan discrepancias sobre las mediciones del tiempo que transcurre entre fases, desde meses a un año, en la fase de euforia, hasta un año o varios años en el desarrollo de crisis posterior. La literatura sugiere concentrarse en los hechos que pudieran incidir en el proceso, más que en la fase de adaptación en que se encuentre el sujeto en función del tiempo transcurrido (Díaz, 2003).
8. *Presencia de redes sociales y servicios disponibles para el inmigrante en el nuevo país.* El estrés generado por las nuevas condiciones sociales estará influenciado por la presencia o ausencia de enclaves étnicos que den apoyo y defiendan a los nuevos inmigrantes, favoreciendo la obtención de viviendas, trabajos y la acomodación en el ambiente cultural. Su ausencia puede repercutir en el aumento de incidencia de desórdenes psiquiátricos, síntomas depresivos, o efectos paranoides, particularmente en los primeros momentos de la migración. La existencia de sistemas de servicios o programas de atención a la población migrante por parte del país de acogida también constituye un elemento protector y que coadyuva en la disminución de riesgos (Díaz, 2003).

9. *Racismo y discriminación.* Se ha evidenciado que las personas que son víctimas de comportamientos racistas tienen mayor riesgo de desarrollar problemas mentales, tales como la depresión. Esta actitud puede ser fomentada por medios de comunicación, pues en ocasiones los inmigrantes son caracterizados con estereotipos étnicos negativos; por ejemplo, ser vagos o promotores del crimen. Este tipo de discriminación aumenta en los grupos racialmente diferentes. Se ha observado especial vulnerabilidad en niños y adolescentes, con aparición de síntomas depresivos y baja autoestima, los cuales pueden aumentar si existe la percepción de continuar siendo discriminado, independientemente de los logros alcanzados (Díaz, 2003).
10. *Situación social del inmigrante.* Este factor se vincula con las condiciones en que la persona migrante desarrolla su vida rutinaria. De conformidad con los estudios, situaciones como la exclusión social, las condiciones laborales, el desempleo y la situación económica, pueden constituir fuentes de estrés y de afectación de la autoestima del individuo. En el caso laboral, el inmigrante está expuesto a desempeñarse en condiciones menos favorables a las de los locales, en trabajos de bajo estatus y que requieren escasa calificación, así como a quedar relegado o limitados en sus posibilidades de integración en comparación a las de aquellos sectores menos favorecidos social y económicamente.

Por su parte el desempleo es causa de deterioro en la salud mental y bienestar, siendo una de las principales razones de la pobreza. Los inmigrantes en estas situaciones poseen una sensación de inestabilidad e incertidumbre respecto al futuro, que puede desencadenar en reacciones como agresividad, intolerancia, desesperación y miedo. La movilidad social se logrará mediante grandes esfuerzos por parte del migrante a lo largo del tiempo, esto puede

afectar su salud mental, en los casos en que se encuentre en una peor posición a la de años atrás (Díaz, 2003).

3.3.2. Relación del compromiso escolar con la salud mental en estudiantes inmigrantes

De acuerdo con lo revisado hasta ahora, varios investigadores enfatizan el papel que juega el contexto próximo como la familia, los amigos, los maestros y compañeros de escuela en el desarrollo de un niño o adolescente. Tanto el entorno escolar como la familia son especialmente importantes en el proceso de aculturación de niños inmigrantes en las sociedades occidentales contemporáneas (Vedder et al., 2016). Se sabe que el niño y el adolescente aporta su experiencia familiar y cultural al entorno escolar en el que se desenvuelve, situación que influye claramente en sus relaciones interpersonales, en la percepción de discriminación y en el sentido de pertenencia. A su vez, esto impacta directamente en su rendimiento escolar, en su éxito académico y más adelante en su participación social en la vida adulta (Kim, 2009, citado por Vedder et al., 2016).

Adicionalmente, se sabe que el funcionamiento escolar también depende de lo que sucede en la familia. Una de las consecuencias que enfrentan las familias de inmigrantes económicos es que los padres deben trabajar jornadas muy largas para poder contar con ingresos suficientes. Por tanto, poseen poco tiempo para cuidar a sus hijos, lo que implica desplazar esta responsabilidad a la escuela (Dyson, 2013); o bien, los hijos tienen que cuidarse solos, situación afecta su desempeño escolar por la consecuente desmotivación y falta de compromiso.

De acuerdo con la OCDE (2003; 2013) en un estudio realizado en 43 países, uno de cada cuatro estudiantes se considera decepcionado o poco comprometido

con su ambiente escolar. Esto resulta particularmente preocupante en el caso de la población estudiantil de origen inmigrante, ya que las consecuencias de esta falta de compromiso pueden incidir en la integración de estos chicos en las sociedades de acogida (Motti-Stefanidi et al., 2013).

El término compromiso escolar —*School Engagement*, en inglés—, no cuenta con una definición clara. Diversos investigadores lo consideran como un constructo multidimensional que puede funcionar como predictor del desempeño académico, de la deserción escolar y del grado de implicación que tienen los adolescentes en relación con su escuela (Sandoval-Muñoz et al, 2018; Finn, 1993).

Según Fredricks (2004), el compromiso escolar comprende tres dimensiones: la conductual, la emocional —o psicológica— y cognitiva. En este modelo, el factor conductual se refiere al grado de participación del alumno en la clase y en la escuela en general, el esfuerzo que el alumno hace por aprender y las conductas positivas hacia sus pares y maestros; el factor cognitivo se compone de los objetivos de aprendizaje, capacidad de autorregulación y el tiempo que el infante o adolescente invierte en aprender; el componente emocional se refiere a la identificación que siente el alumno con la escuela, el sentido de pertenencia y el valor que le da a su propio aprendizaje (Fredricks et al., 2004, Jimmerson et al., 2003, citados por Appleton, 2006).

Appleton et al. desarrollaron un modelo en el que además de las tres dimensiones antes mencionadas, agregan el componente académico. Éste toma en cuenta el tiempo que el alumno tarda en realizar sus tareas, los créditos que ha logrado al terminar sus estudios y si ha sido capaz de completar las labores que le correspondían y graduarse. Para estos autores, la dimensión cognitiva y emocional están compuestas por factores menos observables y, por lo tanto, difíciles de medir.

Uno de los aspectos que más llaman la atención de este modelo, es que los autores explican la existencia de una relación entre factores contextuales —como

las figuras de autoridad en la escuela, el apoyo familiar, la percepción de apoyo entre compañeros— y el grado de compromiso escolar de los adolescentes. Siguiendo el enfoque multidimensional, el compromiso escolar puede entenderse como un fenómeno biopsicosocial que se desarrolla dentro de un contexto que posee normas, reglas y valores específicos a los que el adolescente debe adaptarse. En general, los estudiantes que perciben aceptación y cercanía por parte de sus profesores presentan mayor autonomía y demuestran conductas más comprometidas con su desempeño escolar (Ryan et al, 1994 citado por Appleton, 2006). A continuación, mediante un diagrama, se muestra la forma en que interactúan algunos de los factores mencionados en el compromiso escolar.



Ilustración 12. Tipos de compromiso, indicadores y resultados

Fuente: Elaboración propia a partir de Appleton et al., 2006.

Otro punto importante para tomar en cuenta es la relación que existe entre la salud mental de los adolescentes y las dimensiones que componen el compromiso escolar. Sin embargo, existen pocos estudios que aborden esta relación. Uno de los más destacados es el de Wang y Peck (2013), quienes observaron, en una muestra de adolescentes de diversos orígenes culturales, que un nivel bajo de compromiso escolar y un bajo desempeño académico se relacionaron con síntomas depresivos acusados. Algunos datos revelan que los trastornos internalizados —como depresión o ansiedad— se relacionan con índices más altos de absentismo escolar. Por su parte, los comportamientos opositoristas-desafiantes se vinculan con mayor frecuencia con sentimientos de frustración, aburrimiento y falta de comunicación con otros compañeros.

De igual forma, se ha descrito que los alumnos con familias monoparentales y con poca participación en la vida escolar, tendieron a presentar mayor índice de conductas disruptivas (Stutphen et al., 2010, citado por Wang, 2013). También, se encontró que el miedo o conflictos con los profesores se relacionó con mayor malestar psicológico y absentismo (Davies et al., 2006 citado por Wang, 2013). Asimismo, los alumnos que expresaron menor sentido de pertenencia y compromiso escolar presentaron más problemas conductuales (Shochet et al., 2006). Con estos datos, se puede concluir que existe una relación entre problemas de salud mental y algunos factores que componen el compromiso escolar; por tanto, si se trabaja para modificar y mejorar estos factores, la salud mental de los alumnos también debería mejorarse.

Como se ha mencionado, el concepto de compromiso escolar cobra especial relevancia al hablar de adolescentes de origen inmigrante. En la literatura se han identificado el bajo rendimiento escolar, el ser un estudiante de origen inmigrante y la presencia de algunos aspectos psicosociales adversos, como factores de riesgo para presentar un bajo compromiso escolar y mayores índices de absentismo.

Algunos autores sugieren que los jóvenes de origen inmigrante disminuyen su compromiso escolar para protegerse del fracaso académico, pues se menciona que la percepción de bienestar psicológico de los estudiantes de origen inmigrante no difiere de la de sus pares no inmigrantes, a pesar de que los primeros presentan un bajo desempeño académico (Steele et al, 1995 citado por Motti-Stefanidi, 2015).

Además, en un estudio realizado en adolescentes de origen inmigrante recién llegados a Estados Unidos, se observó que, independientemente de que al inicio hayan presentado un compromiso escolar elevado, con el paso de los años este disminuyó (Suárez-Orozco et al., 2009). Este fenómeno probablemente se pudo deber a las barreras idiomáticas, a la falta de competencias culturales en las escuelas y a experiencias de discriminación por parte de los alumnos (Nikolaou, 2000; Triandafyllidou, 2000 citados por Motti-Stefanidi, 2015). También en España se ha encontrado que los adolescentes nativos presentan un nivel más alto de compromiso y mejores resultados en su desempeño escolar en comparación con adolescentes de origen inmigrante (Goñi et al., 2018).

La relevancia de analizar el compromiso escolar desde los diversos factores que componen este constructo radica en la posibilidad de diseñar estrategias de intervención dirigidas a atender los factores y aspectos que están fallando o presentando problemas. Por ejemplo, si existe un bajo sentido de pertenencia, se podrían diseñar programas para sensibilizar tanto al personal escolar como a los alumnos y padres, a fin de fomentar una cultura escolar mas inclusiva; esto, repercutiría en el grado de implicación con la escuela y en la percepción de bienestar emocional.

Sin embargo, tal y como se ha revisado a largo de este marco teórico, el concepto de compromiso escolar está relacionado con características que se esperan de un estudiante ideal según parámetros occidentales. Los estudios que comparan el compromiso escolar de los adolescentes de origen inmigrante con los

no inmigrantes pueden incidir en la adecuación de políticas educativas culturalmente sensibles, en las cuales se pueda preparar a la comunidad escolar, maestros, personal directivo, entre otros, para desarrollar programas escolares culturalmente competentes.

Existe un potencial aún no suficientemente explorado en la relación entre inmigración, desempeño escolar y salud mental de niños y jóvenes. Por lo que es necesario avanzar en estas líneas de investigación y propuestas para elevar el compromiso y desempeño académico de aquellos grupos inmigrantes cuya presencia de factores predictores negativos disminuye su potencial en términos escolares.

3.3.3. Relación de la violencia familiar con la salud mental en adolescentes inmigrantes

La violencia es una forma de ejercer poder, dominación, opresión y control sobre una persona que se encuentra en una posición de sometimiento. La OMS (2002) la define como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. No existe una sola clasificación de los tipos de violencia, dependiendo del autor pueden dividirse en: autoinflingida —conductas suicidas y autolesiones—, violencia interpersonal —violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco— y violencia colectiva —social, política y económica. La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual o psicológica, en la que incluye negligencia y descuido (OMS, 2002).

Se calcula que mil millones de niños y adolescentes a nivel mundial han estado expuestos a violencia física, sexual o psicológica en el último año (OMS,

2019). Una forma de violencia muy frecuente es la doméstica o familiar, denominada así por la literatura anglosajona. Los hijos que presencian este tipo de violencia presentan mayor riesgo de problemas emocionales y conductuales. Estudios realizados en América del Norte, refieren que los hijos que son testigos de episodios violentos entre sus padres tienen los mismos trastornos conductuales y psicológicos que los niños que reciben maltrato directo (OMS,2002). De igual forma, la violencia ejercida hacia el adolescente en el ámbito familiar es un factor de riesgo muy común para el desarrollo de problemas de salud mental (Gutierrez-Vega et al., 2013), tales como conductas externalizadas —agresividad y hostilidad—, internalizadas —depresión y ansiedad—, y bajo desempeño académico (Zuñeda et al., 2016).

Uno de los aspectos que puede influir en la presentación de violencia doméstica o familiar es la migración, pues implica un desafío para la adaptación a nuevos patrones culturales, especialmente cuando los roles de género en el interior de la familia se ven invadidos. En la actualidad, la feminización de la migración ha supuesto que las mujeres asuman el rol de proveedoras económicas (ONU, 2014), lo que puede contribuir a que se presenten situaciones de violencia o a agravar las preexistentes desde el país de origen (Carretero, 2014).

Los adolescentes de origen inmigrante se encuentran en una condición especialmente vulnerable, derivada de la confluencia de distintos factores de riesgo, principalmente los socioeconómicos (Bradley et al., 2016; Gao et al., 2017). Crouch et al. (2000) encontraron que, al aumentar el nivel socioeconómico de familias caucásicas en Estados Unidos, disminuía el riesgo de los adolescentes de ser víctimas o testigos de violencia; sin embargo, en las familias de origen latino o afroamericano, este efecto desaparecía.

Aunque el nivel socioeconómico es sin duda un factor importante a ser considerado (Alink et al., 2013; Euser et al., 2011), otros factores, especialmente relacionados con la exclusión y aislamiento social de grupos minoritarios juegan un

rol igual o más relevante. Por ejemplo, Cardona, Nicholson y Fox (2000) encontraron que las madres latinas de nivel socioeconómico alto mostraron niveles de disciplina más dura que las de que presentaban un nivel bajo, sugiriendo que probablemente las madres latinas económicamente exitosas sentían la necesidad de ser más rígidas con sus hijos para que aprendan cómo alcanzar el éxito en la sociedad dominante.

Además de la vulnerabilidad propia de la exclusión social y el factor económico, las familias migrantes suelen presentar factores de riesgo adicionales relacionados con la violencia. Por ejemplo, en muchos casos provienen de contextos relativamente inestables o bruscos, tanto a nivel social como familiar, lo que se ha asociado también a estilos parentales más violentos, especialmente en el caso de las madres, quienes muchas veces se encuentran sometidas a formas continuadas de violencia relacionadas con la inequidad de género. (Malkin & McKinney, 2018; Varela, Castañeda, Galindo, Moreno & Salguero, 2019).

No obstante, existen diferencias culturales importantes que afectan la violencia paterno filial, aunque los estudios en este campo son limitados y muchas veces contradictorios (Malkin & McKinney, 2018; Fenimore et al., 2019). Millet (2016) encontró que las familias migrantes latinas tenían una menor tasa de violencia paterno filial que aquellas nacidas en Estados Unidos. En un estudio con familias migrantes latinas, no-migrantes latinas, y no-migrantes caucásicas, Almeida et al. (2009) observaron que los migrantes latinos dependen fuertemente de sus familias, mientras que los demás grupos dependían más de sus relaciones sociales.

Empero, a medida que aumenta el nivel socioeconómico, esa diferencia desaparece. Esta situación se ha interpretado como una desintegración de la raíz cultural en aquellas las familias mejor integradas en el sistema laboral, un resultado consistente con estudios demográficos que compararon poblaciones migrantes en España y Estados Unidos (Mora et al., 2018). Por su parte, Schick y sus colegas

(2016) encontraron una prevalencia muy fuerte de violencia filio-parental en migrantes de origen africano y latino en Suiza, donde el estrés aculturativo es más fuerte. Esto reduce de forma significativa los factores protectores culturales de la población migrante, como la cohesión social y familiar. Los resultados mencionados son consistentes con los hallazgos de Lansford et al. (2004), respecto al impacto del estrés aculturativo sobre la violencia filio-parental en familias migrantes.

Aunque usualmente se ha considerado que la cohesión familiar es un factor protector que reduce la violencia hacia los niños (Coohey, 2001), parece ser que en ocasiones se transforma en un “arma de doble filo”. En efecto, la cohesión familiar se caracteriza por sentimientos de reciprocidad, lealtad, y solidaridad con la familia (Ansion & Merali, 2018); sin embargo, algunos estudios sugieren que precisamente este sentimiento de lealtad impide que las víctimas de violencia busquen ayuda externa (Frías & Agoff, 2015). De este modo, la situación de violencia se extiende en el tiempo, exponiendo a los miembros de la familia a una exposición prolongada a la victimización directa o indirecta. De la misma forma, los jóvenes migrantes más aculturados presentan mayores conductas de violencia, aspecto que puede relacionarse con un incremento de conflictos en el hogar ante esta deslealtad percibida por sus padres hacia la cultura de origen (Fenimore et al., 2019).

La violencia hacia los adolescentes es un problema de salud pública de gran relevancia, tanto por su prevalencia como por sus efectos en la salud mental de los jóvenes. En el caso de la población migrante, los factores relacionados con esta violencia son aún más complejos que para la población nativa, y usualmente se ha relacionado con un mayor riesgo de sufrir de violencia paterno filial (Schick et al., 2016). No obstante, existe evidencia que sugiere precisamente lo contrario: los migrantes serían menos propensos al maltrato infantil que la población nativa (Millet, 2016). Con todo, y pese al aumento importante en los flujos migratorios hacia España de los últimos años (Anguita & González, 2019), poco se sabe sobre la

relación entre las diferencias culturales en los tipos de violencia ejercidos contra los adolescentes migrantes y no-migrantes en su contexto familiar, y el impacto en su ajuste socioemocional.

3.3.4. Relación de la resiliencia con la salud mental en adolescentes inmigrantes

A pesar de los numerosos factores que pueden impactar negativamente en la salud mental de los adolescentes, en especial en aquellos de origen inmigrante, es importante señalar que la migración puede ser un proyecto de vida lleno de posibilidades. Por esto, es necesario introducir el concepto de resiliencia, ya que es uno de los factores en los que se hace hincapié en el presente trabajo.

La palabra resiliencia tiene su origen en el término del latín *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, volver al estado inicial o rebotar. Fue un término originalmente usado en la física para referirse a la capacidad que tiene un material de volver a su forma original después de haber sido sometido a una fuerza externa de compresión, doblado o estiramiento.

En las ciencias sociales, fue introducido por la psicóloga Emmy Werner, quien es reconocida como la creadora del concepto de resiliencia humana gracias a un estudio longitudinal en el que siguió a 700 niños a lo largo de 30 años (Werner et al., 1982). La mayoría de estos chicos eran hijos de familias de inmigrantes y estuvieron expuestos a ciertos factores adversos tales como violencia familiar, alcoholismo o enfermedad mental de algún miembro de la familia, problemas de salud o divorcio de los padres.

La autora observó que dos terceras partes de estos niños presentaron dificultades en su desarrollo, embarazos precoces, trastornos mentales y delincuencia. Sin embargo, un tercio de ellos tuvieron una buena evolución y habían

tenido éxito vital al llegar a los 40 años. Ante estos hechos, Werner y colaboradores trataron de definir qué factores habían influido en este resultado, y los llamaron factores de resiliencia. Estos autores concluyeron que, aunque las primeras experiencias vitales sean lo suficientemente estresantes, no dejan necesariamente daños o secuelas irreversibles y que el fenómeno de resiliencia se puede presentar en cualquier momento del ciclo vital del individuo.

Posteriormente, el concepto de resiliencia se ha enriquecido gracias a los distintos modelos propuestos. Algunos abordajes hablan de cuatro tipos principales de resiliencia: individual, familiar, social o comunitaria y, más recientemente, la cultural.

3.3.4.1. Resiliencia Individual

Desde la psicología se hace referencia al fenómeno de la resiliencia como la capacidad que tienen las personas de salir fortalecidas luego de haber sufrido situaciones altamente estresantes en las que han sentido que se pone en riesgo su integridad física o emocional. Rutter (1993), uno de los pioneros en estudiar esta teoría, lo define como la cualidad que tienen las personas que han sufrido estrés sostenido de evolucionar favorablemente; y que, en cambio, para la población en general supondría experimentar consecuencias graves. En el campo de la psicología evolutiva, la resiliencia se describe como la capacidad que tienen los niños después de haber sido expuestos a factores adversos, de sobreponerse y crecer de forma saludable.

La psicología positiva, que explora cómo las experiencias son valoradas subjetivamente por el individuo, refiere a cualidades como la compasión, capacidad de amar, habilidades sociales, responsabilidad y tolerancia; como aquellas características que promueven la resiliencia en las personas (Seligman et al., 2000 citado por Bravo-Andrade et al., 2015).

El psiquiatra Boris Cyrulnik (2001) plasma una visión más alentadora sobre el trauma infantil y la resiliencia. Considera que desde la más temprana infancia existe una capacidad de autoprotección que amortigua el impacto de los traumas. Este mecanismo se pone en marcha no solamente gracias a las características individuales, sino que también influyen las primeras figuras de apego, así como un entorno social dispuesto a ayudar para llegar a una adultez sana.

En la literatura se mencionan algunos factores que componen la resiliencia individual, tales como la capacidad de establecer relaciones sociales y vínculos con otras personas, la creatividad, el humor, ser capaz de diferenciar y poner límites, introspección y sentido moral, percepción de autoeficacia y dar sentido a los eventos acontecidos a lo largo de la vida. La resiliencia individual, entonces, se comprende gracias a la influencia del contexto familiar, social y cultural, entendiéndola como parte de la interacción de estos factores.

3.3.4.2. Resiliencia Familiar

Con respecto al ámbito familiar, Walsh (2004) y Minuchin (1986) se refieren a la resiliencia como la capacidad que tienen los miembros de una familia de soportar eventos adversos a través de sus interacciones y salir fortalecidos de éstos. La forma en que se organicen y enfrenten el estrés de manera eficiente, influirá en la adaptación de cada uno de sus miembros y a su vez fortalecerá la unidad familiar.

Algunos de los factores que fomentan o fortalecen la resiliencia familiar están relacionados con su estructura y funcionamiento, la dinámica de relación entre sus miembros, el establecimiento de una comunicación abierta que permita el intercambio con el exterior; la calidad y cercanía de las relaciones y manifestaciones afectivas; la cohesión que fomente el respeto de los límites individuales y autonomía de sus integrantes; solidaridad, empatía y la capacidad de flexibilizar su organización ante situaciones adversas. Para Walsh (2004), uno de los aspectos que fortalece o debilita el proceso de resiliencia es el sistema de creencias

familiares; el posibilita procesos como el resignificar la adversidad, poseer una perspectiva positiva y compartir valores espirituales.

3.3.4.3. Resiliencia social o comunitaria

Este concepto tiene su origen en Latinoamérica, y reconoce la forma de afrontamiento a eventos adversos y conflictos colectivos por los grupos que forman una comunidad. Por lo tanto, la resiliencia social hace referencia a la capacidad que tiene un sistema social de readaptarse o reorganizarse para hacer frente a las dificultades, de modo que mejore su estructura y funcionamiento.

Los factores que influyen en el fortalecimiento de este tipo de resiliencia son la solidaridad entre sus miembros, la compatibilidad de valores y tolerancia, igualdad de oportunidades, canales de comunicación adecuados, el sentido de pertenencia, tener un fin común, poseer un sentido fuerte de identidad cultural, humor social, intercambio con otras redes sociales, entre otros (Ugarte, 2013; Adegger et al., 2013). La resiliencia social se pone de manifiesto cuando los miembros de una comunidad se apoyan y cooperan entre sí, trabajan hacia un bien común, logran adaptarse y reestructurar la función de su grupo social.

3.3.4.4. Resiliencia Cultural

La resiliencia cultural alude a la capacidad de mantener y desarrollar una identidad cultural y mantener el conocimiento crítico de las prácticas culturales. Considera que, a nivel individual y comunitario, la cultura impacta en cómo una persona y los miembros de un grupo gestionan y enfrentan la adversidad apoyados en sus expectativas y creencias culturales. Se define como la capacidad que tiene el individuo de transitar hacia el equilibrio y encontrar un estado de bienestar, tomando las herramientas que su familia, comunidad y cultura puedan proporcionarle.

Aunque la anterior es una definición que se maneja en la literatura, es muy importante hacer hincapié en que el concepto de resiliencia toma en cuenta varios

aspectos definidos por la cultura occidental, tales como la autoeficacia, apego seguro, apoyo social, economía, entre otros. Asimismo, gran parte de la investigación se basa en la epistemología eurocentrista, por lo que, los estudios transculturales sobre resiliencia deben tener cautela a la hora de interpretar sus resultados (Johnson-Powell et al., 1997 citado por Ungar, 2008).

En el estudio *International Resilience Project*, realizado en una muestra de 1500 adolescentes a lo largo de los cinco continentes, validado mediante el *Child and Youth Resilience Measure* y que recogió entrevistas individuales y grupos focales, se observó que la resiliencia es un constructo multidimensional, cuya definición difiere entre los propios individuos y sus comunidades, y que tiene tendencia a mostrar homogeneidades y heterogeneidades entre los grupos culturales en los que se realizó la investigación (Este estudio fue) (Ungar et al., 2005 citado en Ungar, 2008).

Los autores del estudio mencionado concluyeron lo siguiente: existen aspectos tanto universales como culturales y contextuales específicos que contribuyen en el proceso de resiliencia; los aspectos de la resiliencia impactan la vida de un niño con diferente intensidad dependiendo del contexto cultural en el que éste se desarrolle; algunos aspectos en la vida de un niño que contribuyen a su proceso de resiliencia se relacionan entre sí, mostrando patrones que reflejan el contexto cultural en el cual se desenvuelve; y las tensiones que surgen entre los individuos y sus contextos culturales se resuelven de formas que reflejan sus propias características resilientes.

En otras palabras, habrá aspectos en común, como por ejemplo el vivir en un ambiente que fomenta la discriminación, pero los miembros de diferentes culturas lo enfrentarán de formas diferentes. Dependiendo de la cultura a la que el niño pertenezca, éste tomará las herramientas que le parezcan familiares o que haya

aprendido en su comunidad —por ejemplo, la religión— o adoptará referentes fuera o dentro de la familia.

Otro aspecto para tomar en cuenta es el significado que cada individuo o cultura le da a su sentido de bienestar. Asimismo, la intensidad de los eventos adversos a los que los individuos estén expuestos influirá en el tipo de respuesta que habrá, por ejemplo, en una comunidad afroamericana en la que existe violencia extrema, los padres tienden a ser más estrictos en el cuidado de los hijos, provocando peores resultados en su desarrollo. Por el contrario, en comunidades blancas menos expuestas a violencia, el cuidado es más flexible hacia los hijos por lo que suele provocar un mejor resultado en su desarrollo (Sammeroff et al., 2003 citado en Ungar, 2008).

Cuando se trata de resolver las tensiones que surgen en la propia cultura, los adolescentes que se autoperceben y que son percibidos como resilientes por sus comunidades, enfrentan las dificultades con las herramientas que han adquirido en su propia cultura, como por ejemplo la educación, las relaciones con figuras referentes que sirvan de modelos positivos, mayor apego a los valores o costumbres, empatía, tener un rol activo o significativo dentro de la propia comunidad, actuar por un bien común, entre otros.

La siguiente tabla resume algunos de los factores de resiliencia enunciados en este apartado:

Tabla 18. Factores de resiliencia

Culturales
1. Afiliación con una organización religiosa.
2. Los adolescentes y sus familias son tolerantes entre sí, respecto a las diferencias en creencia e ideologías (rol de género).

3. La descolocación cultural y cambios en valores son bien manejados.
4. La autosuperación (no se refiere a la superación económica, sino más bien a la superación personal y comunitaria).
5. Poseer una filosofía de vida.
6. Identificación espiritual y cultural.
7. Poseer raíces culturales: saber de dónde provienes y ser parte de una tradición cultural que se expresa en las actividades diarias.
Comunitarios
8. Oportunidades de empleo adecuadas a la edad.
9. La familia, comunidad y pares evitan la exposición a violencia.
10. El Estado juega un rol preponderante en proporcionar al niño/adolescente seguridad, recreación, hogar y empleo al crecer.
11. Rituales de paso significativos que no representen un riesgo excesivo.
12. La comunidad es tolerante con conductas de alto riesgo o problemáticas.
13. Las necesidades de seguridad se encuentran satisfechas.
14. Percepción de igualdad social.
15. Acceso a la escolarización, información y recursos para el aprendizaje.
Relacionales
16. La calidad con la que los padres cubren las necesidades de sus hijos: La familia es afectivamente expresiva y los padres cuidan a sus hijos apropiadamente.
17. Competencia social (personas que saben comportarse según las circunstancias sociales).
18. Tener una imagen o modelo positivo de un mentor.
19. Relaciones o vínculos significativos con compañeros de escuela, en casa, percepción de apoyo social, aceptación por sus pares.

Individuales
20. Asertividad.
21. Habilidades para resolver problemas.
22. Percepción de autoeficacia.
23. Poder vivir con cierta seguridad o sentido de certidumbre.
24. Autoconciencia.
25. Apoyo social percibido.
26. Visión positiva de las cosas, optimismo.
27. Empatía y capacidad de entender a los otros.
28. Poseer metas y aspiraciones.
29. Poseer un balance entre la autonomía e interdependencia.
30. Uso apropiado o abstinencia a drogas o alcohol.
31. Poseer sentido del humor.
32. Sentido de la responsabilidad (hacia uno mismo y hacia los otros, dependiendo de los valores culturales).

Fuente: Elaboración propia a partir de Ungar et al., 2005.

Como ya se ha revisado con anterioridad, el desarrollo del ser humano está directamente influenciado por diversos factores ambientales, culturales y sociales. En este sentido, la manifestación de la resiliencia requiere de características individuales, pero también de múltiples factores que estén en sinergia entre sí, tales como el apoyo familiar, sentido de pertenencia y apoyo social, capacidad de enfrentarse a los cambios y buscar ayuda en caso necesario, entre otros. Es importante tomar en cuenta varios de estos aspectos cuando se aborda el tema de la salud mental y no solamente enfocarse en la resiliencia como factor protector,

pues ésta va a depender, según Tomkiewitz (2004), de la intensidad y tiempo de exposición a la agresión, el grado de afectación que produzca, imprevisibilidad y etapa vital del individuo.

Por su parte, a Murray (1988) (citado por Bravo-Andrade et al., 2015), menciona otros factores que dificultan el proceso resiliente, tales como la duración de los efectos del evento traumático, aquellas situaciones que requieren que haya un replanteamiento de valores o que suceden de manera inesperada y que no den tiempo a la preparación. Finalmente, es importante entender el contexto en el cual los recursos para fomentar la resiliencia se han adquirido, con la finalidad de evitar una visión hegemónica o etnocentrista que influya en que se valore el desarrollo como exitoso o no, o que se evalúe una estrategia de afrontamiento como buena o mala.

Como conclusión, todos los niños y adolescentes atraviesan retos normativos y cambios en su desarrollo, pero particularmente los menores de origen inmigrante viven y crecen en un contexto en el que confluyen por lo menos dos culturas, que a menudo puede resultar prejuicioso o discriminante y esto, a su vez, influir de forma significativa en su adaptación (García Coll et al., 1996 citado en Motti-Stefanidi, 2009). Es importante tener en cuenta que la adaptación de los individuos a su entorno y el tránsito hacia su bienestar y salud dependerá de sus herramientas personales y de la interacción con su contexto familiar, escolar y de sus relaciones interpersonales. Sin embargo, los niños y adolescentes de origen inmigrante enfrentan situaciones únicas.

En general, para hablar de una adecuada adaptación, se espera que los jóvenes lleven a cabo de manera correcta las tareas esperadas para su edad, las cuales reflejan las expectativas y estándares de comportamiento de sus figuras de autoridad —padres o maestros (Masten, 2014). Los ejemplos son el desempeño adecuado en la escuela o un buen ajuste escolar, tener amigos cercanos, ser

aceptado por los pares y tener una conducta positiva en su medio de socialización. Para los jóvenes inmigrantes, además de los retos del desarrollo normal, se agregan los desafíos de aculturación específicos de la inmigración. Por tanto, en este grupo, los factores de adaptación y resiliencia estarán relacionados con qué tan bien negocian las tareas de aculturación y el tránsito para lograr un desarrollo saludable y sentido de bienestar (Motti-Stefanidi, 2018).

3.3.5. Epidemiología de los trastornos mentales y consumo de sustancias en población adolescente

3.3.5.1. Estudios comparativos entre inmigrantes y autóctonos

A continuación se presentarán los resultados de investigaciones similares a la que aquí se realizará. Esto con la finalidad de contar con antecedentes que permitan llevar a cabo una comparación y contrastar metodología, objeto de estudio y resultados y saber si los resultados de la presente investigación confirman o entran en contradicción con otros estudios.

Parte de la literatura sobre el tema señala que los inmigrantes suelen realizar un menor consumo de sustancias que los autóctonos y presentar menores trastornos mentales asociados al consumo de sustancias. No obstante, estos resultados generales varían si se introducen otras variables; por ejemplo, también se ha podido observar que conforme la estadía en el país de acogida se prolonga y mejoran las habilidades en la lengua del nuevo país el consumo de sustancias entre los inmigrantes muestra un aumento (Alegría et al. 2008).

De igual forma, se ha confirmado que las primeras generaciones de inmigrantes presentan un menor porcentaje de consumo de sustancias que la segunda generación. También los hijos de parejas mixtas (es decir, un padre extranjero y uno nativo) son más propensos al consumo de sustancias que aquellos

jóvenes con ambos padres extranjeros (aunque al respecto aún faltan estudios que tomen en cuenta esta covariable). No obstante, las investigaciones de estos estudios no pueden universalizarse, pues otros factores como el país de origen y el país de acogida suelen tener un peso importante en estos casos (Sarasa-Renedo et al. 2015).

Amundsen (2012) realizó un estudio comparativo sobre los niveles de consumo de alcohol entre inmigrantes no-occidentales (iranís, pakistanís y turcos, los grupos inmigrantes más grandes en Noruega) y nativos de Oslo. Para la realización de este estudio se aplicaron tres encuestas, la primera a grupos de jóvenes noruegos de entre 15 y 16 años (7343 participantes), la segunda a adultos entre 30 y 60 años (18,770 participantes) y la tercera inmigrantes de entre 20 y 60 años (3019 participantes) (Amundsen, 2012).

Los resultados de este estudio arrojaron un consumo de alcohol más frecuente entre los jóvenes y adultos noruegos que en aquellos de origen extranjero. Los inmigrantes musulmanes reportaron una menor frecuencia de consumo de alcohol en comparación los inmigrantes no-musulmanes. Amundsen atribuye estos resultados a la alta competencia social y a una mayor interacción social entre los nativos y a una menor presencia de estos factores entre los inmigrantes. Además, señala que la presencia de grandes grupos inmigrantes con un bajo consumo de alcohol puede verse reflejada en el promedio nacional y de igual forma en las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol (Amundsen, 2012).

Destaca el estudio “Effect of immigration background and country-of-origin contextual factors on adolescent substance use in Spain” realizado por Sarasa-Renedo (2015), quien junto con un equipo de investigadores se encargó de realizar un estudio comparativo sobre el uso de sustancias entre jóvenes inmigrantes recientes (provenientes de países musulmanes, Asia, Sudamérica, etc.) y jóvenes nativos españoles. Para realizar este estudio se utilizaron los datos de Encuesta

sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) aplicado a jóvenes entre 14 y 18 años durante los años de 2006, 2008 y 2010. Se abarcó a un total de 12,432 jóvenes recién inmigrados y a 75,511 jóvenes nativos de España (es decir, nacidos en España y con ambos padres españoles) (Sarasa-Renedo et al. 2015).

Se encontró que en comparación con los adolescentes autóctonos, los jóvenes inmigrantes nacidos en el extranjero y sin padres mixtos presentaron una menor prevalencia hacia el consumo de sustancias. Entre las posibles razones para estos resultados está la menor socialización y menor convivencia por parte de los jóvenes inmigrantes con compañeros que utilizan estas sustancias. Los jóvenes inmigrantes recién llegados suelen visitar con menor frecuencia aquellos lugares donde se utiliza estas sustancias y pasa más tiempo en el espacio familiar (Sarasa-Renedo et al. 2015).

Los investigadores atribuyen un peso importante al país de origen de los jóvenes inmigrantes; el consumo de tabaco, cannabis y otros estimulantes incrementaba en los jóvenes inmigrantes entre mayor era el consumo de estas sustancias en el país de origen; por ejemplo, los jóvenes inmigrantes provenientes de regiones no-musulmanas contaban con un menor riesgo de usar alcohol, pero un mayor riesgo de hacer uso de sedantes, en comparación con los jóvenes inmigrantes provenientes de regiones musulmanas. La conclusión a la que arribaron es que la tendencia al consumo de drogas está más influenciada por las normas y valores de la cultura de la que provienen los jóvenes, que por la exposición al contexto de España (Sarasa-Renedo et al. 2015).

Ambos estudios contradicen las creencias populares acerca de los hábitos de consumo de sustancias de la población inmigrante. Y tal parece, que una parte importante de la literatura apunta hacia conclusiones semejantes. Como se observa los dos estudios señalan como factores determinantes el menor grado de

interacción social que caracteriza a los inmigrantes recién llegados como un factor protector; de igual forma las normas y hábitos de los países de origen juegan un papel destacado.

3.3.5.2. Estudios europeos e internacionales que utilizan el Child Behavior Checklist (CBCL) en adolescentes inmigrantes

Los estudios que han aplicado el *Child Behavior Checklist* (CBCL, que sirve para valorar psicopatologías como ansiedad, depresión, retraimiento, etc.) entre niños y jóvenes inmigrantes dentro de diferentes países europeos han encontrado que la prevalencia de problemas psicosociales (de comportamiento, emocionales, educativos, etc.) entre los jóvenes inmigrantes suelen ser más alta que entre los jóvenes no-migrantes o nativos. Aunque persisten dudas sobre los resultados, pues se debe tomar en cuenta el hecho de que los registros sobre salud mental de los jóvenes inmigrantes, cuenta con vacíos importantes debido a la falta de acceso a los sistemas de salud (Reijneveld et al., 2005).

Un ejemplo de estudios de este tipo es el realizado por Reijneveld sobre problemas psicosociales entre niños y jóvenes inmigrantes y nativos en Holanda. En esta investigación se examinó a 4,098 menores de edad de entre 5 y 15 años, se pidió a los padres que respondieran el cuestionario CBCL y se compararon los resultados de cinco grupos étnicos, nativos holandeses, inmigrantes económicos, inmigrantes de colonias holandesas, inmigrantes de países no industrializados e inmigrantes de países industrializados (Reijneveld et al., 2005).

Los resultados de la investigación fueron que los padres reportaron una mayor prevalencia de problemas psicosociales entre los jóvenes inmigrantes provenientes de colonias holandesas y entre los inmigrantes económicos en comparación con los jóvenes nativos. Mientras que en otros grupos inmigrantes no

se encontraron resultados significativos. Por esta razón, los investigadores insisten en diferencia grupos migrantes, tanto por lugar de procedencia, como por motivación y concluyen que determinados grupos inmigrantes son más susceptibles a desarrollar psicopatología por sus antecedentes migrantes (Reijneveld et al., 2005).

Estudios similares tienden a enfatizar en sus conclusiones la necesidad de garantizar acceso a los sistemas de salud a los jóvenes inmigrantes, ya que determinados grupos cuentan con mayor probabilidad de desarrollar psicopatología. La falta de acceso a los sistemas de salud crea un subregistro de esta problemática e impide que se pueda atender de forma eficiente y puntal a los grupos afectados.

A lo largo de este capítulo se buscó ampliar la comprensión del proceso de inmigración y mediante la exposición de los factores que hacen de dicho proceso un fenómeno con importantes repercusiones para la salud mental de los inmigrantes. Se observó, en primer lugar, que la evolución que los modelos explicativos sobre el desarrollo juvenil han tenido y cómo es que cada vez con más frecuencia suelen poner el acento en cuestiones relacionadas con los entornos y diferencias culturales.

También se observaron diferentes críticas al reduccionismo cultural presente en el estudio de los jóvenes, pues en muchas ocasiones se busca universalizar las características de los jóvenes de una cultura, lo que se convierte en un obstáculo a la hora de analizar casos de estudios como la inmigración; sobre todo en contextos como el de esta investigación donde los jóvenes inmigrantes provienen de entornos culturales diversos, que en determinados aspectos difieren significativamente de aquellos a los que llegan.

Esto tiene importantes repercusiones a la hora de analizar procesos como el de individuación y de valorar la forma en que se realiza. Pues, por ejemplo, lo que desde el punto de vista occidental puede parecer una relación “anormal” entre los

jóvenes y su familia, desde otra perspectiva se trata de un factor que contribuye a una adaptación menos abrupta a un nuevo contexto cultural. En resumen, existe la necesidad de abandonar paradigmas reduccionistas o etnocentristas que no consideran al fenómeno migratorio en su dimensión multicultural.

Por fortuna la investigación en materia de salud mental ha avanzado en la forma en que estudia las múltiples causas de psicopatología, ahora se contemplan los factores psicosociales; lo cual abre posibilidades para la realización de estudios que comprendan la cultura como un factor multidimensional con una serie de variables. Donde ningún modelo social, de convivencia familiar o de dinámica escolar puede ser considerado universal, ni ser elevado como norma para evaluar al resto. Es necesario analizar los procesos de negociación y traducción cultural en las diferentes etapas de aculturación por las que atraviesas las personas inmigrantes. Esto con la finalidad de identificar cuáles son los factores protectores que demuestran tener más éxito.

El interés de esta investigación radica en estudiar cómo operan las categorías expuestas entre los jóvenes inmigrantes y no migrantes localizados en Alicante y Barcelona. El estudio de estos jóvenes puede ayudar a comprender cuáles son los factores protectores entre ellos y cuáles son aquellos otros que los hacen propensos a desarrollar problemas de salud mental.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1. Preguntas de investigación

Pregunta general: ¿La exposición a factores psicosociales como la resiliencia, el compromiso escolar y la violencia familiar incide en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes y no inmigrantes de España?

4.2. Hipótesis

La exposición a factores psicosociales como la resiliencia, el compromiso escolar y la violencia familiar incide en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes en comparación con los adolescentes no inmigrantes en España.

4.2.1. Hipótesis particulares

1. La exposición o presencia de factores de compromiso escolar incide en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes en comparación con los adolescentes no inmigrantes en España.
2. La exposición a violencia familiar incide de forma más importante en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes en comparación con los adolescentes no inmigrantes en España.

3. La exposición a factores de resiliencia incide de forma más importante en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes en comparación con los adolescentes no inmigrantes en España.

4.3. Objetivos

Objetivo general: Determinar si la exposición a factores psicosociales como la resiliencia, el compromiso escolar y la violencia familiar incide en la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes y no inmigrantes de España.

4.3.1. Objetivos particulares

1. Describir las características del fenómeno de la migración en términos teóricos y en el contexto de España, a fin de identificar sus principales consecuencias de tipo individual, grupal y social.
2. Exponer cómo impacta el fenómeno de la migración en la salud mental, a través de referentes teóricos como el modelo ecológico de Bronfenbrenner, el estrés aculturativo y la paradoja del inmigrante sano.
3. Detallar las características del desarrollo de la adolescencia y la influencia que ejercen los factores psicosociales como el compromiso escolar, la resiliencia y la violencia familiar en la salud mental de jóvenes inmigrantes y no inmigrantes.
4. Identificar si la resiliencia, el compromiso escolar y la violencia familiar mantienen relación con la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias adictivas en adolescentes inmigrantes y no inmigrantes de España, con base en la aplicación de las pruebas YSR (Youth Self Report),

SEI (Student Engagement Instrument) y CYRM-28 (Child and Youth Resilience Measure-28).

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

El presente estudio surge como un subproyecto que formó parte de un proyecto coordinado desarrollado de forma conjunta en Barcelona y Alicante. La finalidad de este último fue contribuir, como grupo vinculado al CIBERSAM —junto con otros grupos del Subprograma de Salud e Inmigración del CIBERESP— a la construcción una cohorte de familias inmigrantes de distintas procedencias establecidas en España que permitiera conocer mejor el proceso de inserción y las repercusiones de este sobre el estado de salud mental. El objetivo principal del subproyecto con adolescentes fue analizar la relación entre salud mental y el entorno psicosocial de chicos de origen inmigrante y autóctonos, prestando atención a los posibles trastornos por uso de sustancias.

5.1. Muestra

El estudio realizado fue de tipo prospectivo, la muestra de adolescentes considerados se elaboró a partir de un método no aleatorio, también conocido como por conveniencia. Este tipo permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos; resulta oportuno para el investigador debido a la accesibilidad y proximidad de los sujetos. Asimismo, se trata de un muestreo consecutivo; lo que quiere decir que los casos se reclutaron hasta completar el tamaño de la muestra deseado. En estos casos, el investigador determina el lugar en el cual se localizarán a los sujetos de estudio.

5.1.1. Criterios de inclusión

Para el caso de los adolescentes inmigrantes

- Adolescentes de 12 a 17 años radicados en Barcelona y Alicante, nacidos fuera de España.
- Con ambos padres también nacidos fuera del país, sin importar si posteriormente obtuvieron la nacionalidad española.
- Contar con un suficiente dominio del idioma español para responder la encuesta.

Para el caso de adolescentes no inmigrantes:

- Adolescentes de 12 a 17 años radicados en Barcelona y Alicante nacidos al interior de España.
- Con ambos padres nacidos dentro del país.

5.1.2. Criterios de exclusión

- Adolescentes inmigrantes de segunda generación.
- Ciudadanos españoles que regresan de sus propios procesos de migración.

Al final, la muestra estuvo constituida por 262 adolescentes migrantes y no migrantes entre 12 y 17 años.

5.2. Variables

Para el cumplimiento del objetivo, las variables dependientes seleccionadas fueron la salud mental y el consumo de drogas. Por su parte, las variables independientes se relacionaron con el entorno psicosocial en el que están inscritos los adolescentes; estas son: exposición a violencia familiar, compromiso escolar y factores de resiliencia presentes —contextuales, individuales y familiares—. Estas últimas dos variables se midieron por medio del *Student Engagement Instrument* y la *Child and Youth Resilience Measure*. Por su parte, la salud mental se identificó a través del *Youth Self Report*. Los indicadores para el análisis del consumo de drogas

y la violencia familiar se describen en la tabla de operacionalización de variables. Asimismo, se recogió información de diversas variables intervinientes que permitieron caracterizar de manera más adecuada la muestra: edad, género, nivel de estudios; y en el caso de los adolescentes migrantes: país de procedencia, situación legal, situación familiar y tiempo de residencia en España.

Tabla 19. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Dimensión o criterio	Definición operativa	Indicadores o subcriterios
Edad	Interviniente	Edad	Tiempo cronológico de vida del entrevistado expresado en años durante el registro de datos	Dato numérico indicado en la hoja de recolección de datos
Género	Interviniente	Sexo	Femenino: genero gramatical; propio de la mujer Masculino: genero gramatical; propio del hombre.	A. Femenino B. Masculino
Escolaridad	Interviniente	Situación escolar actual	Estado del entrevistado respecto a la continuidad en su formación escolar	A. Actualmente estudia B. Actualmente no estudia
		Estudios completados	Niveles escolares que el entrevistado ha completado al momento del registro de datos	A. Ninguno B. ESO C. Bachillerato D. FPR E. PQPI
		Cursos repetidos	Ciclos escolares que el entrevistado ha tenido que repetir, independientemente	A. Ninguno B. Una vez C. Dos o más

			de las causas que lo provocaron	
		Ausentismo	Situación en la que el entrevistado se ausenta constantemente de la escuela	A. Sí presenta ausentismo B. No presenta ausentismo
País de procedencia	Interviniente	País de nacimiento	País en el que el entrevistado nació	Dato cualitativo indicado en la hoja de recolección de datos
Situación legal	Interviniente	Situación legal actual	Estado del entrevistado en relación con su nacionalidad al momento de completar el registro de datos	A. Posee nacionalidad B. Sin nacionalidad c/NIE C. Sin nacionalidad s/NIE
Tiempo de residencia en España	Interviniente	Años de residencia en España	Tiempo en años que el entrevistado ha vivido en España al momento de completar el registro de datos	Dato numérico indicado en la hoja de recolección de datos
Consumo de drogas	Dependiente	Consumo de alcohol	Periodo en el que se hace uso de sustancias con contenido alcohólico	A. Esporádicamente B. Una vez por semana C. Los fines de semana D. Varios días a la semana E. Diariamente
		Consumo de tabaco	Periodo en el que se hace uso de sustancias derivadas del tabaco.	A. Esporádicamente B. Una vez por semana C. Los fines de semana

				D. Varios días a la semana E. Diariamente
		Consumo de cannabis	Periodo en el que se hace uso de sustancias derivadas del cannabis.	A. Esporádicamente B. Una vez por semana C. Los fines de semana D. Varios días a la semana E. Diariamente
Apoyo social	Dependiente	Apoyo social en el centro educativo	Satisfacción y sensaciones que el entrevistado experimenta respecto de su entorno escolar. Medida en una escala numérica	Se evalúa a través del apartado específico del SEI
		Principal preocupación	Aspectos de la vida cotidiana que preocupan a los entrevistados al momento del registro de datos	A. Trabajo/futuro laboral B. Situación económica C. Estudios D. Salud personal/familiar E. Relaciones con amigos/pareja D. Otra
		Actividades de ocio y tiempo libre	Acciones y actividades que los entrevistados realizan durante su tiempo de ocio con propósito recreativo	A. Salir con amigos B. Hacer deportes. C. Actividades extraescolares D. Actividades culturales/religiosas

				E. Jugar con tecnologías F. Otra
Violencia	Dependiente	Violencia física	Situación en la que el entrevistado reporta haber sido víctima o testigo de violencia física	A. Testigo B. Víctima
		Amenazas	Situación en la que el entrevistado reporta haber sido víctima o testigo de amenazas	A. Testigo B. Víctima
		Insultos	Situación en la que el entrevistado reporta haber sido víctima o testigo de insultos	A. Testigo B. Víctima
		Perpetrador de la violencia	Persona que el entrevistado reporta como perpetrador de alguna de las formas de violencia de las que ha sido víctima o testigo	A. Padre B. Madre C. Hermanos D. Pareja de la madre E. Pareja del padre F. Otra

Fuente: Elaboración propia

5.3. Instrumentos

5.3.1. Descripción del Youth Self Report (YSR)

El YSR es una escala autoaplicada diseñada por Achenbach (1991) para obtener —directamente de niños y adolescentes entre 11 y 18 años— información sistematizada sobre diversas competencias y problemas de conducta, siguiendo el

mismo formato que los cuestionarios creados para recabar información de los padres —*Child Behavior Checklist-CBCL*— y de los profesores. El autor recopiló información relacionada con la psicopatología infantil en un sistema de evaluación multiaxial, denominado *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA). Este incluye entonces evaluaciones provenientes de diversas fuentes, los propios niños-adolescentes, padres y profesores y se debe completar con una entrevista clínica, exámenes físicos y evaluación de las funciones cognitivas.

EL YSR consta de dos partes, la primera evalúa las habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas. La segunda parte incluye 112 ítems, 16 exploran las conductas adaptativas o socialmente deseables, y los restantes evalúan las conductas problemáticas. Todos los ítems de la segunda parte deben ser contestados por el adolescente de acuerdo a su aplicabilidad y frecuencia, eligiendo 0 cuando no es verdad, 1 cuando es algo verdad o sucede a veces, 2 cuando es muy cierto o le sucede frecuentemente. Esta escala permite obtener el nivel general de las conductas problema del adolescente y ha sido utilizado en el contexto clínico y de investigación por ser un instrumento que permite obtener una taxonomía cuantitativa, consistente en un conjunto de síndromes de primer orden y dos factores de segundo orden o patrones generales de psicopatología internalizante y externalizante. El YSR ha sido traducido a 59 idiomas y ha sido adaptado a población española (Lemos et al., 1992). La fiabilidad, estabilidad y validez del YSR han sido analizadas en múltiples ocasiones con grupos de adolescentes (Verhulst et al., 1991; Weinstein et al., 1991; Achenbach, 1991 citado por Abad et al., 2000). Los índices alfa para los síndromes de internalización y externalización son elevados, comprendidos entre .81 y .84, y equivalentes para ambos sexos.

5.3.2. Descripción del Student Engagement Instrument (SEI)

Es un cuestionario autoaplicado compuesto de 36 ítems que se distribuyen en seis subescalas, tres de compromiso cognitivo y tres de compromiso psicológico, estimando una consistencia interna de entre 0.72 y 0.88 en las seis totales. Las escalas de compromiso cognitivo incluyen la escala de Control y Relevancia, que evalúa el control y la relevancia percibida sobre el trabajo realizado en la escuela; la escala de Aspiraciones y Metas Futuras, que evalúa la trascendencia percibida por los estudiantes del aprendizaje en la escuela para lograr metas a largo plazo; y la escala de Motivación Extrínseca que, a diferencia de las demás, es una escala negativa, es decir, un puntaje inferior a 2 en esta escala implica alta motivación intrínseca, un factor de alto compromiso escolar. Las escalas de compromiso psicológico incluyen la relación entre el estudiante y sus profesores; el apoyo percibido de sus pares y el apoyo percibido de su familia en su proceso de aprendizaje (Appleton et al., 2006).

5.3.3. Descripción de la Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28)

La CYRM-28, desarrollado por Ungar et al. (2008), fue inicialmente aplicada en una muestra de adolescentes canadienses y ha sido traducida a varios idiomas (CYRM-28, Resilience Center, 2009; Ungar et al., 2008 citado por Jefferies et al., 2018). El cuestionario cuenta con tres componentes interrelacionados: resiliencia individual, resiliencia familiar y resiliencia contextual; encontrando una buena fiabilidad y validez. Es un cuestionario que utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos. Los tres componentes demostraron tener los siguientes valores de consistencia interna: componente Individual (a Cronbach=.80), Familiar (a Cronbach= .83) y Contextual (a Cronbach= .80) (Liebenberg et al., 2012 citado por Daigneault et al., 2012). La adaptación al español demuestra los siguientes coeficientes: componente Individual (a Cronbach=.78), Familiar (a Cronbach= .79) y Contextual (a Cronbach= .72) (Llistosella et al., 2019).

5.4. Diseño y procedimiento

La muestra se recolectó en dos lugares diferentes: Alicante y Barcelona. Ambas fueron consideradas en este estudio debido a la similitud en la composición de su población inmigrante, tanto en su prevalencia como en su origen étnico. El distrito de Barcelona en el que se recolectó la muestra fue el Nou Barris. Se trata de una zona altamente poblada de la ciudad de Barcelona que, de acuerdo al censo de 2018, cuenta con poco más de 168 mil habitantes, de los cuales un 24.2% son personas nacidas en el extranjero. La mayoría de los no nacionales son procedentes de Ecuador, Honduras, Perú, Bolivia, República Dominicana, Colombia y Marruecos.

Asimismo, el distrito tiene una alta presencia de alumnado de origen extranjero, con un 21% matriculado en el curso 2017/2018, según datos del Consorci d'Educació de Barcelona. Los grupos más representados en esta población fueron los procedentes de Asia (4.5%), América (4.0%), otro país de Europa (3.1%) y África (1.4%). El 10% del total de los estudiantes en Nou Barris son de origen americano. Es necesario destacar que la mayoría del alumnado de origen extranjero se concentra en centros de titularidad pública y se distribuye actualmente de forma bastante equitativa entre las tres enseñanzas básicas —Infantil, Primaria y ESO.

Por su parte, Se eligió una zona de Alicante muy similar al área de Barcelona, ubicada en el norte de la ciudad y que comprende seis barrios que forman un área unificada localizada en el límite norte, a dos kilómetros del centro de la ciudad. El 21% por de los habitantes de la zona son inmigrantes —en comparación con 11% de la media de la ciudad. En total existen 5,948 inmigrantes empadronados en el ayuntamiento, la mayoría procedentes de Marruecos, Rumania, Ecuador y Colombia. Para evitar diferencias en el tratamiento de los inmigrantes de origen

europeo o norteamericano, descrito por De Nicolo y sus colegas (2017), se excluyó a los adolescentes que provenían de estos países.

El reclutamiento se realizó en colaboración con agencias comunitarias del barrio, asociaciones de inmigrantes y centros escolares con los que el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron ya había trabajado en otros proyectos de investigación. Por ejemplo, las investigaciones “Detección de los factores psicopatológicos implicados en el fracaso y abandono académico”, “International Latino Research Partnership” y “Estudio transcultural: prevalencia y factores de riesgo de consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una población de adolescentes extranjeros no acompañados”.

Este proyecto se llevó a cabo desde enero de 2016 a diciembre de 2018. Durante el primer semestre de 2016 se realizó una revisión intensiva de la literatura, preparación y discusión de los cuestionarios para la recogida de los datos. Posteriormente se realizó la formación de los encuestadores por parte del equipo de investigación del Programa de Psiquiatría Transcultural del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Durante 2016-2017 se llevaron a cabo las entrevistas a los adolescentes y sus padres.

Los entrevistadores fueron formados por el equipo investigador y debían cumplir con los siguientes requisitos: tener experiencia en la realización de encuestas con grupos vulnerables y de nacionalidad procedente de los países incluidos en el estudio.

Para los hijos adolescentes se utilizó un cuaderno de recogida de datos para los que se combinó un abordaje de tipo cuantitativo por medio de entrevistas semiestructuradas —YSR, Cuestionario de Uso de Sustancias— y preguntas cerradas —Escala SEI, Escala CYRM-28 y cuestionario sobre exposición a violencia familiar—; en conjunto con otro de tipo cualitativo con preguntas abiertas. La recogida de la información basal, en la que se incluyeron los cuestionarios de este

subproyecto fue realizada en los domicilios de las familias por los entrevistadores y en algunos casos en los centros y agencias comunitarios.

Se utilizó el sistema CAPI —*Computer Assisted Personal Interview*— para recoger los datos, lo que facilitó también la generación automática las bases de datos.

5.5. Aspectos Éticos

El entrevistador se identificó adecuadamente y solicitó la colaboración de los informantes tras explicar el motivo de la entrevista y duración de la misma. Se solicitó el consentimiento informado por escrito mediante un documento que cada persona leyó y firmó. Cuando el informante era menor de edad, dicho consentimiento fue firmado y autorizado por uno de los dos padres. El entrevistador, en caso de necesidad, leyó el mismo al entrevistado y le proporcionó las explicaciones necesarias, tras ello la persona firmó el documento que refleja su aceptación informada (Véase Anexo IV).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Alicante el día 7 de julio de 2014, con el Expediente UA-2014-06-26, en el que figura como investigadora principal la Dra. Elena Ronda Pérez.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la elaboración del análisis estadístico se utilizó el software SPSS (c) v.24. El análisis se realizó en tres partes; en un primer momento se utilizó estadística descriptiva con reportes de frecuencias, tendencias, medias y porcentajes para las variables intervinientes y algunas dependientes. En un inicio, se caracterizó el perfil sociodemográfico de la muestra en estudio, para posteriormente continuar con la descripción del comportamiento en atención a las variables y categorías que componen los distintos instrumentos de estudio. Así, se describieron frecuencias y porcentajes del CYRM, SEI, YSR, el consumo de sustancias, violencia y apoyo social; en todos ellos se distinguió entre adolescentes autóctonos y migrantes.

Una vez que se describieron las características poblacionales de la muestra se realizó una comparación de medias sobre las distintas escalas aplicadas entre la población de las ciudades de Alicante y Barcelona a través de la prueba de Anova de un factor. Esto, con el fin de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en función de la condición de migrante y no migrante. Para aplicarla, se realizó en primer lugar una prueba de homogeneidad de varianzas, por medio de la cual se indicaba si las variables de la escala admitían la aplicación de Anova. En los casos en los que la homogeneidad de varianzas establecía que no había una distribución paramétrica, se optó por utilizar la prueba de Kruskal-Wallis, diseñada de forma específica para este tipo de muestras. En los casos aplicables, se realizó la prueba post hoc de Bonferroni, la cual permitió determinar la igualdad de medias entre los grupos en análisis.

En el segundo apartado del análisis inferencial, se realizaron correlaciones bivariadas entre las distintas escalas y variables que se aplicaron en este estudio. Para ello, se distinguió entre variables cuantitativas y cualitativas. En el caso de las

primeras se aplicó la prueba de análisis Pearson para identificar las correlaciones y entre las variables diferenciadas en grupos de migrantes y no migrantes. En el caso de las cualitativas, la prueba utilizada fue la de Chi-Cuadrado de Pearson, con la misma finalidad que la prueba anterior.

Para la última parte del análisis estadístico se realizó una prueba de regresión lineal múltiple, con la finalidad de determinar si las variables independientes (resiliencia, ajuste escolar y violencia familiar) eran predictores de variables dependientes relacionadas con la salud mental en la población migrante y no migrante. Para llevarla a cabo se tomó en cuenta sólo el marco muestral de la ciudad de Barcelona, ya que fue en dicha zona donde se contó con el registro de las variables que componen a ajuste escolar y violencia familiar. Como parte de los criterios metodológicos que se siguieron para garantizar la calidad del análisis estuvieron la verificación de cumplimiento del principio de multicolinealidad, un ajuste de modelo con significancia menor a 0.05 y la capacidad del modelo estadístico para predecir la variable independiente con una significancia menor al p valor de 0.05 en la prueba Anova de un factor.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

7.1. Descripción de la muestra en estudio

Datos sociodemográficos

La muestra estuvo compuesta por 262 adolescentes. De ellos, 139 eran españoles nativos (53.1%) y 123 fueron inmigrantes (46.9%). En el caso del sexo, se entrevistaron a un total de 141 mujeres (54.4%) en comparación con 118 hombres (45.6%). En el caso de las mujeres, 76 eran nativas y 65 de origen migrante; respecto a los hombres, 62 eran adolescentes autóctonos y 56 provenían de fuera de España. En general, se observa una muestra bastante equilibrada en relación con estas dos variables. Asimismo, se observa que una muy alta proporción de los participantes inmigrantes poseen la nacionalidad española (86.2%); en contraste, 17 de ellos no contaban con la nacionalidad (13.8%). Sin embargo, todos afirmaron estar en una situación administrativa regular; es decir, contaban con NIE (Véase Tabla 21).

Adicionalmente, se recopilaron los datos de las edades de los participantes. Con ello, fue posible obtener la media de edad de la muestra, que se posicionó en 14.45 años. La edad promedio de los nativos se posicionó ligeramente por debajo de la mencionada, con 13.60 años; en contraste, la edad media de los inmigrantes se encontró por encima de la general, con 15.41 años. Respecto a los adolescentes de origen extranjero, se observó un promedio de 9.27 años de residencia en España. El país de origen más común fue Colombia, pues un 45% de los inmigrantes mencionaron proceder de ahí; muy cerca de dicha cifra se encontró Ecuador, lugar de donde provinieron el 40% de los adolescentes inmigrantes del presente estudio. En tercer lugar, se posicionó Marruecos, con el 10.3% de los

entrevistados de origen extranjero. Por último, la categoría “otros” comprendió al 4.2% de los inmigrantes (Véase Tabla 21). Por lo tanto, en general, nos encontramos ante una muestra de adolescentes inmigrantes primordialmente latina que ha pasado muchos años en el país de acogida, y sensiblemente mayor que la muestra de españoles nativos.

Tabla 20. Datos sociodemográficos de la muestra

		Total (N = 262)		Nativos (N = 139)		Inmigrantes (N = 123)	
		n	%	n	%	n	%
Edad¹		14.45	1.806	13.60	1.648	15.41	1.470
Género	<i>Hombre</i>	118	45.6	62	44.9	56	46.3
	<i>Mujer</i>	141	54.4	76	55.1	65	53.7
Situación actual	<i>Posee nacionalidad</i>	244	93.5	139	100	106	86.2
	<i>Sin nacionalidad, c/NIE</i>	17	6.5	--	--	17	13.8
	<i>Sin nacionalidad, s/NIE</i>	--	--	--	--	--	--
Años de residencia en España¹		--	--	--	--	9.27	3.552
País de nacimiento	<i>España</i>	139	53.7	139	100	--	--
	<i>Colombia</i>	54	20.8	--	--	54	45.0
	<i>Ecuador</i>	48	18.5	--	--	48	40.0
	<i>Marruecos</i>	13	5.0	--	--	13	10.8
	<i>Otros</i>	5	1.9	--	--	5	4.2

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

¹ En este caso, la columna “Frecuencia” entrega una media, y la columna “%” entrega la desviación estándar.

Por su parte, los indicadores de escolaridad mostraron diferencias alarmantes entre ambas submuestras. Así, mientras un 97.1% de los adolescentes españoles nativos se encuentran estudiando actualmente (n=135), esa proporción baja a un 89.4% en el caso de los inmigrantes (n=110). Como se advierte, de los siete adolescentes que reportaron haber abandonado sus estudios, seis pertenecieron al grupo de inmigrantes. Así, de estos seis adolescentes inmigrantes, tres de ellos afirmaron que se debió a la necesidad de trabajar, uno declaró que no deseaba seguir estudiando y los otros dos no especificaron el motivo. Aunque, desde luego, se trata de una cifra muy baja para extraer conclusiones, es cuando menos un dato interesante (Véase Tabla 22)

Sobre el nivel de estudios completados, los adolescentes españoles nativos tuvieron menos estudios completados. Sin embargo, esto puede deberse a la menor edad que presenta la muestra. Mientras 102 de los nativos han completado apenas el nivel primaria, 42 de los inmigrantes ya han superado dicho nivel. La proporción se invierte en los siguientes niveles, pues 23 de los adolescentes españoles habían completado la ESO, frente a los 49 de origen extranjero. En el caso del bachillerato, 22 adolescentes inmigrantes ya lo han cursado, mientras que solo 12 de los nativos lo han hecho.

Asimismo, se observa que el 74.3% del grupo de nativos españoles nunca repitió un curso, frente al 57.4% del grupo de inmigrantes. En el caso de la repetición múltiple —dos o más cursos— sólo un 5.9% de españoles se encontraban en este supuesto, proporción que se eleva hasta el 13.9% en la muestra de inmigrantes. Es relevante que no se observaran diferencias significativas en las tasas de ausentismo escolar entre ambos grupos, evaluada mediante una pregunta directa sobre ausentismo en los últimos 30 días.

Como se advierte, la muestra de inmigrantes sólo tiene un mayor nivel de educación porque cuenta, en promedio, con casi dos años más que la muestra de adolescentes autóctonos. Sin embargo, tiene un desempeño académico significativamente más complejo que los autóctonos, tanto por sus tasas de repetición –especialmente de múltiples cursos repetidos— como por su permanencia en el sistema educacional.

Tabla 21. Escolaridad de la muestra

		Total (N = 262)		Nativos (N = 139)		Inmigrantes (N = 123)	
		N	%	n	%	n	%
Estudia actualmente	<i>Sí</i>	245	93.5	135	97.1	110	89.4
	<i>No</i>	17	6.5	4	2.9	13	10.6
Estudios completados	<i>Ninguno</i>	3	1.1	1	0.7	2	1.6
	<i>Primaria</i>	144	55.0	102	73.4	42	34.1
	<i>ESO</i>	72	27.5	23	16.5	49	39.8
	<i>Bachillerato</i>	34	13.0	12	8.6	22	17.9
	<i>FPR</i>	6	2.3	1	0.7	5	4.1
	<i>PQPI</i>	3	1.1	0	--	3	2.4
Cursos repetidos	<i>Ninguno</i>	171	66.3	101	74.3	70	57.4
	<i>Una vez</i>	63	24.4	28	20.6	35	28.7
	<i>Dos o más</i>	24	9.3	7	5.1	17	13.9
Ausentismo	<i>Sí</i>	93	40.1	47	37.0	46	43.8

	No	139	59.9	80	63.0	59	56.2
--	----	-----	------	----	------	----	------

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Nota: Para evitar distorsión de los datos, los “no sabe” (ns) y “no contestó” (nc) no se consideraron en los análisis.

7.2. Análisis descriptivo

Apoyo social

Se evaluaron tres dimensiones de apoyo social: el apoyo social en el centro educativo, las principales preocupaciones de los participantes, y las actividades de ocio y tiempo libre. En relación con el centro educativo, no se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos, lo que sugiere que el grupo de inmigrantes está bien adaptado a su contexto educativo, y se siente integrado en él. Estos resultados sólo reflejan las respuestas de los adolescentes a preguntas directas, y serán ampliados en la sección siguiente, relativa al análisis del *Student Engagement Instrument* (SEI), que también evalúa dimensiones de apoyo del profesor y de los pares.

Tabla 22. Apoyo social – Centro Educativo

	Total (N = 244)		Nativos (N = 136)		Inmigrantes (N = 108)	
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
Cómo se siente en la escuela/instituto	4.36	.656	4.33	.658	4.40	.655
Cómo se siente con sus compañeros	4.52	.676	4.52	.709	4.52	.634
Cómo se lleva con profesores	4.20	.740	4.17	.778	4.23	.692
Satisfacción con el centro	4.08	.809	4.01	.824	4.18	.783

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Nota: \bar{X} = media; D.E. = desviación estándar.

No obstante, aunque los datos anteriores sugieren que existe, cuando menos, la percepción de apoyo en los centros educativos, sí se apreciaron diferencias evidentes en relación con las preocupaciones cotidianas de ambos grupos. Como se ilustra, existen diferencias muy evidentes en los patrones de preocupaciones de ambos grupos. Así, aunque para ambos la mayor preocupación son los estudios, el grupo de inmigrantes se preocupó mucho más por su situación económica y por el futuro laboral. En conjunto, estos datos no permiten inferir que el grupo de inmigrantes tenga un nivel socio-económico más bajo que el grupo de autóctonos, pero sí indica claramente una mayor percepción de dificultades relacionadas con lo económico, una situación de vulnerabilidad, que puede asociarse tanto a factores financieros (e. g., menos ingresos), como laborales (e. g., mayor dificultad para acceder a trabajos bien remunerados).

Una segunda posibilidad, es que exista algún componente cultural que afecte la percepción sobre la relevancia de lo económico y lo laboral. Sin embargo, dado que el grupo de inmigrantes está compuesto por adolescentes latinos y marroquíes, es difícil asumir esta tesis. Lo que es más, incluso al desagregar los resultados de ambas variables (futuro laboral y situación económica), el grupo de nativos españoles se alejó sistemáticamente de los otros grupos (Véase Tabla 24). En ambos casos, los participantes nacidos en España presentaron valores muy inferiores al resto de los grupos, lo que parece descartar el factor del origen cultural en este resultado. Finalmente, otros aspectos a considerar es que el grupo de nativos españoles se preocuparon más por su salud que los inmigrantes. No hubo diferencias en relación con las relaciones interpersonales, ni la variable inespecífica “otros”.

Tabla 23. Principal preocupación (futuro laboral y situación económica), por país de origen

¿Cuál es tu principal preocupación en estos momentos?		País de Nacimiento				
		Ecuador N=46	Colombia N=50	Marruecos N= 12	España N=132	Otros N=5
El trabajo (o mi futuro laboral)	n	11	7	3	14	2
	%	23.9%	14.0%	25.0%	10.6%	40.0%
La situación económica (mía o de mi familia)	n	12	6	2	10	1
	%	26.1%	12.0%	16.7%	7.6%	20.0%
Los estudios	n	18	33	7	80	2
	%	39.1%	66.0%	58.3%	60.6%	40.0%
La salud de mi familia y/o la mía	n	2	2	0	19	0
	%	4.3%	4.0%	0.0%	14.4%	0.0%
Mis relaciones con amigos y/o pareja	n	3	1	0	6	0
	%	6.5%	2.0%	0.0%	4.5%	0.0%
Otra	n	0	1	0	3	0
	%	0.0%	2.0%	0.0%	2.3%	0.0%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Tabla 24. Apoyo Social – Principal preocupación

¿Cuál es tu principal preocupación en estos momentos?		Nativos N=132	Inmigrantes N=116
El trabajo (o mi futuro laboral)	n	14	23
	%	10.6%	19.8%
La situación económica (mía o de mi familia)	n	10	21
	%	7.6%	18.1%

Los estudios	n	80	63
	%	60.6%	54.3%
La salud de mi familia y/o la mía	n	19	4
	%	14.4%	3.4%
Mis relaciones con amigos y/o pareja	n	6	4
	%	4.5%	3.4%
Otra. ¿Cuál?	n	3	1
	%	2.3%	.9%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24

En cuanto a los patrones de actividades de ocio y tiempo libre no se apreciaron grandes diferencias. En ambos grupos, se observó una fuerte relevancia de la socialización con pares, que es la principal actividad de ocio tanto para inmigrantes como para españoles nativos.

Una tercera diferencia, es que los autóctonos juegan mucho más con tecnologías que los inmigrantes (i.e., *smartphones*, computadoras, tabletas). En efecto, un 69.1% del grupo de españoles nativos reportaron esta actividad de ocio, se trata de la segunda actividad más relevante de este grupo, se encuentra por encima de las actividades deportivas (64.7%) y por debajo de salir con amigos (70.6%). Para el grupo de inmigrantes, en cambio, sólo el 52.1% de los participantes reportaron usar tecnología en su tiempo libre, siendo la tercera preferencia, por detrás de salir con los amigos que ocupa el primer lugar (71.1%) y hacer deportes que ocupa el segundo lugar (56.2%).

Tabla 25. Apoyo Social – Actividades de ocio y tiempo libre

		Nativos N=136		Inmigrantes N=121	
		n	%	n	%
Salir con amigos/as	No	40	29.4%	35	28.9%
	Sí	96	70.6%	86	71.1%
Hacer deportes	No	48	35.3%	53	43.8%
	Sí	88	64.7%	68	56.2%
Extraescolares	No	96	70.6%	84	69.4%
	Sí	40	29.4%	37	30.6%
Actividades culturales/religiosas	No	111	81.6%	105	86.8%
	Sí	25	18.4%	16	13.2%
Jugar con tecnologías	No	42	30.9%	58	47.9%
	Sí	94	69.1%	63	52.1%
Otros	No	113	83.1%	99	81.8%
	Sí	23	16.9%	22	18.2%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24

Antecedentes de salud mental

Se consideraron tres factores como antecedentes de salud mental. Un antecedente directo: la asistencia del adolescente a algún tipo de atención en salud mental; y dos antecedentes familiares: los trastornos mentales y el uso problemático de sustancias.

Los resultados sugieren que existen algunas diferencias en la asistencia a psicoterapia (Véase Tabla 27). En efecto, un 21.8% de la muestra de españoles nativos acude al psicólogo o psiquiatra, frente a sólo un 12.5% de la muestra de inmigrantes. Entre aquellos participantes que han recibido atención en salud mental,

un 37.9% de la muestra de españoles nativos y un 13.3% de la muestra inmigrante recibió medicación. Esta información podría relacionarse con un menor acceso a los servicios de salud mental, y a la posibilidad de recibir un tratamiento mixto que incluya medicación, lo que sería consistente con los resultados anteriores que sugieren mayor vulnerabilidad económica.

En relación con los antecedentes familiares, la única diferencia significativa se relacionó con el historial familiar de trastornos mentales, con una proporción mayor en los autóctonos que en los inmigrantes. Esto puede deberse a muchos factores, incluyendo que en los países de origen de los inmigrantes exista un sub-diagnóstico de las generaciones anteriores. También es posible que menores tasas de uso de los servicios de salud mental limiten el diagnóstico de este tipo de problemas. Ambos factores, por sí solos o combinados, podrían explicar por qué la proporción de problemas familiares por abuso de sustancia entre los inmigrantes aparece en menor porcentaje, considerando que este tipo de problemas no requieren de un diagnóstico profesional.

Tabla 26. Salud mental

	Total (N = 253)		Nativos (N = 133)		Inmigrantes (N = 120)	
	n	%	n	%	n	%
Ha ido al psicólogo/psiquiatra	44	17.4	29	21.8	15	12.5
	<i>Con medicación¹</i>		13	31.0	11	37.9
	<i>Con internación¹</i>		5	11.4	2	6.9
Historial familiar de trastornos mentales	15	6.0	14	10.7	1	0.8
Historial familiar de abuso de sustancias	9	3.7	5	3.9	4	3.4

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Nota: Considerando sólo la sub-muestra con historial de intervención mental previa.

Al analizar las diferencias por género, emergen otro tipo de patrones que llaman la atención (Véase Tabla 28). En especial, mientras las mujeres inmigrantes y las españolas nativas mostraron tasas muy similares de procesos de atención en salud mental, los hombres inmigrantes tuvieron tasas muy por debajo de las tasas del grupo de españoles nativos. No parece factible explicar esta diferencia por razones de salud mental o de resiliencia. Los datos sugieren que los principales afectados en el acceso a la salud mental, son los adolescentes inmigrantes varones. Este tema será retomado en posteriores análisis.

Tabla 27. Historial de salud mental de autóctonos e inmigrantes, por género

¿Desde la última vez que realizaste esta entrevista, has ido al psiquiatra o al psicólogo?			Nativos N=131	Inmigrantes N=119
Hombre	No	n	41	48
		%	68.3%	87.3%
	Sí	n	19	7
		%	31.7%	12.7%
Mujer	No	n	62	56
		%	87.3%	87.5%
	Sí	n	9	8
		%	12.7%	12.5%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

En relación a los antecedentes familiares, la única diferencia significativa se relacionó con el historial familiar de trastornos mentales, con una proporción mayor en los autóctonos que en los inmigrantes, $\chi^2 = 10.617$, $p = .001$.

Uso de sustancias

Aunque se evaluó el consumo de diversas sustancias, sólo se analizaron tres de ellas aquí (dado que las opciones restantes evidenciaron tasas de consumo demasiado bajas para poder extraer información de utilidad) y estas fueron: tabaco, alcohol, y cannabis.

Como se aprecia en la Tabla 29, no hubo diferencias en los patrones de consumo de tabaco. De hecho, en ambos grupos, la sustancia más usada fue con diferencia el alcohol, seguido del tabaco y, muy por debajo, la cannabis. El consumo de tabaco fue ligeramente superior en el caso de los inmigrantes. Por otra parte, la diferencia en el consumo de alcohol sí mostró relevancia estadística, con tasas más altas de consumo en el grupo de inmigrantes (52.5%) que en el grupo de españoles nativos (32.6%).

Tabla 28. Uso de sustancias

		Total (N = 260)		Nativos (N = 138)		Inmigrantes (N = 122)	
		n	%	n	%	n	%
Tabaco		49	18.8	23	16.7	26	21.3
	<i>Esporádicamente</i>	30	11.5	12	8.7	18	14.8
	<i>Una vez por semana</i>	2	0.8	2	1.4	0	0.0
	<i>Los fines de semana</i>	5	1.9	3	2.2	2	1.6
	<i>Varios días a la semana</i>	4	1.5	2	1.4	2	1.6
	<i>Diariamente</i>	8	3.1	4	2.9	4	3.3
Alcohol		109	41.9	45	32.6	64	52.5
	<i>Esporádicamente</i>	85	32.7	42	30.4	43	35.2
	<i>Una vez por semana</i>	8	3.1	1	0.7	7	5.7
	<i>Los fines de semana</i>	14	5.4	2	1.4	12	9.8
	<i>Varios días a la semana</i>	2	0.8	0	0.0	2	1.6
	<i>Diariamente</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Cannabis		17	6.5	9	6.5	8	6.6
	<i>Esporádicamente</i>	12	4.6	7	5.0	5	4.1
	<i>Una vez por semana</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	<i>Los fines de semana</i>	5	1.9	2	1.4	3	2.5
	<i>Varios días a la semana</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	<i>Diariamente</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Este patrón se repite al analizar las diferencias por género, tal como se ilustra en la Tabla 29. En primer lugar, no se observaron diferencias intra-grupales importantes en relación al género. Es decir, hombres y mujeres tuvieron tasas de consumo similares en ambos grupos, con excepción del cannabis, que es consumido preferentemente por hombres en la muestra de españoles nativos con un 12.9% de la muestra. No obstante, dado que se trata de sólo 8 casos de adolescentes consumidores, es difícil extraer conclusiones válidas de este resultado. Una segunda diferencia que parece evidente al observar la Tabla 29, es la tasa de consumo de tabaco en la muestra de inmigrantes, 28.6% en el caso de los hombres, frente a un 17.7% en el caso de los hombres españoles.

Cuando se compararon las tasas de consumo entre ambos grupos, considerando la variable género, nuevamente sólo se encontraron diferencias en las tasas de consumo de alcohol, mucho más elevadas en la muestra de inmigrantes que en la de nativos españoles, tanto para hombres (55.4% y 33.9%, respectivamente), como para mujeres (50.8% y 32.4%, respectivamente). El hecho de que esta diferencia ocurra tanto en hombres como en mujeres sugiere que la variable género no es una variable relevante en las tasas de consumo de sustancias del presente estudio.

Tabla 29. Consumo de sustancias, por género

Consumo de sustancias		Nativos N=136				Inmigrantes N=121			
		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco	No	51	82.3%	62	83.8%	40	71.4%	55	84.6%
	Sí	11	17.7%	12	16.2%	16	28.6%	10	15.4%
Alcohol	No	41	66.1%	50	67.6%	25	44.6%	32	49.2%
	Sí	21	33.9%	24	32.4%	31	55.4%	33	50.8%
Cannabis	No	54	87.1%	74	98.7%	51	91.1%	62	95.4%
	Sí	8	12.9%	1	1.3%	5	8.9%	3	4.6%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Violencia física y psicológica

Tres formas de violencia fueron evaluadas: violencia física, amenazas e insultos. Además, se indagó por separado si el adolescente era testigo de esas formas de violencia, o una víctima. Sólo la muestra de la ciudad de Barcelona fue incluida (n = 132), con un total de 74 nativos españoles y 58 inmigrantes.

En general, el grupo de inmigrantes reportaron tasas más altas de victimización de violencia física (63.2% frente a 53.4% en el caso de nativos) y de amenazas (54.4% frente a 44.6% en el caso de nativos). Por otra parte, los inmigrantes observaron más violencia física en el seno familiar que los nativos españoles (78.9% y 68.9%, respectivamente), pero la tendencia se invirtió en relación con los insultos (75.4% y 83.8%, respectivamente). Aunque ninguno de estos valores alcanzó la significancia estadística (Véase Tabla 31), dada la magnitud de la diferencia, se sigue considerando un dato relevante para posteriores análisis.

Tabla 30. Tasa de violencia física y psicológica

		Total (N = 132)		Nativos (N = 74)		Inmigrantes (N = 58)	
		N	%	n	%	n	%
Violencia física	<i>Testigo</i>	96	73.3	51	68.9	45	78.9
	<i>Víctima</i>	75	57.7	39	53.4	36	63.2
Amenazas	<i>Testigo</i>	76	58.0	42	56.8	34	59.6
	<i>Víctima</i>	64	48.9	33	44.6	31	54.4
Insultos	<i>Testigo</i>	105	80.2	62	83.8	43	75.4
	<i>Víctima</i>	84	64.1	47	63.5	37	64.9

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Es interesante notar que los perpetradores de la violencia en el seno familiar también cambian en cada grupo, lo que modifica sustancialmente su impacto. Por ejemplo, en el grupo de nativos españoles, la violencia física la ejercieron principalmente los hermanos (41.1%), seguidos de lejos por los padres (30.1%), mientras que, en el grupo de inmigrantes, la violencia física fue ejercida principalmente por la madre (41.1%), seguida por el padre (31.6%). Del mismo modo, en el grupo de nativos españoles, las amenazas y los insultos fueron proferidos mayoritariamente por los hermanos (35.7% y 48.3%, respectivamente), mientras que, en el grupo de los inmigrantes, en ambos casos fue el padre el principal perpetrador (31.6% y 43.9%). En resumen, en el grupo de inmigrantes, se observó que la madre es la figura que más ejerce violencia física, mientras el padre ejerce mayoritariamente violencia psicológica (i. e., insultos y amenazas). En ambos grupos, otros familiares fueron una fuente importante de insultos, en el caso del grupo inmigrante se trató de la principal fuente de este tipo de violencia (Véase Tabla 32).

Tabla 31. Perpetradores de violencia

		Nativos		Inmigrantes	
		n	%	n	%
Violencia física	Padre	22	30.1%	18	31.6%
	Madre	18	24.7%	23	41.1%
	Hermanos	23	41.1%	11	23.4%
	Otros	16	22.9%	14	25.5%
Amenazas	Padre	16	21.9%	18	31.6%
	Madre	13	17.6%	10	18.2%
	Hermanos	20	35.7%	9	18.0%
	Otros	17	23.9%	13	23.2%
Insultos	Padre	24	32.9%	25	43.9%
	Madre	15	20.3%	16	28.1%
	Hermanos	29	48.3%	16	31.4%
	Otros	23	39.0%	24	47.1%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Al analizar las diferencias por género, se observaron ligeras diferencias (Fig. 6). En el grupo de nativos españoles, la violencia física se ejerce fundamentalmente hacia los hombres (62.5% frente a 46.3%), mientras que los insultos se dirigen en mayor medida hacia las mujeres (69.0% frente a 56.3%). Esto es consistente con un patrón de peleas entre hermanos: los hombres son agredidos físicamente mientras las mujeres son agredidas verbalmente por sus hermanos y hermanas. En cambio, la tendencia se invierte en el grupo de inmigrantes: son las mujeres las que reciben más agresiones físicas (69.7% frente a 56.5%) y los hombres los que reciben más insultos, aunque la diferencia es menos evidente (69.6% frente a 63.6%).

La única diferencia estadísticamente significativa es la tasa de violencia física entre mujeres españolas nativas (46.3%) y mujeres inmigrantes (69.7%), la

magnitud de las diferencias parece ser suficientemente amplia como para ser considerada en análisis posteriores.

Tabla 32. Tasa de violencia física y psicológica, por género

	Nativos				Inmigrantes			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Violencia física	20	62.5%	19	46.3%	13	56.5%	23	69.7%
Amenazas	15	46.9%	18	42.9%	13	56.5%	18	54.5%
Insultos	18	56.3%	29	69.0%	16	69.6%	21	63.6%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

7.3 Análisis inferencial

Comparación de medias

Una vez descritas las características poblacionales de la muestra en estudio, se llevó a cabo una comparación de medias sobre las distintas escalas aplicadas entre población de las ciudades de Alicante y Barcelona través de la prueba de Anova de un factor, a fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en función de la condición migrante y no migrante de los casos evaluados, así como de su edad y sexo a partir de la distinción de subgrupos.

En principio, la prueba de Anova de un factor fue aplicada a la escala de YSR, a fin de distinguir si la distribución de los datos registrados por la escala es la misma entre las categorías de migrantes y no migrantes por sexo (es decir, entre migrantes y no migrantes masculinos y femeninos). Como primer paso del análisis, se llevó a

cabo una prueba de homogeneidad de varianzas¹, la cual indicó que las variables de la escala admiten la aplicación de Anova de un factor ($p > 0.05$) excepto en el caso de "Ansiedad/Depresión", cuya varianza no es homogénea. La prueba Anova de un factor arrojó que las variables "Quejas somáticas", "Conductas delictivas" e "Internalización" poseen una diferencia estadísticamente significativa entre las categorías de migrantes y no migrantes por sexo ($p < 0.05$). Sin embargo, no se obtuvieron significancias menores al p valor de 0.05 al aplicar la prueba post hoc de Bonferroni en las tres variables mencionadas, por lo que se retiene la hipótesis nula que plantea igualdad de medias entre los grupos de migrantes y no migrantes por sexo.

La prueba de Anova de un factor fue aplicada nuevamente a la escala de YSR, a fin de distinguir si la distribución de los datos registrados por la escala es la misma entre las categorías de migrantes y no migrantes por edad (particularmente, entre los grupos de 12 a 14 años y de 15 a 17 años). A diferencia de lo ocurrido con la distinción de grupos por sexo, cada una de las variables de la escala YSR según edad de los migrantes y no migrantes admitieron la prueba Anova de un factor ya que todas ellas presentaron homogeneidad de varianzas ($p > 0.05$). Sin embargo, al aplicar la prueba Anova, no se obtuvieron resultados significativos en ninguna de las variables ($p < 0.05$), lo que impidió proseguir con la prueba post hoc de Bonferroni. De este modo, se retiene la hipótesis nula que plantea igualdad de medias entre los grupos de migrantes y no migrantes por edad.

Otra de las aristas de interés en este proyecto de investigación fue el consumo de sustancias adictivas. Por ello, también se compararon las medias de los datos obtenidos en las variables de frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y

¹ La prueba de homogeneidad de varianzas constituye una prueba filtro indispensable para determinar si el análisis de igualdad de medias requiere de la aplicación de pruebas paramétricas o de pruebas no paramétricas para este propósito. A lo largo del análisis, se observó el cumplimiento de este criterio metodológico a fin de conservar la calidad de los resultados.

cannabis, a fin de distinguir si existen diferencias estadísticamente significativas en función de la condición migrante y no migrante, así como entre los subgrupos de sexo y edad. En principio, la prueba de homogeneidad de varianzas arrojó que ninguna de las variables de tabaco, alcohol y cannabis posee una significancia mayor a 0.05 según edad o sexo, lo cual señala que la prueba Anova de un factor no es aplicable para este caso. Por ello se optó por la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, la cual arrojó que la variable de frecuencia de consumo de alcohol posee una diferencia estadísticamente significativa en función de la condición migrante y no migrante ($p < 0.05$). Entre los estadísticos descriptivos, se observa que los migrantes poseen mayor número de casos con consumo de alcohol en comparación con los no migrantes.

Tabla 33. Prueba de Kruskal-Wallis aplicada a las variables
Condición migrante y Consumo de sustancias

	Tabaco	Alcohol	Cannabis
Chi-cuadrado	.725	14.917	.002
gl	1	1	1
Sig. asintót.	.394	.000	.962

Rangos			
	¿Has nacido en España?	N	Rango promedio
Tabaco	Sí	138	127.96
	No	122	133.38
	Total	260	
Alcohol	Sí	138	115.65
	No	122	147.30
	Total	260	
Cannabis	Sí	139	130.91
	No	122	131.10
	Total	261	

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Además de la escala de salud mental (YSR) y las variables sobre consumo de sustancias adictivas, también se analizó la igualdad de medias en los datos obtenidos por medio de la escala de CYRM, centrada en la resiliencia. Para ello, se tomaron en cuenta las puntuaciones de resiliencia individual, familiar o relacional y resiliencia contextual. Al aplicar la prueba de homogeneidad de varianzas, se observó que las tres variables poseen una significancia mayor a 0.05, lo cual valida la aplicación de Anova de un factor. No obstante, al aplicar dicha prueba, se obtuvo un resultado no significativo en la distinción de igualdad de medias según la condición migrante o no migrante de hombres y mujeres, lo que impide continuar con la aplicación de pruebas post hoc.

Por el contrario, al emplear la prueba Anova para analizar las diferencias entre los grupos migrantes y no migrantes por edad, se observó que la variable de resiliencia relacional obtuvo un valor menor a 0.05, lo cual valida la aplicación de pruebas post hoc. A través del ajuste de Bonferroni, se observó que la diferencia entre la media de resiliencia relacional de jóvenes migrantes y autóctonos entre 15 y 17 años posee una significancia de 0.05, lo cual permite retener la hipótesis alternativa que propone una diferencia significativa entre ambos grupos. Al observar los resultados de estadística descriptiva, se advierte que el promedio obtenido por los jóvenes migrantes de entre 15 y 17 años en la variable de resiliencia relacional es menor al que obtuvieron los jóvenes autóctonos del mismo grupo de edad.

Tabla 34. Prueba Post Hoc de Bonferroni aplicada a la variable de resiliencia relacional según edad de los jóvenes migrantes y autóctonos

Resiliencia relacional		Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
	Jóvenes migrantes de 12 a 14 años	-1.817	.958	.353	-4.36	.73

Jóvenes migrantes de 15 a 17 años	Jóvenes autóctonos de 12 a 14 años	-1.251	.631	.292	-2.93	.43
	Jóvenes autóctonos de 15 a 17 años	-2.327	.878	.050	-4.66	.01
Jóvenes autóctonos de 15 a 17 años	Jóvenes migrantes de 12 a 14 años	.510	1.129	1.000	-2.49	3.51
	Jóvenes migrantes de 15 a 17 años	2.327	.878	.050	-.01	4.66
	Jóvenes autóctonos de 12 a 14 años	1.076	.870	1.000	-1.24	3.39

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Tabla 35. Estadísticos de tendencia central (medias) en la variable de resiliencia relacional según edad de los jóvenes migrantes y autóctonos

Resiliencia relacional	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Jóvenes migrantes de 12 a 14 años	27	29.67	3.627	.698	28.23	31.10	20	35
Jóvenes migrantes de 15 a 17 años	93	27.85	4.537	.470	26.92	28.78	12	35
Jóvenes autóctonos de 12 a 14 años	100	29.10	4.485	.448	28.21	29.99	15	35
Jóvenes autóctonos de 15 a 17 años	34	30.18	4.159	.713	28.73	31.63	20	35
Total	254	28.85	4.434	.278	28.30	29.39	12	35

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

En cuanto a las preocupaciones de los jóvenes autóctonos y migrantes (específicamente en lo que refiere a su inquietud por trabajo, economía, estudios, salud y amigos), el análisis sobre igualdad de medias permitió arribar a los siguientes resultados. Al aplicar la prueba de homogeneidad de varianzas, se observó que sólo las variables de estudios y amigos obtuvieron una significancia

mayor a 0.05, lo cual valida la aplicación de Anova de un factor. No obstante, ninguna de las variables referidas obtuvo una significancia menor a 0.05 al emplear la prueba Anova entre los grupos de migrantes y no migrantes, así como entre los subgrupos por sexo o por edad. Por ello, se retiene la hipótesis nula que propone igualdad de medias entre grupos.

Adicionalmente, se aplicó el análisis de igualdad de medias a las variables que registran los antecedentes de problemas de salud mental de los jóvenes migrantes y autóctonos. Para lo anterior, se asignó un valor numérico superior (2) a la no presencia de antecedentes de padecimientos, mientras que a la presencia de dicho antecedente se le asignó un valor numérico inferior (1). Esto permitió traducir dichas variables de corte cualitativo a variables numéricas con fines analíticos. Al aplicar la prueba de homogeneidad de varianzas, ninguna de las variables seleccionadas obtuvo un resultado superior a 0.05 en la distinción de migrantes y no migrantes por edad o por sexo, lo cual invalida la aplicación de Anova de un factor. Por ello, se optó por recurrir a una prueba no paramétrica. La prueba de Kruskal-Wallis arrojó significancias superiores 0.05 al analizar la diferencia de medias entre las variables seleccionadas según la condición migrante y no migrante de los jóvenes en estudio. Por tanto, se retiene la hipótesis nula que propone igualdad de medias entre los grupos analizados.

En la parte final del análisis de igualdad de medias, se examinó la escala de SEI y violencia familiar que se acotan a la población en estudio de la ciudad de Barcelona. En el caso de la primera escala, se inició por la aplicación de prueba de homogeneidad de varianzas entre migrantes y no migrantes, donde sólo una de las variables de compromiso psicológico (relación entre el estudiante y sus profesores), así como dos variables de compromiso cognitivo (control y relevancia, motivación extrínseca), obtuvieron significancias por arriba del p valor de 0.05, lo cual valida la aplicación de Anova de un factor. No obstante, ninguna de las variables

mencionadas obtuvo una significancia menor a 0.05 al distinguir diferencias entre hombres y mujeres o entre grupos de edad. Por ello, se retiene la hipótesis nula que plantea igualdad de medias en la escala SEI entre migrantes y no migrantes, ya sea por sexo o por grupo etario.

La prueba Anova de un factor fue aplicada una vez más para examinar la igualdad de medias en las variables de violencia familiar según la condición migrante y no migrante de los jóvenes en estudio, así como por su sexo y edad. Al aplicar la prueba de homogeneidad de varianzas según subgrupos de sexo, únicamente la variable de violencia física de la madre obtuvo una significancia superior al p valor de 0.05, lo cual valida la aplicación de Anova de un factor. Dicha prueba arroja un resultado estadísticamente significativo al comparar los valores de las medias entre grupos, lo cual permite emplear la prueba post hoc de Bonferroni para corroborar dicha relación. Dicha prueba arroja un resultado relevante para el subgrupo de jóvenes migrantes mujeres en contraste no sólo de los jóvenes autóctonos de ambos sexos, sino también de los jóvenes migrantes hombres. Al observar los resultados de estadística descriptiva, se advierte que las jóvenes migrantes poseen el promedio más alto de violencia física ejercida por la figura materna comparativamente con los otros grupos de jóvenes.

Tabla 36. Prueba Post Hoc de Bonferroni aplicada a la variable de Violencia física (madre) según edad de los jóvenes migrantes y autóctonos

Violencia física (madre)		Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Jóvenes migrantes mujeres	Jóvenes migrantes hombres	.692*	.246	.035	.03	1.35
	Jóvenes autóctonos hombres	.604*	.219	.041	.01	1.19
	Jóvenes autóctonos mujeres	.700*	.209	.007	.14	1.26

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Tabla 37. Estadísticos de tendencia central (medias) en la variable de Violencia física (madre) según sexo de los jóvenes migrantes y autóctonos

Violencia física (madre)	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Jóvenes migrantes hombres	20	1.35	.745	.167	1.00	1.70	1	3
Jóvenes migrantes mujeres	24	2.04	.908	.185	1.66	2.43	1	3
Jóvenes autóctonos hombres	32	1.44	.840	.148	1.13	1.74	1	5
Jóvenes autóctonos mujeres	41	1.34	.762	.119	1.10	1.58	1	4
Total	117	1.51	.847	.078	1.36	1.67	1	5

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Asimismo, al aplicar la prueba de homogeneidad de varianzas según subgrupos de edad, las variables de violencia física del padre, hermanos y otros obtuvieron una significancia superior al p valor de 0.05, lo cual valida la aplicación de Anova de un factor. Pese a lo anterior, la prueba no arrojó resultados menores al p valor de 0.05, por lo cual se retiene la hipótesis nula que propone igualdad de medias en la violencia que sufren jóvenes migrantes y no migrantes según su edad.

Correlaciones bivariadas

En el segundo apartado del análisis inferencial, se llevaron a cabo correlaciones bivariadas entre las distintas escalas que se aplicaron en este estudio. En el marco muestral que abarca las ciudades de Barcelona y Alicante, se distinguió entre

variables cuantitativas y variables cualitativas. En el primer caso, se aplicó la prueba de análisis Pearson para identificar correlaciones entre las escalas de YSR y CYRM, lo cual se llevó a cabo para la población global, migrantes y no migrantes. A su vez, se aplicó prueba de Chi-Cuadrado de Pearson para identificar la relación entre condición migrante y no migrante con las variables nominales de uso de sustancias, antecedentes de salud mental y apoyo social.

Correlación entre variables cuantitativas

Desde una perspectiva global, las correlaciones obtenidas al aplicar análisis Pearson a las escalas de YSR y CYRM permiten destacar los siguientes resultados:

- a) La variable de resiliencia individual mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.242$, $p < 0.01$), Ansiedad/Depresión ($r = -0.241$, $p < 0.01$), Problemas sociales ($r = -0.449$, $p < 0.01$), Problemas de atención ($r = -0.276$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.280$, $p < 0.01$), Internalizado ($r = -0.251$, $p < 0.01$), Externalizado ($r = -0.247$, $p < 0.01$), Socialmente deseable ($r = 0.403$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.308$, $p < 0.01$). Resalta la correlación con la variable Problemas sociales, cuyo estadístico de valor negativo indica la relación de mayor intensidad.
- b) La variable de resiliencia relacional mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.396$, $p < 0.01$), Ansiedad/Depresión ($r = -0.276$, $p < 0.01$), Problemas sociales ($r = -0.294$, $p < 0.01$), Problemas de atención ($r = -0.343$, $p < 0.01$), Conductas delictivas ($r = -0.243$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.269$, $p < 0.01$), Internalizado ($r = -0.335$, $p < 0.01$), Externalizado ($r = -0.287$, $p < 0.01$), Socialmente deseable ($r = 0.225$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.341$, $p < 0.01$). Es notoria la correlación con la variable Aislamiento, cuyo estadístico de valor negativo indica la relación de mayor intensidad.

- c) La variable de resiliencia contextual mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.316$, $p < 0.01$), Problemas sociales ($r = -0.200$, $p < 0.01$), Problemas de atención ($r = -0.184$, $p < 0.01$), Conductas delictivas ($r = -0.256$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.189$, $p < 0.01$), Internalizado ($r = -0.166$, $p < 0.01$), Externalizado ($r = -0.238$, $p < 0.01$), Socialmente deseable ($r = 0.316$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.211$, $p < 0.01$). Salta a la vista la correlación con la variable Aislamiento y Socialmente deseable, cuyos estadísticos indican relaciones igualmente intensas; la primera de ellas en sentido negativo, mientras que la segunda en sentido positivo.

Ahora bien, desde una perspectiva centrada en la población migrante, las correlaciones obtenidas permiten destacar los resultados que ahora se exponen:

- a) La variable de resiliencia individual mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.250$, $p < 0.01$), Problemas sociales ($r = -0.407$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.263$, $p < 0.01$), Externalizado ($r = -0.248$, $p < 0.01$), Socialmente deseable ($r = 0.390$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.270$, $p < 0.01$). Es importante enfatizar en la correlación con la variable Problemas sociales, cuyo estadístico de valor negativo indica la relación de mayor intensidad.
- b) La variable de resiliencia relacional mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.364$, $p < 0.01$), Ansiedad/Depresión ($r = -0.313$, $p < 0.01$), Problemas sociales ($r = -0.254$, $p < 0.01$), Alteraciones del pensamiento ($r = -0.247$, $p < 0.01$), Problemas de atención ($r = -0.345$, $p < 0.01$), Conductas delictivas ($r = -0.391$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.311$, $p < 0.01$), Internalizado ($r = -0.353$, $p < 0.01$), Externalizado ($r = -0.370$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.385$, $p < 0.01$). Es relevante la correlación con la variable Conductas delictivas, cuyo estadístico de valor negativo indica la relación de mayor intensidad.

- c) La variable de resiliencia contextual mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.290$, $p < 0.01$), Alteraciones del pensamiento ($r = -0.243$, $p < 0.01$), Problemas de atención ($r = -0.291$, $p < 0.01$), Conductas delictivas ($r = -0.332$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.267$, $p < 0.01$), Externalizado ($r = -0.317$, $p < 0.01$), Socialmente deseable ($r = 0.383$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.304$, $p < 0.01$). Sobresale la correlación con la variable Socialmente deseable, cuyo estadístico de valor positivo indica la relación de mayor intensidad.

Por último, con base en una perspectiva que se focaliza en la población autóctona, las correlaciones obtenidas permiten destacar los siguientes resultados:

- a) La variable de resiliencia individual mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.232$, $p < 0.01$), Ansiedad/Depresión ($r = -0.286$, $p < 0.01$), Problemas sociales ($r = -0.480$, $p < 0.01$), Problemas de atención ($r = -0.318$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.289$, $p < 0.01$), Internalizado ($r = -0.299$, $p < 0.01$), Externalizado ($r = -0.243$, $p < 0.01$), Socialmente deseable ($r = 0.423$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.338$, $p < 0.01$). Resalta la correlación con la variable Problemas sociales, cuyo estadístico de valor negativo indica la relación de mayor intensidad.
- b) La variable de resiliencia relacional mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.415$, $p < 0.01$), Ansiedad/Depresión ($r = -0.251$, $p < 0.01$), Problemas sociales ($r = -0.333$, $p < 0.01$), Problemas de atención ($r = -0.339$, $p < 0.01$), Conducta agresiva ($r = -0.223$, $p < 0.01$), Internalizado ($r = -0.315$, $p < 0.01$), Socialmente deseable ($r = 0.316$, $p < 0.01$) y Total ($r = -0.294$, $p < 0.01$). Se advierte de forma destacada que la correlación con la variable Aislamiento, cuyo estadístico de valor negativo indica la relación de mayor intensidad.

- c) La variable de resiliencia contextual mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Aislamiento ($r = -0.343$, $p < 0.01$) y Socialmente deseable ($r = 0.269$, $p < 0.01$). Nuevamente, sobresale la correlación con la variable Aislamiento.

Al comparar los resultados entre las correlaciones en población migrante y autóctonos, salta a la vista que la variable conductas delictivas sólo figura en el segmento de jóvenes migrantes como una variable significativa en relación con factores de resiliencia, aun cuando ambos grupos compartan correlaciones significativas con la variable de aislamiento o, bien, con la variable de problemas sociales a nivel individual y contextual.

También se llevó a cabo una correlación entre consumo de sustancias adictivas y puntaje total de YSR, así como con las variables de resiliencia individual, relacional y contextual. Para llevar a cabo este análisis, se tomó en cuenta el registro de respuestas ordinales sobre el consumo de sustancias adictivas, donde el valor máximo (5) indica un consumo muy frecuente de sustancias, mientras que un consumo nulo posee un valor numérico inferior (valor de cero). De este modo, la variable ordinal de consumo de sustancias adictivas fue transformada en variable cuantitativa para fines analíticos. Con base en la prueba de análisis Pearson, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- a) Considerando a la población global, el consumo de alcohol mantiene correlaciones estadísticamente significativas con Resiliencia relacional ($r = -0.248$, $p < 0.01$) y resiliencia contextual ($r = -0.345$, $p < 0.01$). Al acotar el análisis a la población migrante, el consumo de alcohol vuelve a obtener resultados estadísticamente significativos con resiliencia relacional ($r = -0.272$, $p < 0.01$) y contextual ($r = -0.377$, $p < 0.01$), manteniendo coeficientes de correlación similares a los de la población global. Por último, al acotar el análisis a la población autóctona, destaca que el consumo de alcohol

únicamente mantiene relación estadísticamente significativa con la variable de resiliencia contextual ($r = -0.339$, $p < 0.01$). Destaca que el consumo de alcohol figura en el entorno relacional y contextual de los jóvenes migrantes, mientras que para los autóctonos sólo figura de manera contextual.

Asimismo, se realizó una correlación entre las variables que componen el YSR y las de apoyo social a través de un análisis Pearson. Para hacerlo se consideró la realización de alguna de las actividades de ocio con el valor de 1, mientras que la no realización con un valor de 0, esto permitió traducir dicha variable a términos numéricos para fines estadísticos. Por su parte, se realizó el mismo ejercicio con las preocupaciones, donde 0 fue no preocuparse y 1 preocuparse por un determinado aspecto. Al aplicar dicho análisis pudo advertirse que las variables de ocio en general no se relacionaron estadísticamente con la salud mental, únicamente jugar con tecnologías se relacionó con Quejas somáticas ($r = 0.146$, $p < 0.05$) y con Alteraciones del pensamiento ($r = 0.139$, $p < 0.05$).

En lo que refiere a las variables de preocupaciones, aquella relacionada con los estudios fue la que más correlaciones estadísticamente significativas obtuvo. Así, se advierte su asociación con Quejas somáticas ($r = -0.173$, $p < 0.01$); con Ansiedad/Depresión ($r = -0.184$, $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = -0.185$, $p < 0.01$); Problemas de atención ($r = -0.132$, $p < 0.05$); Conductas delictivas ($r = -0.261$, $p < 0.01$); Conducta agresiva ($r = -0.212$, $p < 0.01$); Internalizado ($r = -0.190$, $p < 0.01$); y Externalizado ($r = -0.251$, $p < 0.01$).

En el caso de los jóvenes autóctonos, los resultados mostraron que las variables de ocio sólo tuvieron dos relaciones significativas: Alteraciones del pensamiento con ocio extraescolar ($r = 0.199$, $p < 0.05$) y con jugar con tecnologías ($r = 0.231$, $p < 0.05$). También se generó una relación estadísticamente significativa entre la preocupación por los estudios con todas las variables integrantes de YSR, a excepción de Quejas somáticas, Problemas sociales, Problemas de atención y

Socialmente deseable. De este grupo destacan las relaciones entre preocupación por salud con Quejas somáticas ($r = 0.230$, $p < 0.01$) y con Internalizado ($r = 0.208$, $p < 0.01$). Por último se observó una relación entre preocupación por amigos y alteraciones del pensamiento ($r = 0.224$, $p < 0.01$).

Sobre los jóvenes migrantes, la variable de ocio que más se relacionó con aquellas integrantes del YSR fue la de otras actividades de ocio, la cual se asoció con Aislamiento ($r = 0.207$, $p < 0.05$); Quejas somáticas ($r = 0.288$, $p < 0.01$); Ansiedad/Depresión ($r = 0.230$, $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = 0.258$, $p < 0.01$) e Internalizado ($r = 0.312$, $p < 0.01$). Sobre este grupo, destaca el hecho de que las actividades culturales/religiosas se asociaron con Quejas somáticas ($r = 0.349$, $p < 0.01$) y con ($r = 0.232$, $p < 0.05$). En relación con las preocupaciones, se observa que aquellas relacionadas con los estudios fueron nuevamente las más frecuentes; sin embargo, se resalta que la variable trabajo presentó asociaciones significativas con Quejas somáticas ($r = 0.354$, $p < 0.01$); Internalizado ($r = 0.250$, $p < 0.01$) y Socialmente deseable ($r = -0.195$, $p < 0.05$).

También se realizó una correlación entre el consumo de sustancias (de acuerdo con el registro de respuestas ordinales) y las variables que comprenden el apoyo social a través de un análisis Pearson. En la muestra global, sin distinción por condición migrante se observaron tres asociaciones: Consumo de tabaco con la realización de actividades extraescolares ($r = -0.199$, $p < 0.05$) y con preocupación por la salud ($r = 0.235$, $p < 0.01$); y consumo de alcohol con preocupación por los estudios ($r = -0.223$, $p < 0.05$).

Si se lleva a cabo el cruce de variables considerando sólo a la población autóctona, se observan más correlaciones. El consumo de tabaco se asocia con salir con amigos o amigas ($r = 0.190$, $p < 0.05$); con preocupación por el trabajo ($r = 0.215$, $p < 0.05$) y preocupación por los estudios ($r = -0.210$, $p < 0.05$). Por su parte, el consumo de alcohol se correlaciona con la realización de actividades culturales o

religiosas ($r = -0.173$, $p < 0.05$); preocupación por la economía ($r = 0.173$, $p < 0.05$); preocupación por los estudios ($r = -0.182$, $p < 0.05$). Por último, el consumo de cannabis se asocia con hacer deportes ($r = 0.169$, $p < 0.05$).

En el caso de las relaciones de consumo de sustancias y apoyo social en la población migrante, se advierte que el consumo de tabaco se asocia con la preocupación por la salud ($r = 0.192$, $p < 0.05$). Por su parte el consumo de alcohol se correlaciona con la realización de actividades extraescolares ($r = -0.225$, $p < 0.05$); con la preocupación por el trabajo ($r = 0.199$, $p < 0.05$) y con la preocupación por los estudios ($r = -0.236$, $p < 0.05$). El consumo de cannabis se relaciona sólo con jugar con tecnologías ($r = 0.224$, $p < 0.05$).

De manera adicional, se tomó en cuenta de forma específica el marco muestral de la ciudad de Barcelona para llevar a cabo una correlación con análisis Pearson entre los resultados de la variable de ajuste escolar con la condición de migrante o no migrante; para ello, se consideró la condición de joven autóctono con el valor de 1, mientras que a la condición migrante le fue asignada el valor de 2, lo cual permitió traducir dicha variable cualitativa a una variable numérica para fines estadísticos. Al aplicar dicho análisis, la variable que posee una relación estadísticamente significativa con la variable de condición migrante es el apoyo percibido de la familia en el proceso de aprendizaje ($r = -0.263$, $p < 0.05$). Dado que el coeficiente de correlación indica un valor negativo, es posible afirmar que la condición migrante (codificada con un valor numérico superior a la condición de no migrante) mantiene una relación inversamente proporcional con la variable del apoyo percibido por parte de la familia.

Continuando con el marco muestral de la ciudad de Barcelona, se realizó una correlación con análisis Pearson entre los resultados de la escala de salud mental y las variables de ajuste escolar. Al aplicar dicha prueba se encontró varias relaciones estadísticamente significativas. Es destacable que en todas ellas el valor

es negativo, lo que indica una relación inversamente proporcional entre las variables; es decir, que a mayores problemas de salud mental, menor es el compromiso escolar. En general, las variables de relación entre estudiante y profesor y apoyo recibido por los pares son las que más resultados significativos obtuvieron. En términos globales, se destacan los siguientes resultados:

- a) La variable de apoyo recibido por los pares es la que mantiene correlaciones significativas más fuertes. Se asocia con Ansiedad/Depresión ($r = -0.433$, $p < 0.01$); Problemas sociales ($r = -0.428$, $p < 0.01$); Internalizado ($r = -0.400$, $p < 0.01$); Aislamiento ($r = -0.350$; $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = -0.343$, $p < 0.01$); y Problemas de atención ($r = -0.305$, $p < 0.01$).
- b) La variable relación entre estudiante y profesor mantuvo correlaciones estadísticamente significativas con: Problemas de atención ($r = -0.285$, $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = -0.244$, $p < 0.01$); Externalizado ($r = -0.239$, $p < 0.01$); Conductas delictivas ($r = -0.237$, $p < 0.01$); Ansiedad/Depresión ($r = -0.212$, $p < 0.01$); Conducta agresiva ($r = -0.210$, $p < 0.01$) e Internalizado ($r = -0.208$, $p < 0.01$).

Si se limita el análisis a la población autóctona, destaca el hecho de que las relaciones más significativas se concentran en la variable de apoyo de los pares con Aislamiento ($r = -0.336$, $p < 0.01$); Ansiedad/Depresión ($r = -0.444$, $p < 0.01$); Problemas sociales ($r = -0.446$, $p < 0.01$); e Internalizado ($r = -0.455$, $p < 0.01$). Otras relaciones significativas, pero con menor intensidad, son las que relacionan a la variable relación entre estudiante y profesor con Quejas somáticas ($r = -0.238$, $p < 0.05$); Problemas de atención ($r = -0.276$, $p < 0.05$); Conductas delictivas ($r = -0.282$, $p < 0.05$); Conducta agresiva ($r = -0.253$, $p < 0.05$); Internalizado ($r = -0.273$, $p < 0.05$); y Externalizado ($r = -0.293$, $p < 0.05$).

En el caso de la población migrante, las correlaciones significativas también se concentran en la variable de apoyo de los pares con Aislamiento ($r = -0.348$, $p <$

0.01); Ansiedad/Depresión ($r = -0.426$, $p < 0.01$); Problemas sociales ($r = -0.416$, $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = -0.382$, $p < 0.01$); Problemas de atención ($r = -0.434$, $p < 0.01$); e Internalizado ($r = -0.351$, $p < 0.01$). En este caso, se repiten todas las relaciones con la población autóctona y se agrega la relación con Problemas de atención y Alteraciones del pensamiento. Un hecho destacable es que la variable de relación entre estudiante y profesor sólo mostró una correlación significativa con Problemas de atención ($r = -0.297$, $p < 0.05$).

Asimismo, se llevó a cabo una correlación entre salud mental y violencia. Para llevar a cabo este análisis, se tomó en cuenta el registro de respuestas ordinales sobre la frecuencia de las situaciones de violencia, donde el valor máximo (5) indica una alta frecuencia de situaciones de violencia, mientras que una presencia nula posee un valor numérico inferior (valor de 1). De este modo, la variable ordinal de violencia fue transformada en variable cuantitativa para fines analíticos. Con base en la prueba de análisis Pearson fue posible obtener correlaciones estadísticamente significativas entre ambas variables. Destaca el hecho de que todas las correlaciones tienen un valor positivo, lo que indica que una mayor cantidad de situaciones de violencia está relacionada con una mayor presencia de problemas en la salud mental. Se enuncian los resultados más destacados desde la perspectiva global:

- a) Ser testigo de violencia física por parte del padre y la madre se asoció con las variables de Aislamiento ($r = 0.236$, $p < 0.01$); Quejas somáticas ($r = 0.233$, $p < 0.01$); Ansiedad/Depresión ($r = 0.357$, $p < 0.01$); Problemas sociales ($r = 0.337$, $p < 0.01$); e Internalizado ($r = 0.346$, $p < 0.01$).
- b) Por su parte, sufrir violencia física por parte de la madre se asoció con Quejas somáticas ($r = 0.264$, $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = 0.236$, $p < 0.01$); Problemas de atención ($r = 0.290$, $p < 0.01$); Conductas delictivas ($r = 0.245$, $p < 0.01$); Conducta agresiva ($r = 0.360$, $p < 0.01$); Internalizado ($r =$

0.252, $p < 0.01$); y Externalizado ($r = 0.355$, $p < 0.01$). Es de destacar que esta variable fue la que más asociaciones presentó con los ítems de salud mental.

- c) El ser testigo de amenazas a otras personas se correlacionó significativamente con Quejas somáticas ($r = 0.247$, $p < 0.01$); Ansiedad/Depresión ($r = 0.265$, $p < 0.01$); Problemas sociales ($r = 0.228$, $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = 0.254$, $p < 0.01$); Problemas de atención ($r = 0.247$, $p < 0.01$); Conductas delictivas; Internalizado ($r = 0.289$, $p < 0.01$); Externalizado ($r = 0.250$, $p < 0.01$);

Si se limita la muestra a los nacidos en España se pueden advertir diversas relaciones significativas entre las variables analizadas. La mayor parte se concentra en las asociaciones de la variable ser víctima de insultos por parte del padre; la cual se correlaciona con Aislamiento ($r = 0.384$, $p < 0.01$); Problemas sociales ($r = 0.327$, $p < 0.01$); ($r = 0.254$, $p < 0.01$); Conducta agresiva ($r = 0.311$, $p < 0.01$); e Internalizado ($r = 0.360$, $p < 0.01$). Es destacable que la asociación más fuerte se da entre ser víctima de violencia física por parte de la pareja de la madre y Alteraciones del pensamiento ($r = 0.573$, $p < 0.01$).

En el caso de la población migrante, los resultados están más acordes con lo obtenido en el análisis global. Es decir, las variables que presentan una mayor cantidad de correlaciones son ser testigo de violencia física entre padre y madre y sufrir violencia física por parte de la madre. La primera se relaciona con Quejas somáticas ($r = 0.378$, $p < 0.01$); Ansiedad/Depresión ($r = 0.383$, $p < 0.01$); Problemas sociales ($r = 0.471$, $p < 0.01$); Conductas delictivas ($r = 0.394$, $p < 0.01$); Internalizado ($r = 0.418$, $p < 0.01$); y Externalizado ($r = 0.311$, $p < 0.01$). Por su parte, sufrir violencia física por parte de la madre se relacionó con Problemas sociales ($r = 0.353$, $p < 0.01$); Alteraciones del pensamiento ($r = 0.412$, $p < 0.01$); Conductas delictivas ($r = 0.375$, $p < 0.01$); Conducta agresiva ($r = 0.509$, $p < 0.01$); y Externalizado ($r = 0.502$, $p <$

0.01). Sin embargo, la asociación más fuerte se dio entre Insultos por parte de la pareja del padre y Aislamiento ($r = 0.574$, $p < 0.01$).

Continuando con las pruebas realizadas a la población de Barcelona, se realizó el cruce entre consumo de sustancias (en consideración del registro de respuestas ordinales) y ajuste escolar, por medio de un análisis Pearson. Para la población global de Barcelona no se obtuvo ninguna relación estadísticamente significativa. La misma situación ocurre cuando se segmenta por jóvenes migrantes y autóctonos. Sólo cabe destacar que, la relación entre el apoyo de los pares y consumo de alcohol en el grupo de nacidos en España es la que más se acerca a un resultado significativo ($r = 0.201$, $p = 0.092$).

Posteriormente, se realizó un cruce entre consumo de sustancias y violencia familiar, por medio de un análisis Pearson. Destaca que en la población global la variable de Tabaco no obtuvo ninguna asociación significativa. Por su parte, el consumo de alcohol se relacionó con ser testigo de violencia física de la madre al hermano ($r = 0.277$, $p < 0.01$); sufrir violencia física por parte de la madre ($r = 0.180$, $p < 0.05$); sufrir violencia física por otros ($r = 0.223$, $p < 0.01$); ver amenazas de otros ($r = 0.184$, $p < 0.05$); ser víctima de amenazas del padre ($r = 0.273$, $p < 0.01$); ver insultos por parte del padre ($r = 0.301$, $p < 0.01$); ver insultos de otros ($r = 0.238$, $p < 0.01$) y sufrir insultos de otros ($r = 0.234$, $p < 0.05$). Por su parte, el consumo de Cannabis se asoció con ver amenazas del padre ($r = 0.175$, $p < 0.05$); ver amenazas de otros ($r = 0.296$, $p < 0.01$); recibir amenazas de otros ($r = 0.221$, $p < 0.05$); y ver insultos de otros ($r = 0.196$, $p < 0.05$). Como se observa, el consumo de alcohol se asoció a la presencia de más situaciones de violencia en la muestra total de Barcelona.

Cuando la muestra se reduce a sólo los jóvenes autóctonos, las correlaciones encontradas se reducen de forma importante. El consumo de alcohol se asocia con ver amenazas del padre ($r = 0.295$, $p < 0.05$) y con ver insultos del padre ($r = 0.268$,

$p < 0.05$). Asimismo, el consumo de cannabis se relaciona con recibir amenazas por parte de hermanos ($r = 0.344$, $p < 0.01$) y ver amenazas a los hermanos ($r = 0.406$, $p < 0.05$). Destaca el hecho de que, a diferencia de la muestra global de Barcelona, en esta sí se presenta una correlación de consumo de tabaco con ver violencia física entre la madre y su pareja ($r = 0.456$, $p < 0.05$).

Por último, en relación con la relación entre consumo de sustancias y presencia de violencia en jóvenes migrantes de la muestra de Barcelona, se observan mayores relaciones significativas en comparación con los autóctonos. La variable consumo de alcohol se asocia con sufrir violencia física por parte de otros ($r = 0.355$, $p < 0.01$); recibir amenazas del padre ($r = 0.384$, $p < 0.01$); ver insultos del padre ($r = 0.370$, $p < 0.01$); ver insultos de otros ($r = 0.277$, $p < 0.05$) y recibir insultos de otros ($r = 0.321$, $p < 0.05$). Por su parte, el consumo de cannabis se asocia con ver amenazas a otros ($r = 0.416$, $p < 0.01$); recibir amenazas de otros ($r = 0.290$, $p < 0.05$) y ver insultos a otros ($r = 0.380$, $p < 0.01$). También, el consumo de tabaco se asocia con recibir amenazas por parte del padre ($r = 0.264$, $p < 0.01$). Como se advierte, los jóvenes migrantes están expuestos a violencia de forma más directa, pues mientras en los autóctonos son mayores las asociaciones con ser testigo de la violencia, en los migrantes las relaciones son generalmente con ser receptores de violencia.

Correlación entre variables cualitativas

En esta sección del análisis estadístico, se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson para correlacionar la variable de situación migrante-autóctono con variables de tipo nominales como uso de sustancias, apoyo social y antecedentes de padecimientos mentales. Lo anterior permitió encontrar una relación estadísticamente significativa entre la condición migrante-no migrante y la variable de consumo de alcohol (chi-cuadrado = 20.862, $p < 0.05$). Al observar los resultados

de estadística descriptiva, se advierte que el segmento de migrantes posee un mayor número de casos que consumen alcohol más de una vez por semana.

Tabla 38. Frecuencia en el consumo de alcohol según condición migrante o autóctona

Consumo de alcohol	¿Has nacido en España?			
	Sí		No	
	n	%	n	%
No	93	35.8%	58	22.3%
Esporádicamente	42	16.2%	43	16.5%
Una vez por semana	1	.4%	7	2.7%
Los fines de semana	2	.8%	12	4.6%
Varios días a la semana	0	0.0%	2	.8%
Diariamente	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Asimismo, la aplicación de Chi-Cuadrado de Pearson permitió obtener correlaciones significativas entre la condición migrante-no migrante y las preocupaciones por trabajo (chi-cuadrado = 4.136, $p < 0.05$), salud (chi-cuadrado = 6.256, $p < 0.05$) y economía (chi-cuadrado = 8.791, $p < 0.05$). Al observar los resultados de estadística descriptiva, se advierte que el segmento de jóvenes migrantes posee un mayor número de casos que expresan preocupación por el trabajo y la economía, mientras que en el segmento de jóvenes autóctonos se advierte un mayor número de casos que expresan preocupación por la salud.

Tabla 39. Preocupaciones más comunes según condición migrante o autóctona

Preocupaciones		¿Has nacido en España?			
		Sí		No	
		n	%	n	%
Trabajo	No	118	47.6%	93	37.5%

	Sí	14	5.6%	23	9.3%
Economía	No	122	49.2%	95	38.3%
	Sí	10	4.0%	21	8.5%
Estudios	No	52	21.0%	53	21.4%
	Sí	80	32.3%	63	25.4%
Salud	No	113	45.6%	112	45.2%
	Sí	19	7.7%	4	1.6%
Amigos	No	126	50.8%	112	45.2%
	Sí	6	2.4%	4	1.6%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Como prueba final, se aplicó de nuevo el cálculo de Chi-Cuadrado de Pearson para identificar si la variable de condición de migrante y no migrante mantiene una relación estadísticamente significativa con las variables de violencia familiar. Para ello, se consideró únicamente el marco muestral de la ciudad de Barcelona. Al aplicar dicho análisis, la variable que posee una relación estadísticamente significativa con la variable de condición migrante es violencia física de la madre (chi-cuadrado = 11.407, $p < 0.05$). Al observar los resultados de estadística descriptiva, se advierte que existe un mayor número de casos en el segmento de jóvenes migrantes que sufre de violencia familiar por parte de la figura materna en más de una ocasión.

Tabla 40. Violencia familiar por parte de figura materna según condición migrante

Violencia física (madre)	¿Has nacido en España?			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Nunca	55	46.6%	26	22.0%
Una vez	11	9.3%	6	5.1%
Algunas veces	5	4.2%	13	11.0%

Muchas veces	1	.8%	0	0.0%
Todos los días	1	.8%	0	0.0%

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Regresión lineal múltiple

Como última parte del análisis, se llevó a cabo una prueba de regresión lineal múltiple para determinar si las variables independientes de resiliencia, ajuste escolar y violencia familiar son predictores de variables dependientes relacionadas con salud mental en población migrante y no migrante². Para ello, se consideró únicamente el marco muestral de la ciudad de Barcelona, debido a que en dicha zona se contó con el registro de las variables de ajuste escolar y violencia familiar dentro de la base de datos consultada.

En principio, se llevó a cabo el análisis de regresión lineal múltiple considerando la variable de puntaje Total del YSR (salud mental) como variable dependiente. Contemplando a población migrante y no migrante, el resultado de la prueba a través del método Introducir indica que las variables de resiliencia individual, relación entre el estudiante y sus profesores, apoyo percibido por pares, apoyo percibido por la familia y violencia física por parte de la figura materna aportan varianza explicada al modelo estadístico, con una significancia menor al p valor de 0.05. No obstante, al realizar nuevamente el análisis con base en el método de

² Como parte de los criterios metodológicos observados para la calidad del análisis, se verificó el cumplimiento con el principio de multicolinealidad (coeficientes de correlación entre variables menor a 0.9); un ajuste de modelo con significancia menor al p valor de 0.05, así como la capacidad del modelo estadístico para predecir la variable independiente con una significancia menor al p valor de 0.05 en la prueba Anova de un factor.

pasos sucesivos, se observa que el modelo conserva únicamente las variables de resiliencia individual y violencia física de la madre, con valores menores a 0.05.

Dicho análisis permite mostrar que existe una relación entre las variables en estudio, donde la variable de violencia física de la madre (B estandarizado= 0.310) posee un mayor peso en la estimación del puntaje total de salud mental, mientras que la resiliencia individual posee un peso secundario (B estandarizado= -0.214) en dicha estimación. El resultado obtenido permite interpretar que el puntaje de la variable Total del YSR adquirirá un valor estimado de 0.310 en la medida en que la violencia física de la madre adquiera un valor de 1. Del mismo modo, la variable Total del YSR adquirirá un valor estimado de -0.214 en la medida en que la variable de resiliencia individual adquiera un valor de 1, siempre y cuando el comportamiento de todas las variables sea constante al interior del modelo.

Tabla 41. Modelo de regresión lineal múltiple con base en población migrante y no migrante.

Variable dependiente: Total YSR

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
1	(Constante)	21.931	3.771		5.816	.000		
	Violencia física (madre)	8.111	2.098	.370	3.865	.000	1.000	1.000
2	(Constante)	66.786	18.291		3.651	.000		
	Violencia física (madre)	6.779	2.110	.310	3.213	.002	.936	1.068
	Resiliencia individual	-.931	.372	-.241	-2.503	.014	.936	1.068

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

La prueba de regresión lineal fue aplicada nuevamente considerando sólo a la población migrante. Por medio del método Introducir, el modelo indicó que las

variables de relación entre el estudiante y sus profesores, apoyo percibido por pares, además de aspiraciones y metas futuras aportan varianza explicada al modelo estadístico, con una significancia menor al p valor de 0.05. Dicho análisis permite mostrar que existe una relación entre las variables en estudio, donde la variable de aspiraciones y metas futuras (B estandarizado= 0.310) posee un mayor peso en la estimación del puntaje total de salud mental; dicha variable es secundada por el apoyo percibido por pares (B estandarizado= -0.324) y relación entre el estudiante y sus profesores (B estandarizado= -0.423). El resultado obtenido permite interpretar que el puntaje de la variable Total del YSR adquirirá un valor estimado de 0.471 en la medida en que la variable de aspiraciones y metas futuras adquiera un valor de 1. Del mismo modo, la variable Total del YSR adquirirá un valor estimado de -0.324 o de -0.423 en la medida en que las variables de apoyo percibido por pares o relación entre el estudiante y sus profesores adquieran un valor de 1, siempre y cuando el comportamiento de todas las variables sea constante.

Tabla 42. Modelo de regresión lineal múltiple con base en población migrante.
Variable dependiente: Total YSR

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad		
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV	
1	(Constante)	32.870	25.270		1.301	.202		
	Relación entre el estudiante	-13.309	5.472	-.423	-2.432	.021	.709	1.410
	Apoyo percibido por pares	-8.646	4.230	-.324	-2.044	.049	.857	1.166
	Aspiraciones y metas futuras	21.077	7.783	.471	2.708	.011	.709	1.410

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

Por último, el análisis de regresión lineal se aplicó nuevamente considerando sólo a la población no migrante. A través del método de pasos sucesivos, el modelo indicó que las variables de resiliencia individual y violencia física de la madre

aportan varianza explicada al modelo estadístico, con una significancia menor al p valor de 0.05. Dicho análisis permite mostrar que existe una relación entre las variables en estudio, donde la resiliencia individual (B estandarizado= -0.440) posee un mayor peso en la estimación del puntaje total de salud mental que la violencia física de la madre (B estandarizado= 0.367).

El resultado obtenido permite interpretar que el puntaje de la variable Total del YSR adquirirá un valor estimado de -0.440 en la medida en que la variable de resiliencia individual adquiera un valor de 1. Del mismo modo, la variable Total del YSR adquirirá un valor estimado de 0.367 en la medida en que la variable de violencia física de la madre adquiera un valor de 1, siempre y cuando el comportamiento de todas las variables sea constante. Destaca que la variable de resiliencia individual adquiere un valor más intenso en el modelo estadístico con población autóctona que cuando se incorpora en términos globales a la población de jóvenes migrantes.

Tabla 43. Modelo de regresión lineal múltiple con base en población autóctona.
Variable dependiente: Total YSR

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
1	(Constante)	114.617	28.018		4.091	.000		
	Resiliencia individual	-1.755	.594	-.437	-2.953	.005	1.000	1.000
2	(Constante)	102.586	26.317		3.898	.000		
	Resiliencia individual	-1.768	.550	-.440	-3.214	.003	1.000	1.000
	Violencia física (madre)	9.129	3.403	.367	2.682	.011	1.000	1.000

Fuente: Elaboración propia con base en cálculos obtenidos por SPSS v. 24.

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN

A continuación se comentarán algunos de los resultados antes expuestos, los cuales por sus particularidades requieren de una mayor profundización. Por tal motivo en las siguientes páginas se ofrecerán posibles explicaciones y se contextualizarán diferentes resultados obtenidos durante la investigación, con el fin de contar con mayores elementos para su valoración y discusión. Esto permitirá alcanzar una mayor comprensión del problema aquí estudiado.

Un primer tema que vale la pena comentar con detenimiento es la diferencia presente entre las preocupaciones de jóvenes autóctonos y jóvenes migrantes. Los resultados globales expuestos en el apartado descriptivo mostraron que mientras para los jóvenes nativos su principal preocupación son los estudios, para el caso de sus pares migrantes lo son la situación económica y el futuro laboral. De este dato se puede inferir que los jóvenes migrantes se perciben más involucrados en la situación económica de sus familias y que consideran que su integración al mundo laboral se encuentra más cercana y tal vez con mayores obstáculos para integrarse en la vida laboral del país.

A propósito de esta cuestión es pertinente señalar el hecho de que los jóvenes migrantes entre 15 y 17 años presentan un menor índice de resiliencia individual que sus pares autóctonos. Es decir, que el tránsito a la edad adulta la experimentan de forma contradictoria, es probable que en este punto las dudas acerca del futuro educativo y económico se acentúen entre la población migrante; mientras que los jóvenes autóctonos ven con mayor entusiasmo la entrada a la etapa adulta, la búsqueda de independencia y la continuación de sus estudios.

Esta interpretación se ve reforzada por el dato arrojado por el estudio de correlaciones bivariadas, donde entre los jóvenes migrantes la variable trabajo se

relacionó de forma más significativa con Quejas somáticas e Internalizados. Todo lo anterior indica que parte de estos jóvenes participan ya en el mundo laboral o consideran que están próximos a integrarse en él, y esta cuestión les representa un desafío que repercute sobre su salud mental. Mientras que en el grupo autóctono este papel lo juega la preocupación por los estudios, que probablemente se relaciona con su próximo ingreso a la universidad.

En cuanto a la diferencia en los patrones de actividades de ocio y tiempo libre se observó que los deportes fue una de la actividad más importante, aunque el grupo de autóctonos la reportaron con más frecuencia que el grupo de inmigrantes, quizá porque son usualmente actividades grupales, y existe evidencia que señala que los adolescentes pertenecientes a una minoría social suelen tener redes sociales menos extensas que los adolescentes del grupo mayoritario (ver, por ejemplo, Currarini, Jackson, & Pin, 2009).

El grupo de adolescentes autóctonos reportó una mayor participación en actividades culturales y religiosas, lo que probablemente se relaciona con mayores espacios culturales españoles o catalanes, tales como celebraciones religiosas, participación en grupos culturales y de barrio, entre otros. Desde luego, esto implica que los adolescentes inmigrantes no cuentan con los mismos espacios para practicar activamente su propia cultura, pero no queda claro si existe algún otro factor motivacional. Por ejemplo, que para sentirse integrados en la cultura receptora, simplemente prefieren participar menos en este tipo de actividades propias de su grupo cultural, pues tienden a hacerlos sentir más segregados.

En cuanto la diferencia observada sobre el uso de tecnología como entretenimiento, donde los jóvenes autóctonos presentaron porcentajes más altos que los migrantes, podría indicar una diferencia en la capacidad de consumo por parte de ambos grupos. No se debe olvidar que el estatus migratorio de las familias no sólo se relaciona con opciones laborales, sino también con facilidades de

consumo (tarjetas, créditos, cuentas bancarias, sistemas de fidelización, etcétera). Aunque esta muestra de inmigrantes se ha caracterizado por una permanencia relativamente larga en España, la percepción de diferencias económicas entre inmigrantes y españoles nativos se ha evidenciado en diferentes variables, por lo que es razonable asumir que la diferencia en las actividades de ocio relacionadas con usos de tecnologías se deba a un menor acceso a ellas, que a su vez guarda relación con una menor capacidad adquisitiva.

También es posible que la vulnerabilidad económica tenga un efecto indirecto sobre el acceso a servicios de salud mental de los adolescentes. Como lo demuestra el hecho de que un 21.8% de nativos acude al psicólogo o psiquiatra, frente a sólo un 12.5% de los jóvenes migrantes. Debe recordarse que la salud personal y familiar es una preocupación relativamente marginal del grupo de adolescentes inmigrantes (a diferencia del grupo de autóctonos). Con base en este dato es posible pensar que el grupo de adolescentes inmigrantes no accede a los servicios de salud mental, no tanto porque no tienen la capacidad para hacerlo, sino porque, efectivamente, el cuidado de la salud física y mental, ante las preocupaciones económicas, pierde relevancia. Sea cual sea la razón, los datos actuales no permiten más que hipotetizar, es evidente que existe una situación de mayor vulnerabilidad en el grupo de adolescentes inmigrantes.

Respecto a la diferencia entre las tasas de atención en salud mental que se presenta entre hombres nativos e inmigrantes es posible sugerir dos interpretaciones. Asumiendo que los adolescentes inmigrantes hombres tienen un nivel de salud mental similar al de sus pares autóctonos, este resultado implica, o bien niveles mucho más altos de resiliencia, o bien una barrera importante en el acceso a la atención en salud mental. Desde luego, es posible imaginar también que los adolescentes inmigrantes hombres tienen, por alguna razón, una salud mental sustancialmente más ajustada, de modo que existe una menor demanda de

atención con psicólogos o psiquiatras. A esto se puede agregar la posibilidad de que exista entre los jóvenes hombres inmigrantes una menor apertura a tratar y admitir la necesidad de ayuda psicológica.

Un dato destacado es la diferencia que existe en los antecedentes familiares en cuanto a historial de trastornos mentales, donde se encontró una diferencia significativa sobre todo entre hombres, 31.7% de los nativos, frente a 12.7%. Esto puede deberse a muchos factores, incluyendo que en los países de origen la salud mental se ha desarrollado apenas en los últimos años, por lo que es posible un subdiagnóstico de las generaciones anteriores. También es posible que menores tasas de acceso y uso de los servicios de salud mental limiten el diagnóstico de este tipo de problemas.

En general, los resultados obtenidos en el consumo de alcohol y tabaco fueron comparables con otros estudios que usaron muestras en el mismo rango etario (Rial, Burkhart, Isorna, Barreiro, Varela, & Golpe, 2019), sin embargo, la baja tasa de consumo de cannabis resulta llamativa. Aunque es posible que esta muestra tenga características particulares que explican este bajo consumo, no puede descartarse la posibilidad de un sesgo de deseabilidad social, lo que explicaría que las drogas legales alcancen tasas de consumo comparables con otras muestras, pero la droga ilegal parezca infrarrepresentada. Como fuere, no se observaron diferencias entre ambos grupos en relación con el consumo de cannabis, relacionados más con la frecuencia de su uso (los nativos tienden a consumirla más de forma esporádica y los inmigrantes los fines de semana) que con el número de la muestra que la utiliza.

Entre las diferencias relevantes en el consumo de sustancias se encuentra la mayor tasa con la que los jóvenes migrantes consumen alcohol en comparación con los autóctonos. El estudio parece indicar que existe entre los jóvenes migrantes un contexto más propicio que favorece el consumo de esta sustancia.

Independientemente de las tasas de consumo, una coincidencia que fue posible encontrar entre ambos grupos es que el consumo de alcohol guarda una relación significativa con diferentes manifestaciones de violencia paterna. Esto podría indicar que existe dentro de las familias de estos jóvenes un mayor consumo de alcohol por parte de los padres, el cual suele propiciar conductas de agresividad tanto hacia ellos como hacia otras personas.

En cuanto al tema de la violencia uno de los datos más relevantes es la diferencia respecto a los perpetradores de la violencia sobre los jóvenes, pues como se observó en el caso de los nativos el primer lugar lo ocupan los hermanos con 41.1% y en el de los inmigrantes las madres también con 41.1%. Este patrón especial del grupo de inmigrantes probablemente se relacione con la división de las responsabilidades parentales, con padres usualmente menos presente en los procesos de crianza, lo que implica que la función de castigo la ejerce la madre, mientras el padre se limita a amenazar. Esto es consistente con numerosos estudios internacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Sin embargo, las altas tasas de victimización no se explican por esta división de responsabilidades, y deben estar influenciados por otros factores, tanto culturales como laborales. Como lo señala la misma OMS (2002: 19) en su informe, entre estos factores:

...se cuentan las expectativas poco realistas sobre el desarrollo del niño, el escaso control de los impulsos, el estrés y el aislamiento social. Muchos estudios indican también que el maltrato de menores guarda relación con la pobreza y con la carencia de «capital social», es decir, de las redes sociales y las relaciones vecinales que, según se ha demostrado, protegen a los niños.

En este caso, concurren el aislamiento social y, como lo indican los datos revisados anteriormente, factores socio-económicos, que incrementan el riesgo de ser víctimas de violencia física.

También se observó que las principales receptoras de la violencia materna son las mujeres jóvenes migrantes; las diferentes pruebas estadísticas aplicadas arrojaron una relación significativa entre violencia física materna hacia mujeres jóvenes migrantes. Lo anterior es consistente con la noción de que son las madres quienes ejercen la violencia dentro de las familias migrantes, y con el hecho de que son las mujeres las que tienen mayor carga de responsabilidades, por lo que son ellas también las que más castigos físicos reciben por incumplirlas. Adicionalmente, la violencia física requiere de superioridad física sobre el sujeto violentado, lo que dificulta la aplicación de violencia física de las madres hacia adolescentes varones.

Ahora bien, con la prueba de correlación bivaribale se encontró que la violencia física que los jóvenes migrantes reciben por parte de la madre guarda una relación significativa con el desarrollo de Conductas agresivas y Trastornos Externalizados. De tal forma que todo parece indicar que la variable violencia física de la madre se encuentra entre las que mayor peso tienen sobre la salud mental de los jóvenes migrantes, afectando de forma particular a las mujeres. Se trata de un tema que requiere mayor atención y del desarrollo de posteriores investigaciones, ya que el estudio de la violencia dentro de contextos migrantes suele enfocarse en otros aspectos y en diferentes actores.

Uno de los principales hallazgos dentro de esta investigación tiene que ver con el papel que juegan los diferentes tipos de resiliencia como factores protectores. Lo primero que se puede destacar es que en el caso de los jóvenes autóctonos la resiliencia en términos generales tiene una mayor incidencia como factor protector, sobre todo destaca el papel de la resiliencia individual y relacional. Ambas formas de resiliencia mostraron jugar un papel destacado en la prevención de problemas de salud mental para este grupo de jóvenes. Mientras que en el caso de los jóvenes migrantes el factor resiliencia contextual juega un papel determinante, así lo

demuestra el hecho de que ésta haya mostrado una fuerte incidencia como protector.

Tal y como se comentó en apartados anteriores la categoría de resiliencia contextual resulta especialmente pertinente para el estudio de migrantes no europeos. Ya que en este tipo de grupos los factores comunitarios juegan un papel más destacado y ayuda a comprender una dimensión que escapa al enfoque que comprende la resiliencia desde una perspectiva meramente individualista. Ahora bien, este dato no debe hacer olvidar que la resiliencia entendida de manera general aparece como un factor protector mucho más relevante para el caso de los jóvenes autóctonos que para los migrantes.

A esto se debe sumar que la relación entre consumo de sustancias y violencia tienen relaciones más significativas entre migrantes que entre autóctonos. Estos dos temas, por un lado una menor efectividad de la resiliencia como factor protector y, por otro lado, una mayor predisposición entre consumo de sustancias y ser receptor o testigo de violencia, hacen que comparativamente los jóvenes migrantes estén más expuestos al desarrollo de problemas de salud mental que sus pares nativos.

En síntesis, se puede afirmar que entre los distintos aspectos analizados y las relaciones que existen entre ellos, la resiliencia y la violencia inciden, de forma opuesta, pero significativa en la salud mental de los jóvenes. Mientras que cuestiones relacionadas con el desempeño escolar tienden a jugar un papel menos relevante si se les compara con los otros dos factores antes mencionados. Además, en este aspecto los dos grupos estudiados presentaron pocas diferencias entre sí, quizá debido a que el grupo migrante cuenta ya con varios años residiendo en España y ha desarrollado un alto grado de adaptación al sistema educativo.

CONCLUSIONES

La migración ha sido un fenómeno omnipresente en la historia de la humanidad, desde hace miles de años los seres humanos se han movido alrededor de la tierra por distintas motivaciones. En ese sentido, no resulta sorprendente que en la actualidad permanente grandes grupos de personas decidan partir desde sus lugares de origen a otras regiones en búsqueda de nuevos horizontes, mejores oportunidades educativas, laborales o económicas.

Hoy en día la migración genera acalorados debates en diferentes partes del mundo, es un tema bajo constante discusión. Al mismo tiempo que esto contribuye a comprender parte de la problemática implícita y alrededor del fenómeno migratorio también impide ver algunos de sus aspectos más problemáticos, pues en muchas ocasiones los prejuicios y sesgos se imponen sobre los argumentos y los datos. Por ello resulta importante estudiar el fenómeno con detenimiento, considerar los diferentes enfoques y puntos de vista que existen sobre el tema. Esto con la finalidad de contrastar información, someter argumentos a un análisis crítico y, finalmente, poder sintetizar resultado que puedan ser sometidos a discusión. Eso es lo que se ha perseguido a lo largo de la presente investigación.

Esta forma de proceder ha permitido cumplir con los diversos objetivos planteados. En primer lugar, se describieron las características generales del fenómeno migratorio, de tal manera que, esto permitió comprender las diferentes motivaciones que mueven a las personas a tomar la decisión de migrar y los diferentes marcos desde los cuales es posible interpretar los movimientos migratorios que tienen lugar en el mundo. La exposición de los rasgos generales de la migración ofreció las herramientas necesarias para abordar las particularidades que este fenómeno presenta en el contexto español.

La relación que España ha mantenido con la migración en los últimos años está atravesada por un conjunto de cuestiones que la hacen sumamente compleja. Este país no se ha limitado a ser un lugar receptor de migrantes provenientes de diferentes partes del mundo, sino que también durante años, miles de españoles han abandonado el país, algunos para siempre, otros han retornado años después y unos cuantos más esperan hacerlo dentro de pronto. Este hecho contribuye a poner en cuestión la creencia habitual según la cual, España es únicamente un país receptor, pues del 2012 a 2017 existe un saldo negativo de -240 mil personas en el balance entre la llegada inmigrantes y la salida de españoles.

De igual forma, los orígenes de la población inmigrante que ingresa a España son más diversos de lo que se suele pensar. Lo que ocasiona que difícilmente se pueda pensar el tema de la inmigración en este país como un todo homogéneo, por el contrario, cada grupo presenta rasgos propios que hacen que sus razones para inmigrar y permanecer en España sean muy diversas, así como sus dificultades y estrategias empleadas para adaptarse a un nuevo contexto, a veces radicalmente distinto del de procedencia.

Todo cambio dentro del contexto y formas de vida de una persona representan un desafío en múltiples niveles. Esto es lo que sucede cuando una persona o un grupo de ellas decide partir de su lugar de origen para instalarse en un nuevo espacio. El modelo ecológico de Bronfenbrenner constituyó una herramienta fundamental para aproximarse a la cuestión de los efectos que el proceso migratorio tiene sobre la salud mental de las personas migrantes. Dicho modelo explica el proceso mediante el cual el migrante desarrolla las herramientas personales, sociales y materiales que considera necesarias para hacer frente a los diferentes factores que la migración presenta y que representan un riesgo para su salud física y mental.

A través de este modelo y otras teorías derivadas de él es posible comprender cómo el proceso migratorio no termina inevitablemente por deteriorar la salud de las personas migrantes; sino que existe un número importante de casos que logran sobreponerse a las dificultades y consiguen en el mediano o largo plazo adaptarse al lugar al que llegan. Es decir, que los efectos de la migración sobre la salud mental deben ser entendidos desde una aproximación que considere el contexto de salida, el proceso y la llegada, así como otros factores; sólo de esta forma se evita caer en la idea de que la migración por sí misma es perjudicial para la salud de las personas.

Otro obstáculo a superar fue la paradoja del inmigrante sano, la cual plantea que a pesar de que los inmigrantes tienen mayores dificultades que la población autóctona para tener acceso a los servicios de salud, los primeros tienen mejor salud. Se trata de un punto de vista que llegó a ser relativamente común y que tiene su explicación, entre otras cosas, en un subregistro por parte de los sistemas de salud de las condiciones de los migrantes, el cual es una consecuencia directa, entre otras cosas, de la falta de acceso a estos servicios.

El desarrollo psicosocial del adolescente posee ciertas características propias que es necesario conocer, a la exposición de ellas se dedicó el capítulo 3. Dentro de la comprensión actual que se posee de la adolescencia, se plantea que ésta está compuesta por etapas que pueden ser diferenciadas entre sí y dentro de las cuales ocurre una evolución biológica, psicológica, social, sexual y moral de la persona. A esto se agrega que cada cultura establece una serie de expectativas sobre lo que debe ser un adolescente, cómo debe comportarse y las actividades que le están permitidas o prohibidas.

Se trata de una etapa de vital importancia para el desarrollo de la salud mental de un individuo, por lo que un proceso de migración se convierte en una cuestión delicada debido al cambio tan radical que puede llegar a representar. Por

ello resulta necesario el estudio de los diferentes factores protectores y de riesgo que pueden incidir ya sea de forma positiva o negativa en la salud mental de estos sujetos.

Finalmente, la última parte de esta investigación se dedicó a demostrar la forma en la que los factores psicosociales como la resiliencia, el compromiso escolar y la violencia familiar inciden sobre la presencia de problemas de salud mental en jóvenes inmigrantes y no inmigrantes de España. En la parte final de esta investigación se apreció cómo es que estos factores a los que se hizo alusión jugaban un papel diferente en cada uno de estos grupos.

En primer lugar se puede señalar la existencia de grandes coincidencias entre ambos grupos, por ejemplo, este fue el caso del desempeño escolar y el consumo de sustancias, donde se presentaron similitudes en su comportamiento, con tan sólo pequeñas diferencias. Mientras que por otro lado, aspectos como la resiliencia individual y contextual o la violencia familiar demostró ciertas diferencias que resultaron tener una mayor relevancia de acuerdo con los distintos análisis estadísticos que se realizaron.

Posteriores pruebas estadísticas sirvieron para profundizar en la comprensión de las relaciones que existían entre diversos temas. Fue en este punto que se pudo corroborar la existencia de una relación entre factores como las distintas categorías de resiliencia y su incidencia sobre la salud mental de los jóvenes, en el caso de los nativos este vínculo resultó ser más fuerte y servir como un importante factor de protección; mientras que en el caso de los inmigrantes sus efectos protectores se veían disminuidos, pero aún así son significativos.

Una situación similar se encontró con el apartado de violencia familiar, que parece tener una incidencia negativa en el desarrollo de problemas de salud mental. Sobre todo, es esta la situación de los jóvenes inmigrantes, quienes a pesar de no presentar tasas significativamente más altas de violencia familiar que las de los

autóctonos, parecen resultar más afectados por esta cuestión. En este apartado destaca sobre todo la incidencia negativa que puede llegar a tener la violencia materna sobre los jóvenes migrantes. Este fue un tema que apareció de forma reiterada a lo largo de los diferentes análisis estadísticos que se llevaron a cabo.

Factores como el desempeño escolar y el consumo de sustancias también mostraron tener una relación significativa con determinados aspectos de la salud mental de los jóvenes. No obstante, en este apartado las diferencias fueron menores entre ambos grupos de estudio. Lo cual es un tema que llama la atención, pero cuyos resultados se pueden explicar a partir del hecho de que el grupo de jóvenes migrantes se encuentra bien adaptado al sistema de enseñanza español.

Los hallazgos que esta investigación ha realizado deben ser ampliados por futuras investigaciones que indaguen en estos mismos temas y otros que se abran a partir de ella. Sobre todo, sería pertinente llevar a cabo más estudios acerca del impacto de la violencia familiar sobre los jóvenes, considerando las diferencias de género entre grupos migrantes. De igual forma, el tema de la resiliencia contextual es otro susceptible de seguir siendo investigado, dado que resultó un factor especialmente relevante a la hora de explicar los factores protectores entre jóvenes migrantes.

Este trabajo puede servir como base para el desarrollo de políticas públicas o programas comunitarios que tengan por objetivo atender los problemas de consumo de sustancias y violencia entre jóvenes tanto autóctonos como migrantes dentro de España. La información aquí contenida contribuye a esclarecer diferentes cuestiones que rodean al tema de la inmigración en este país, el cual preocupa a diferentes sectores de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Abebe, D., Lien, L., Hjelde, K. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant Minority Health*, 16:60–7.
- Achenbach, T., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251–275.
- Adger, W., Kelly, P., Winkels, A., Huy, L., Locke, C. (2002). Migration, Remittances, Livelihood Trajectories, and Social Resilience. *AMBIO: A Journal of the Human Environment*, 31(4), 358-366.
- Aguirre Baztán, Á. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.
- Alink, L., Euser, S., van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M. (2013). Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *International Journal of Psychology*, 48(2), 117–127.
- Almeida, J., Molnar, B. E., Kawachi, I., Subramanian, S. V. (2009). Ethnicity and nativity status as determinants of perceived social support: Testing the concept of familism. *Social Science & Medicine*, 68, 1852–1858.
- Álvarez Blanco, L., & Martínez-González, R.-A. (2016). Cooperación entre las Familias y los Centros Escolares como Medida Preventiva del Fracaso y del Riesgo de Abandono Escolar en Adolescentes . *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 175-192.

- Anguita, C., González, P. (2019). The migrant crisis in the Mediterranean: A multidimensional challenge for the European Union. *RUDN Journal of Sociology*, 19(4), 617–629.
- Ansion, M., Merali, N. (2018). Latino immigrant parents' experiences raising young children in the absence of extended family networks in Canada: Implications for counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(4), 408–427.
- Appleton, J., Christenson, S., Dongjin, K., Rechly, A. (2006). Measuring cognitive and psychological engagement: Validation of Student Engagement Instrument. *Journal of School Psychology*, 44, 427-445.
- Appleton, J., Christenson, S., Furlong, M. (2008). Student engagement with school: Critical conceptual and methodological issues of the construct. *Psychology in the Schools*, 45(5), 369-386.
- Aratani, Y., Cebolla-Boado, H., González Ferrer, A. (2014). Mental Health of Immigrant Adolescents in Spain. Conference: XVIII ISA World Congress of Sociology.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Behere, A., Basnet, P., Campbell, P. (2017). Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39, 457-463.
- Belhadj Kouider, E., Koglin, U., Petermann F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23,373–91.
- Berry, J. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-68.

- Berry, J. (2006). Stress perspectives on acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge University Press.
- Berry, J., Kim, U., Minde, T., Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review*, 21(3), 491-511.
- Blázquez, A., Castro-Fornieles, J., Baeza, I., Morer, A., Martínez, E., Lázaro, L. (2015). Differences in psychopathology between immigrant and native adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1715–1722.
- Bojorquez, I. (2015). Salud Mental y Migración Internacional. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 111-113.
- Bostean, G., Gillespie, B. (2018). Acculturation, acculturative stressors, and family relationships among Latina/o immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(1), 126–138.
- Bravo- Andrade, H., Peñaloza, J. (2015). Resiliencia familiar: una revisión sobre artículos publicados en español. *Revista de Investigación en Psicología*, 18(2), 151-170.
- Bravo-Andrade, R., Ruvalcaba Romero, N., Orozco Solis, M., González-Gaxiola, Hernández-Paz. (2017). Introducción al Modelo Ecológico del Desarrollo Humano. En Ruvalcaba Romero, N., Orozco Solis, M. *SALUD MENTAL. Investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Breinbauer, C., Maddaleno, M. (2005). A new approach to classifying adolescent developmental stages. En *Youth: Choices and change. Promoting healthy*

- behaviors in adolescents. Silver Springs, Estados Unidos: Pan American Health Organization.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bursztein, C., Henrik, I. (2010). Immigration and suicidality in the young. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 274–81.
- Caplan, S. (2007). Latinos, Acculturation, and Acculturative Stress: A Dimensional Concept Analysis. *Policy Politics Nursing Practice*, 8(2), 93-106.
- Cardona, P., Nicholson, B., Fox, R. (2000). Parenting among hispanic and Anglo-American mothers with young children. *The Journal of Social Psychology*, 140(3), 357-365.
- Carretero, A. (2015). Migraciones y Género. La feminización de la migración transnacional. Junta de Andalucía.
- Cebolla Boado, H., Salazar, L. (2016). La salud de los hijos de los inmigrantes en España ¿realmente tienen ventaja?. En Chuliá E. (Ed)., *El nuevo escenario migratorio en España: Panorama Social*, 24, 1699.
- Choi, S. (1992). Communicative socialization processes: Korea and Canada. In Iwawaki, S., Kashima, Y. & Leung, K. (Eds.), *Innovations in cross-cultural psychology*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Collazos, F., Ghali, K., Ramos, M., Quereshi, A. (2014). Salud Mental de la Población Inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 755-761.

- Collazos, F., Qureshi, A., Antonin, M., Tomás-Sábado, J. (2008). Estres aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 307-315.
- Consejo Europeo (2019). *Infografía - Migration flows: Eastern, Central, and Western Mediterranean routes*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://www.consilium.europa.eu/es/infographics/eastern-and-central-mediterranean-routes-09-2017/>
- Consejo Europeo. (2019). *Infografía - Migration flows: Eastern, Central, and Western Mediterranean routes*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://www.consilium.europa.eu/es/infographics/eastern-and-central-mediterranean-routes-09-2017/>
- Coohey, C. (2001). The relationship between familism and child maltreatment in Latino and Anglo families. *Child Maltreatment*, 6(2), 130–142.
- Coohey, C., Renner, L. M., Sabri, B. (2013). Victimization, parenting, and externalizing behavior among Latino and White adolescents. *Journal of Family Violence*, 28(4), 359–368.
- Cortés Pascual, A. (2002). La contribución de la psicología ecológica al desarrollo moral. Un estudio con adolescentes. *Anales de psicología*, 111-134.
- Courtenay, W., McCreary, D., Merighi, J. (2002). Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviours. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 219–231.
- Crouch, J., Hanson, R. F., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. (2000). Income, race/ethnicity, and exposure to violence in youth: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Community Psychology*, 28(6), 625–641.

- Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.
- Díaz López, M. (2003). Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/>
- Dimitrova, R., Chasiotis, A., Van de Vijver, F. (2016). Adjustment Outcomes of Immigrant Children and Youth in Europe: A Meta-Analysis. *European Psychologist*, 21(2), 150-162.
- Dyson, L. (2013). At the interface of ethnicity and recent immigration: Family functioning of Chinese with school-age children in Canada. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 1061-1073.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Espinoza, G., & Carpio, L. (2015). Modelo dinámico ecológico de desarrollo humano de la deserción escolar en Aymaraes, Apurímac. *Revista Ide investigación en psicología*, 18, 115-138.
- Euser, E., van IJzendoorn, M., Prinzie, P., Bakermans-Kranenburg, M. (2011). Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child Maltreatment*, 16(1), 63-73.
- Expansión (2019). *Inmigración*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Datosmacro: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion>
- Expansión. (2019). *Inmigración*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Datosmacro: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion>

- Fenimore, D., Perez, N., Jennings, W. (2019). Early risk factors for violence among Hispanic youth: Evidence from a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 49, 101305.
- Fernández-Niño, J., Vázquez-Rodríguez, A., Florez-García, V., Roja-Botero, M., Luna-Orozco, K., Navarro-Lechuga, E. (2018). Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 530-538.
- Finn, J. D. (1993). *School engagement and students at risk*. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Florenzano, R. (1996). Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo. En Florenzano, R., Maddaleno, M. (Eds.), *Guías curriculares. Salud integral del adolescente (31-41)*. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
- Fredericks, J., Blumenfeld, P., Paris, A. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74, 59– 109.
- Frías, S., Agoff, M. (2015). Between support and vulnerability: Examining family support among women victims of intimate partner violence in Mexico. *Journal of Family Violence*, 30(3), 277–291.
- Funes Artiaga, J. (2010). *Nueve ideas clave. Educar en la adolescencia*. Barcelona: Grao.
- Gaetea, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443.
- Gao, Y., Atkinson-Sheppard, S., Liu, X. (2017). Prevalence and risk factors of child maltreatment among migrant families in China. *Child Abuse & Neglect*, 65, 171–181.

González Enriquez, C. (5 de marzo de 2019). *Inmigración en España: una nueva fase de llegadas*. Recuperado el 30 de abril de 2018, de Real Instituto Elcano: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari28-2019-gonzalezenriquez-inmigracion-espana-nueva-fase-llegadas

González Enríquez, C. (5 de marzo de 2019). *Inmigración en España: una nueva fase de llegadas*. Recuperado el 30 de abril de 2018, de Real Instituto Elcano: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari28-2019-gonzalezenriquez-inmigracion-espana-nueva-fase-llegadas

Goñi, E., Ros, I., Fernández-Lasarte, O. (2018). Academic performance and school engagement among secondary school students in accordance with place of birth, gender and age. *European Journal of Education and Psychology*, 11(2),93-105.

Grillo, R. (2008). *The family in question: Immigrant and ethnic minorities in multicultural Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Gruia Anghel, A. (2015). *Estrategia de aculturación, estrés aculturativo y percepción de riesgos psicosociales en el entorno laboral*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Grupo de Estudios Estratégicos GEES (enero de 2018). *El coste de la inmigración en España*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <http://www.gees.org/contents/uploads/articulos/LainmigracionysusefectosenEspa%C3%B1a4.0.pdf>

Grupo de Estudios Estratégicos GEES. (enero de 2018). *El coste de la inmigración en España*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <http://www.gees.org/contents/uploads/articulos/LainmigracionysusefectosenEspa%C3%B1a4.0.pdf>

- Gutiérrez-Vega, I., Acosta-Ayerbe, A. (2013). La violencia contra niños y niñas: Un problema global de abordaje local, mediante la IAP. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 261–272.
- Hansen, H., Shneyderman, Y., McNamara, G., Grace, L. (2018). Assessing Acculturative Stress of International Students at a U.S. Community College. *Journal of international students*, 8(1), 215-232.
- Harker, K. (2001). Immigrant Generation, Assimilation, and Adolescent Psychological Well-Being. *Social Forces*, 79, 969-1004.
- Hazen E., Schlozman, S., Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *Pediatrics Review*, 29, 161-168.
- Henneberger, A., Varga, S., Moudy, A., Tolan, P. (2016). Family functioning and high risk adolescents' aggressive behavior: Examining effects by ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(1), 145–155.
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007*. Metodología. Recuperado el 30 de abril de 2019, de https://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/inmigra_meto.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007*. Metodología. Recuperado el 30 de abril de 2019, de https://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/inmigra_meto.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta Nacional de Inmigrantes*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Cifras INE: http://www.ine.es/ss/SateIlite?L=&c=INECifrasINE_C&cid=1259925094082&p=1254735116567&page name=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta Nacional de Inmigrantes*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Cifras INE:

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=&c=INECifrasINE_C&cid=1259925094082&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Estadística de Migraciones*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Estadística de Migraciones*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

Jason, L., Jordan, K., Richman, J. (1999). A community-based study of prolonged fatigue and chronic fatigue. *Journal of Health Psychology*, 4(1), 9-26.

Kagitcibasi, C. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 403-422.

Kagitcibasi, C. (2007). *Family, self, and human development across cultures: Theory and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kagitcibasi, C. (2012). Adolescent Autonomy-Relatedness and the Family in Cultural Context: What Is Optimal? *Journal of Research on Adolescence*, 23(2), 223–235.

Keller, H., Papaligoura, Z., Kunsemuller, P., Voelker, S., Papaeliou, C., Lohaus, A., Mousouli, V. (2003). Concepts of mother-infant interaction in Greece and Germany. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 677–689.

Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row.

- Krauskopof, Dina. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.
- Lansford, J., Chang, L., Dodge, K., Malone, P., Oburu, P., Palmérus, K., Bacchini, D., Pastorelli, C., Bombi, A. S., Zelli, A., Tapanya, S., Chaudhary, N., Deater-Deckard, K., Manke, B., Quinn, N. (2005). Physical discipline and children's adjustment: Cultural normativeness as a moderator. *Child Development*, 76(6), 1234–1246.
- Lansford, J., Criss, M., Laird, R., Shaw, D., Pettit, G., Bates, J., Dodge, K. (2011). Reciprocal relations between parents' physical discipline and children's externalizing behavior during middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 23(1), 225–238.
- Lansford, J., Deater-Deckard, K., Dodge, K., Bates, J., Pettit, G. (2004). Ethnic differences in the link between physical discipline and later adolescent externalizing behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 801–812.
- Lara, A. (2019). Perspectiva de atención psicoterapéutica a personas en situación de refugio. *Revista Interdisciplinar da Mobilidades Humana*, 27(55), 97-112.
- Leavey, G., Hollins, K., King, M., Barnes, J., Papadopoulos, C., Grayson, K. (2004). Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 191–5.
- Liu, M., Chen, X., Rubin, K., Zheng, S., Cui, L. (2005). Autonomy vs connectedness oriented parenting behaviors in Chinese and Canadian mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 489–495.

- Luthra, R., Nandi, A., Benzeval, M. (2018). Unravelling the 'immigrant health paradox': ethnic maintenance, discrimination, and health behaviours of the foreign born and their child in England. *Journal of Ethnic and migration studies*, 45(5), 980-1001.
- Malkin, M., McKinney, C. (2019). Racial differences in parental involvement and physical and psychological maltreatment: Processes related to regard for parents. *Journal of Family Issues*, 40(6), 739–763.
- McDonald, S., Shin, S., Corona, R., Maternick, A., Graham-Bermann, S., Ascione, F. R., Herbert Williams, J. (2016). Children exposed to intimate partner violence: Identifying differential effects of family environment on children's trauma and psychopathology symptoms through regression mixture models. *Child Abuse & Neglect*, 58, 1–11.
- McLaughlin, K., Hilt, L., Nolen-Hoeksema, S. (2007). Racial/ethnic differences in internalizing and externalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 801–816.
- McMahon, E., Corcoran, P., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., Wasserman, C., et al. (2017). Mental health difficulties and suicidal behaviours among young migrants: multicentre study of European adolescents. *British Journal of Psychiatry Open Access*, 3, 291–299.
- Mead, M. (1981). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. España: Laia.
- Micolta León, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las. *Trabajo Social*, 59-76.
- Micolta León, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las. *Trabajo Social*, 59-76.

- Millett, L. (2016). The healthy immigrant paradox and child maltreatment: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(5), 1199–1215.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Molcho, M., Cristini, F., Nic Gabhainn, S., Santinello, M., Moreno, C., Gaspar de Matos, M., et al. (2010). Health and well-being among child immigrants in Europe. *Eurohealth*, 6, 20–3.
- Mora, G., Fernández, J., Torre, M. (2018). Different contexts and trends: Latina immigrant fertility in the US and Spain. *International Migration*, 56(5), 56–73.
- Motti-Stefanidi F., Masten, A., Asendorpf, J. (2015). School engagement trajectories of immigrant youth: Risks and longitudinal interplay with academic success. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 32-42.
- Motti-Stefanidi, F. (2019). Resilience Among Immigrant Youths: Who adapts well, and why? *Current Directions in Psychological Science*, 1-8.
- Motti-Stefanidi, F., Berry, J., Chrysoschoou, X., Lackland, D., Phinney, J. (2009). Positive Immigrant Youth Adaptation in Context: developmental, acculturation, and social psychological perspectives. In A.S. Liebkind, M., & Hernandez., D.J. (Eds.), *Capitalizing on migration: The potential of immigrant youth*. New York: Cambridge University Press.
- OECD (2010). *Closing the gap for immigrant students: Policies, practice, and performance*. Paris: OECD
- OECD. (2003). *Student engagement at school: A sense of belonging and participation. Results from PISA 2000*. Paris: OECD.
- Oliva, J., Pérez, G. (2009). Inmigración y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 1-3.

Organización de las Naciones Unidas. (2019). Violencia contra las trabajadoras migratorias. Recuperado de unwomen.org/es/digital-library/publications/2019/07/a-74-235-sg-report-violence-against-women-migrant-workers

Organización Internacional para las Migraciones. (2006). *Los términos claves de migración*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://www.iom.int/es/los-terminos-clave-de-migracion>

Organización Internacional para las Migraciones. (2006). Los términos claves de migración . Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://www.iom.int/es/los-terminos-clave-de-migracion>

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Mixed migration routes to Europe*. Recuperado el 30 de abril de 2020 de Missing Migrants: https://missingmigrants.iom.int/sites/default/files/Mixed_migration_routes_to_Europe_2.pdf

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Mixed migration routes to Europe*. Recuperado el 30 de abril de 2020, de Missing Migrants : https://missingmigrants.iom.int/sites/default/files/Mixed_migration_routes_to_Europe_2.pdf

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Global Migration Indicators*. Berlin: OIM.

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Global Migration Indicators*. Berlin: OIM.

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Migration Data Portal*. Recuperado el 04 de mayo de 2019 de Key migration statistics: <https://migrationdataportal.org/>

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). Migration Data Portal. Obtenido de Key migration statistics: <https://migrationdataportal.org/>

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). Llegadas a Europa. Recuperado el 04 de mayo de 2020, de Flow Monitoring: <http://migration.iom.int/europe?type=arrivals>

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Llegadas a Europa*. Recuperado el 06 de junio de 2020, de Flow Monitoring: <http://migration.iom.int/europe?type=arrivals>

Organización Internacional para las Migraciones. (s.f.). *Conceptos básicos sobre la migración*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <http://www.oim.org.co/node/13>

Organización Internacional para las Migraciones. (s.f.). Conceptos básicos sobre la migración. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <http://www.oim.org.co/node/13>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2019). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado el 30 de junio de 2019, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia. Recuperado el 30 de julio de 2019 de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. (2010). Washington, D.C: OPS.

- Orozco Vargas, A. (2013). Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos. *Norteamérica*, 8, 7-44.
- Ostrove, J., Feldman, P., Adler, N. (1999). Relations among socioeconomic status indicators and health for African-Americans and Whites. *Journal of Health Psychology*, 4(4), 451–463.
- Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia*. Bogotá: San Pablo.
- Patel, V., Flisher A., Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369, 1302-1313.
- Penuel, W., Wertsch, J. (1995). Vygotsky and identity formation: A sociocultural approach, *Educational Psychologist*, 30:2, 83-92, DOI: 10.1207/s15326985ep3002_5.
- Romero-Acosta, K., Penelo, E., Noorian, Z., Ferreira, E., Domènech-Llaberia, E. (2014). Racial/ethnic differences in the prevalence of internalizing symptoms: Do Latin-American immigrant show more symptomatology than Spanish native-born adolescents? *Journal of Health Psychology*, 19(3), 381-392.
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://dle.rae.es/>
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://dle.rae.es/>
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.

- Sandoval-Muñoz, M., Mayorga-Muñoz, C., Elgueta-Sepúlveda, H., Soto-Higuera, A., Viveroa-Lopomo, J., Riquelme, S. (2018). Compromiso y Motivación Escolar: Una discusión conceptual. *Revista Educación*, 42(2),67-79.
- Schick, M., Schönbacher, V., Landolt, M. A., Schnyder, U., Xu, W., Maier, T., Mohler-Kuo, M. (2016). Child maltreatment and migration: A population-based study among immigrant and native adolescents in Switzerland. *Child Maltreatment*, 21(1), 3-15.
- Secretaría de Salud. (2012). Programa de Acción en Salud Mental. México: Secretaría de Salud Gobierno de México.
- Shochet, I., Dadds, M., Ham, D., Montague, R. (2006). School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health: Results of a community prediction study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 170–179.
- Singh, G., Yu, S.M., Kogan, M.D. (2013). Health, chronic conditions, and behavioral risk disparities among U.S. immigrant children and adolescents. *Public Health Report*,128, 463-479.
- Smokowski, P., Chapman, M., Bacallao, M. (2007). Acculturation Risk and Protective Factors and Mental Health Symptoms in Immigrant Latino Adolescents. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 16, 33–55.
- Sobral Fernández, J., Gómez-Fraguela, J., Luengo, Á., Estrella, R., & Villar, P. (2010). Adolescentes latinoamericanos, aculturación y conducta antisocial. *Psicothema*, 22(3), 410-415.

- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Nielsen, S., Lehnhardt, J., Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review. *European Journal of Public Health* 2015, 25, 63–71.
- Su, D., Toure, D., Do, K., Ramos, A. (2019). Assessing racial and ethnic differences in attitudes towards the use of physical discipline in parenting: A mixed-methods approach. *Journal of Social Service Research*, 45(4), 455–465.
- Suárez-Orozco, C., Rhodes, J., Milburn, M. (2009). Unraveling the immigrant paradox: Academic engagement and disengagement among recently arrived immigrant youth. *Youth & Society*, 41, 151–185.
- Teruya, S., Bazargan-Hejazi, S. (2013). The Immigrant and Hispanic Paradoxes: A Systematic Review of Their Predictions and Effects. *Hispanic Journal of Behavioural sciences*, 35(4), 486-509.
- Thompson, N. J., McGee, R., Munoz, L., Walker, E. R. (2015). Reflections on mental health advocacy across differing ecological levels. *Journal of the Georgia Public Health Association*, 5(1), 126-134.
- Tomkiewicz, S. (2004). El surgimiento del concepto. En Cyrulnik, B., Tomkiewicz, S., Guérnard, T., S., Manciaux, M., et al. *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Umaña-Taylor, A. and Updegraff, K. (2007). Latino adolescents' mental health: Exploring the interrelations among discrimination, ethnic identity, cultural orientation, self-esteem, and depressive symptoms. *Journal of Adolescence*, 30(4), 549–56.

Ungar M., Lee A., Callaghan T., Boothroyd R. (2005). An international collaboration to study resilience in adolescents across cultures. *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 6(1), 5-24.

Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 225-235.

Unión Europea. (11 de julio de 2007). REGLAMENTO (CE) N o 862/2007 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Diario Oficial de la Unión Europea: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/Es/TXT/HTML/?uri=CELEX:32007R0862&qid=1448964364407&from=Es>

Unión Europea. (11 de julio de 2007). *Reglamento (ce) No. 862/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Diario Oficial de la Unión Europea: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/Es/TXT/HTML/?uri=CELEX:32007R0862&qid=1448964364407&from=Es>

Unión Europea. (2018). *Inmigration*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00176>

Unión Europea. (2018). *Inmigration*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00176>

Unión Europea. (2019). *Eurostat: Migration and migrant population statistics*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics

Unión Europea. (2019). *Eurostat: Migration and migrant population statistics*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics

United Nations Children's Fund. Adolescent Development: Perspectives and Frameworks: A Discussion Paper. (2005). New York: UNICEF.

United Nations Department of Economical and Social Affairs Youth. World Youth Report 2003: Report of the Secretary-General. (2003). New York: UN DESA.

Uriarte-Arciniega, J. (2013). La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Psicología Política*, 47, 7-18.

Varela, S., Castañeda, D., Galindo, M., Moreno, A., Salguero, L. (2019). Tendencias de investigaciones sobre prácticas de crianza en Latinoamérica. *Infancias Imágenes*, 18(2), 247–258.

Vedder, P., Motti-Stefanidi, F. (2016). Children, families and schools. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Vicario Molina, I. (2013). El estrés aculturativo y su efecto en el bienestar subjetivo: los procesos relacionales de intimidad y poder como mediadores. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Virguez, M. D. (2018). *Los 17 tipos de migración principales*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://www.lifeder.com/tipos-migracion/>

Virguez, M. d. (2018). Los 17 tipos de migración principales. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <https://www.lifeder.com/tipos-migracion/>

Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: the development of higher mental processes*. Cambridge: Harvard University Press.

- Walsh, F. (2004). Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wang, M., Peck, S. (2013). Adolescent Educational Success and Mental Health Vary Across School Engagement Profiles. *Journal of Developmental Psychology*, 49(7), 1266-1276.
- Webb, R., Antonsen, S., Mok, P., Agerbo, E., Pedersen, C. (2015). National cohort study of suicidality and violent criminality among Danish immigrants. *PLoS One*, 10:e0131915.
- Werner, E. y Smith R. (1982). *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- William Eustace, R. (2007). *Factors influencing acculturative stress among international students in the United States*. Manhattan: Kansas State University.
- World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. (2000). WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413–26.
- World Health Organization Regional Office for Europe. *Factsheet for World Mental Health Day 2018*. (2018). Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization Technical Report Series 886. *Programming for adolescent health and development: report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. (1999). Geneva: World Health Organization.

Zuñeda, A., Llamazares, A., Marañón, D., Vázquez, G. (2016). Características individuales y familiares de los adolescentes en violencia filio-parental: La agresividad física, la cohesión familiar y el conflicto interparental como variables explicativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1).

ANEXOS

I. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12-17 AÑOS)

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.No.ID.	
2.Sexo	1.Hombre 2.Mujer
3.Edad	
4.País de Nacimiento	1.Ecuador 2.Colombia 3.Marruecos 4.España
5.¿Tienes Nacionalidad Española?	1.Si 2.No 99. Ns/Nc
6.¿Tienes tarjeta e identidad de extranjero?	1.Si 2.No 99.Ns/Nc

B. ESTUDIOS

7.¿Estás estudiando?	1.Si 2.No 3.Ns/Nc
8. ¿Qué nivel has completado?	1. Ninguno 2. Ciclo Primaria 3. ESO-Secundarios 4. Bachillerato 5. Formación Profesional Reglada 6. PQPI/Talleres Ocupacionales 7. Escuela de Adultos cursando certificado de ESO (>16ª). 8. Escuelas de Oficios 9. Talleres propios de centros o Fundaciones/ONG's colaboradoras (talleres de

	<p>lengua, manualidades., cursos català/castellà ex: Casal d'Infants Raval).</p> <p>10. Otros</p> <p>99. Ns/Nc</p>
9. ¿Has abandonado los estudios sin haber conseguido el título de Educación Secundaria Obligatoria (ESO)?	<p>1.Si</p> <p>2.No</p> <p>99.Ns/Nc</p>
10.Si has abandonado, especifica la causa)	<p>1. No quería seguir estudiando la ESO</p> <p>2. No podía repetir un curso más por haber repetido previamente</p> <p>3. Me expulsaron del Instituto</p> <p>4. Tenía que trabajar</p> <p>5. Otros</p> <p>99. Ns/Nc</p>
11. ¿Has repetido curso alguna vez?	<p>1. Si, un curso</p> <p>2. Si, dos o más cursos</p> <p>3. No</p> <p>99. Ns/Nc</p>
12. En los últimos 30 días, ¿Has faltado algún día entero a clase?	<p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>99. Ns/Nc</p> <p><i>Nacidos en España→ir a D (Apoyo Social)</i></p> <p><i>Todos los demás→ir a C (proceso migratorio)</i></p>
13. En los últimos 30 días ¿Cuántos días completos has faltado a clase por cada uno de los siguientes motivos?	<p>1. Enfermedad: días /_/</p> <p>2. Consulta médica. días /_/</p> <p>3. No tener ganas de ir a clase. días /_/</p> <p>4. Visitar o atender a un familiar enfermo. días /_/</p> <p>5. Ayudar a los padres. días /_/</p> <p>6. Hacer una gestión ineludible. días /_/</p> <p>7. Otros motivos. Especificar: días /_/</p>

C. PROCESO MIGRATORIO Y ACOGIDA

1. ¿En qué año llegaste a vivir a España?	
2. ¿En qué año saliste de tu país?	
3. ¿Viniste con tus padres o mas tarde en el agrupamiento familiar?	1. Venimos todos juntos 2. Vinieron primero los adultos 99.Ns/Nc
4. ¿Cuánto tardó la reagrupación?	meses
5. En relación a lo que tú esperabas cuando saliste de tu país, ¿se han cumplido tus expectativas?	1. Nada 2. Poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho 99.Ns/Nc
6. ¿Volverías a tu país?	1. Si 2. No 99.Ns/Nc

D. APOYO SOCIAL

1. ¿Qué tan a gusto te sientes en la escuela/instituto?	1. Muy mal 2. Mal 3. Regular 4. Bien 5. Muy bien 99.Ns/Nc
2. ¿Qué tan a gusto te sientes con los compañeros/amigos del centro?	1. Muy mal 2. Mal 3. Regular 4. Bien 5. Muy bien 99.Ns/Nc
3. ¿Cómo te llevas con tus profesores?	1. Muy mal 2. Mal 3. Regular 4. Bien 5. Muy bien 99.Ns/Nc

4. ¿Cuál es tu nivel de satisfacción con el centro educativo?	1.Muy mal 2.Mal 3.Regular 4.Bien 5.Muy bien 99.Ns/Nc
5. ¿Hay algún miembro de tu familia con quien puedas contar para ayudarte con los estudios?	1.Si 2.No 99.Ns/Nc
6. ¿Hay algún miembro de tu familia con quien puedas contar para comprar las cosas que necesitas?	1.Si 2.No 99.Ns/Nc
7. ¿Hay algún miembro de tu familia con quien puedas contar cuando necesitas tomar una decisión importante?	1.Si 2.No 99.Ns/Nc
8. ¿Cuál es tu preocupación principal en este momento? (marcar una)	1.El trabajo 2.La situación económica 3.Los estudios 4.La salud de mi familia y/o la mía 5.Mis relaciones con amigos y/o pareja 6.Otros (Especificar) 99.Ns/Nc
9. ¿Sientes que los españoles son racistas?	1.Nada 2.Poco 3.Regular 4.Bastante 5.Mucho 99.Ns/Nc
10. ¿Te sientes discriminado por ser de un origen cultural diferente?	1.Nada 2.Poco 3.Regular 4.Bastante 5.Mucho 99.Ns/Nc
11. ¿Qué haces en tu tiempo libre?	1.Salgo con amigos/pareja 2.Deporte 3.Otros estudios extraescolares 4.Actividades relacionadas con mi cultura o religión 5.Otros (Especificar) 99.Ns/Nc
12. ¿Has trabajado a cambio de dinero/salario alguna vez en los últimos 30 días?	1.Si 2.No 99.Ns/Nc

E. SALUD MENTAL FAMILIARES/ADOLESCENTE

1. ¿Alguna vez fuiste al psiquiatra o al psicólogo?	1.Si 2.No →ir a p.E5 99. No sabe o no contesta →ir a p.E5
2. ¿Sabes cómo se llaman a eso que te ocurrió?	1.Si (Especificar) 2.No 99. Ns/Nc
3. ¿Tomaste medicación por esta enfermedad?	1.Si (Especificar) 2.No 99. Ns/Nc
4. ¿Has ingresado alguna vez en un hospital por esa causa?	1.Si (Especificar) 2.No 99. Ns/Nc
5. ¿Sabes si alguien de tu familia tiene o ha tenido alguna enfermedad mental?	1.Si (Especificar quién) 2.No 99. Ns/Nc
6. ¿Tienes familiares que han tenido un problema con bebidas alcohólicas o uso de drogas?	1.Si (Especificar con qué sustancia) 2.No 99. Ns/Nc
7. ¿Requirió tratamiento?	1.Si 2.No 99. Ns/Nc

F. YOUTH SELF REPORT (YSR)

A continuación se enumeran diversas frases que describen algunas conductas. Cada frase describe lo que a ti te pasa ahora o durante los últimos 6 meses. Marque con un círculo en el nº 2 si lo que dice el enunciado es muy cierto o te ocurre frecuentemente; el nº 1 si la frase es algo cierta o te sucede a veces; y el 0 si no es cierta.

0= No es verdad

1= Algo cierto o verdad a veces

2= Muy verdadero o frecuentemente es verdad

	No es cierto 0	Algo cierto 1	Muy cierto 2
F1. Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo.	0	1	2
F2. Tengo alguna alergia (describe):	0	1	2
F3. Discuto mucho.	0	1	2
F4. Tengo asma.	0	1	2
F5. Me comporto como las personas del otro sexo.	0	1	2
F6. Me gustan los animales.	0	1	2
F7. Fanfarroneo, chuleo.	0	1	2
F8. Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención.	0	1	2
F9. No puedo apartar de mi mente ciertos pensamientos, obsesiones (describelas): (_____)	0	1	2

F10.	Me cuesta estarme quieto.	0	1	2
F11.	Dependo demasiado de los adultos.	0	1	2
F12.	Me siento solo/a.	0	1	2
F13.	Me siento confuso/a o en un mar de dudas	0	1	2
F14.	Lloro mucho.	0	1	2
F15	Soy bastante honrado.	0	1	2
F16	Soy desconsiderado/a con los demás.	0	1	2
F17.	A menudo sueño despierto/a.	0	1	2
F18.	Deliberadamente he tratado de hacerme daño o de suicidarme.	0	1	2
F19.	Quiero que estén por mí, exijo mucha atención.	0	1	2
F20.	Destrozo mis cosas.	0	1	2
F21.	Destrozo las cosas de los demás.	0	1	2
F22.	Desobedezco a mis padres.	0	1	2
F23.	Desobedezco en el colegio.	0	1	2
F24.	Como poco o soy caprichoso/a con la comida.	0	1	2
F25.	No me llevo bien con otros chicos/as.	0	1	2

F26.	No me siento culpable después de hacer algo que no debería hacer.	0	1	2
F27.	Siento celos de los demás.	0	1	2
F28.	Estoy dispuesto/a a ayudar a los demás cuando lo necesitan:	0	1	2
F29.	Le tengo miedo a ciertos animales, situaciones o lugares –no incluya colegio- (descríbelos): (_____)	0	1	2
F30.	Tengo miedo de ir al colegio.	0	1	2
F31.	Tengo miedo de pensar o de hacer algo malo.	0	1	2
F32.	Creo que tengo que ser perfecto/a.	0	1	2
F33.	Creo que nadie me quiere.	0	1	2
F34.	Creo que los demás quieren fastidiarme o hacerme daño.	0	1	2
F35.	Creo que no valgo para nada o me siento inferior.	0	1	2
F36.	Con frecuencia, me hago daño sin querer.	0	1	2
F37.	Me meto en muchas peleas.	0	1	2
F38.	Se burlan mucho de mí.	0	1	2
F39.	Ando con chicos/as que se meten en problemas.	0	1	2
F40.	Oigo ruidos o voces que los demás piensan que no existen (descríbelos): (_____)	0	1	2

F41.	Actúo sin pararme a pensar.	0	1	2
F42.	Prefiero estar sólo/a a estar con otros.	0	1	2
F43.	Digo mentiras o hago trampas.	0	1	2
F44.	Me muerdo las uñas.	0	1	2
F45.	Soy nervioso/a o tenso/a.	0	1	2
F46.	Tengo tics o movimientos nerviosos (descríbelos): (_____)	0	1	2
F47.	Tengo pesadillas.	0	1	2
F48.	No caigo bien a los demás niños/as.	0	1	2
F49.	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría de chicos/as.	0	1	2
F50.	Soy demasiado miedoso/a o ansioso/a.	0	1	2
F51.	Me dan mareos (vértigos).	0	1	2
F52.	Siento demasiada culpabilidad.	0	1	2
F53.	Como demasiado.	0	1	2
F54.	Me siento muy cansado/a.	0	1	2
F55.	Tengo exceso de peso.	0	1	2
F56.	Tengo problemas físicos a los que no se ha encontrado una causa médica.	0	1	2

F56a.	Dolores o molestias (no dolores de cabeza).	0	1	2
F56b.	Dolores de cabeza.	0	1	2
F56c.	Náuseas, ganas de vomitar.	0	1	2
F56d.	Problemas en los ojos (descríbelos): (_____)	0	1	2
F56e.	Erupciones u otros problemas en la piel.	0	1	2
F56f.	Dolores de barriga o retortijones.	0	1	2
F56g.	Vómitos.	0	1	2
F56h.	Otros (descríbelos): (_____)	0	1	2
F57.	Ataco físicamente a otras personas.	0	1	2
F58.	Me arranco padrastrós o me rasco diversas partes del cuerpo (descríbelo): (_____)	0	1	2
F59.	Puedo ser bastante simpático.	0	1	2
F60.	Me gusta probar cosas nuevas.	0	1	2
F61.	Mi rendimiento escolar es deficiente.	0	1	2
F62.	Tengo mala coordinación o soy patoso/a	0	1	2
F63.	Prefiero estar con chicos/as mayores a estar con los de mi edad.	0	1	2
F64.	Prefiero estar con chicos/as más pequeños a estar con los de mi edad.	0	1	2

F65.	Me niego a hablar.	0	1	2
F66.	Repito constantemente algunas acciones (descríbelos): (_____)	0	1	2
F67.	Me escapo de casa.	0	1	2
F68.	Grito mucho.	0	1	2
F69.	Soy reservado/a, me guardo las cosas para mí mismo/a.	0	1	2
F70.	Veó cosas que los demás piensan que no existen (descríbelas): (_____)	0	1	2
F71.	Me siento inseguro/a o cohibido/a con facilidad.	0	1	2
F72.	Prendo fuegos.	0	1	2
F73.	Tengo habilidad manual.	0	1	2
F74.	Me gusta llamar la atención o hacer el payaso.	0	1	2
F75.	Soy tímido/a.	0	1	2
F76.	Duermo menos que la mayoría de los chicos/as.	0	1	2
F77.	Duermo más que la mayoría de niños/as, de día o de noche (descríbelo): (_____)	0	1	2
F78.	Tengo mucha imaginación.	0	1	2
F79.	Tengo problemas de habla (descríbelo): (_____)	0	1	2

F80.	Sé defender mis derechos.	0	1	2
F81.	Robo cosas en casa.	0	1	2
F82.	Robo cosas fuera de casa.	0	1	2
F83.	Almaceno cosas que no necesito (descríbelas): (_____)	0	1	2
F84.	Hago cosas que a otras personas les parecen extrañas o raras (descríbelas): (_____)	0	1	2
F85.	Tengo pensamientos que otras personas creerían que son extraños o raros (descríbelos): (_____)	0	1	2
F86.	Soy tozudo/a, cabezota.	0	1	2
F87.	Mi humor o sentimientos cambian de repente.	0	1	2
F88.	Me gusta estar en compañía de otras personas.	0	1	2
F89.	Soy desconfiado/a.	0	1	2
F90.	Digo palabrotas.	0	1	2
F91.	Pienso en suicidarme.	0	1	2
F92.	Me gusta hacer reír a los demás:	0	1	2
F93.	Hablo demasiado.	0	1	2
F94.	Me burlo mucho de los demás.	0	1	2

F95.	Tengo mal genio.	0	1	2
F96.	Pienso demasiado en el sexo.	0	1	2
F97.	Amenazo con hacer daño a la gente.	0	1	2
F98.	Me gusta ayudar a los demás.	0	1	2
F99.	Me preocupo demasiado por ir limpio/a y arreglado/a.	0	1	2
F100.	Tengo problemas para dormir (descríbelos): (_____)	0	1	2
F101.	Hago novillos o falto a clase.	0	1	2
F102.	No tengo mucha energía.	0	1	2
F103.	Me siento desgraciado/a, triste o deprimido/a.	0	1	2
F104.	Grito o hago más escándalo que los demás chicos/as.	0	1	2
F105.	Consumo alcohol, tabaco o tomo drogas no prescritas por el médico (descríbelas): (_____)	0	1	2
F106.	Procuro ser amable con los demás.	0	1	2
F107.	Disfruto cuando alguien cuenta un buen chiste.	0	1	2
F108.	Me tomo la vida con calma.	0	1	2
F109.	Procuro ayudar a la gente cuando puedo.	0	1	2

F110. Me gustaría pertenecer al otro sexo. 0 1 2

F111. Evito relacionarme con los demás. 0 1 2

F112. Me preocupo mucho. 0 1 2

G. CONSUMO DE SUSTANCIAS (TÓXICOS) (Rellenar por entrevistador)

1. Por favor, dime cuál de las siguientes sustancias has probado y con qué intensidad.

	Nunca	Esporádicamente	Una vez por semana	Los fines de semana	Varios días a la semana	A diario	Ns/Nc
1.Tabaco	0	1	2	3	4	5	99
2.Alcohol	0	1	2	3	4	5	99
3.Cannabis (porros/hachís, marihuana)	0	1	2	3	4	5	99

H. RESILIENCIA (Autollenaado)

A continuación, se enumeran una serie de preguntas sobre ti, tu familia, tu comunidad y tus relaciones con las personas. Estas preguntas han sido diseñadas para entender mejor como nos enfrentamos a la vida y el papel que juegan las personas que están a nuestro alrededor en estos desafíos diarios.

¿En qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones? Señala una solo opción con un círculo.

		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	Ns/Nc
H.1	Tengo personas a las que admiro	1	2	3	4	5	99
H.2	Coopero con las personas de mi alrededor	1	2	3	4	5	99
H.3	Tener una educación es importante para mi	1	2	3	4	5	99
H.4	Sé comportarme teniendo en cuenta las normas sociales	1	2	3	4	5	99
H.5	Tengo personas que se preocupan por mi	1	2	3	4	5	99

H.6	Mis padres o tutores mi conocen bien	1	2	3	4	5	99
H.7	Si tengo hambre, siempre hay suficiente comida para alimentarme	1	2	3	4	5	99
H.8	Intento finalizar todo lo que empiezo	1	2	3	4	5	99
H.9	Mi fe me da fuerzas	1	2	3	4	5	99
H.10	Me siento orgulloso de mi origen étnico	1	2	3	4	5	99
H.11	La gente piensa que soy una persona divertida	1	2	3	4	5	99
H.12	Hablo sobre cómo me siento con mi familia o tutores legales	1	2	3	4	5	99
H.13	Puedo solucionar mis problemas sin hacerme daño ni hacer daño a terceras personas (por ejemplo sin caer en la droga y sin usar la violencia)	1	2	3	4	5	99
H.14	Mis amigos me apoyan	1	2	3	4	5	99
H.15	Sé dónde acudir por ayuda dentro de mi comunidad, cuando tengo algún problema	1	2	3	4	5	99
H.16	Siento que formo parte de mi escuela	1	2	3	4	5	99
H.17	Mi familia me apoya en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	99
H.18	Mis amigos me apoyan en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	99
H.19	Soy tratado con igualdad dentro de mi comunidad	1	2	3	4	5	99
H.20	Puedo demostrar a los demás que soy una persona adulta y responsable	1	2	3	4	5	99
H.21	Soy consciente de mis puntos fuertes	1	2	3	4	5	99
H.22	Participo en diversas actividades coordinadas por mi iglesia	1	2	3	4	5	99
H.23	Creo que es importante ayudar en mi comunidad	1	2	3	4	5	99
H.24	Me siento a salvo junto a mis padres o tutores	1	2	3	4	5	99
H.25	Tengo la oportunidad de desarrollar habilidades que me serán útiles en el futuro (habilidades relacionadas con un oficio y habilidades sociales)	1	2	3	4	5	99
H.26	Disfruto de las tradiciones familiares con mis padres o tutores	1	2	3	4	5	99
H.27	Disfruto de las tradiciones de mi comunidad	1	2	3	4	5	99
H.28	Estoy orgulloso de ser ciudadano de:	1	2	3	4	5	99

I. COMPROMISO ESCOLAR (Autollenaado)

Responde a las siguientes preguntas con una respuesta indicando 1 (muy en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) o 4 (muy de acuerdo).

		Muy en desacuer do	En desacuer do	De acuerdo	Muy de acuerdo	Ns/Nc
I.1	Mi familia/tutores legales están ahí cuando los necesito	1	2	3	4	99
I.2	Después de terminar mis deberes los reviso para ver si son correctos.	1	2	3	4	99
I.3	Mis profesores están ahí cuando los necesito	1	2	3	4	99
I.4	A mis compañeros de clase les gusto tal como soy.	1	2	3	4	99
I.5	Los adultos de mi escuela escuchan a los estudiantes.	1	2	3	4	99
I.6	Mis compañeros de clase en mi escuela se preocupan de mí.	1	2	3	4	99
I.7	Mis compañeros de clase en mi escuela están ahí cuando los necesito.	1	2	3	4	99
I.8	La mayor parte de las cosas que son importantes de saber las aprendo en la escuela.	1	2	3	4	99
I.9	Las normas de la escuela son justas.	1	2	3	4	99
I.10	Ir a la universidad después del instituto es importante.	1	2	3	4	99
I.11	Mi familia/tutores legales se interesan por las cosas buenas que pasan en el instituto.	1	2	3	4	99
I.12	La mayoría de los profesores de mi escuela están interesados en mí como persona, no únicamente como estudiante	1	2	3	4	99
I.13	Los estudiantes respetan lo que tengo que decir.	1	2	3	4	99
I.14	Cuando hago los deberes reviso para ver si entiendo lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	99
I.15	En general, mis profesores son abiertos y honestos conmigo.	1	2	3	4	99
I.16	Tengo planes de continuar mi educación tras el instituto	1	2	3	4	99
I.17	Aprenderé, pero solo si el profesor me premia.	1	2	3	4	99
I.18	La escuela es importante para lograr mis objetivos futuros.	1	2	3	4	99
I.19	Cuando tengo un problema en la escuela mi familia/ tutores legales están dispuestos a ayudarme.	1	2	3	4	99
I.20	En general, los adultos de mi escuela tratan a los estudiantes de forma justa.	1	2	3	4	99
I.21	Disfruto hablando con los profesores.	1	2	3	4	99
I.22	Disfruto hablando con los estudiantes.	1	2	3	4	99
I.23	Tengo algunos amigos en la escuela.	1	2	3	4	99

I.24	Cuando las cosas me salen bien en la escuela es porque me esfuerzo.	1	2	3	4	99
I.25	Los exámenes de mis asignaturas miden bien lo que soy capaz de hacer.	1	2	3	4	99
I.26	Me siento seguro/a en la escuela.	1	2	3	4	99
I.27	Me tienen en cuenta a la hora de decidir sobre lo que me pasa en la escuela.	1	2	3	4	99
I.28	Cuando las cosas se ponen difíciles en la escuela, mi familia/ tutores legales quieren que siga intentándolo.	1	2	3	4	99
I.29	Soy optimista sobre mi futuro.	1	2	3	4	99
I.30	En mi escuela, los profesores se preocupan de los estudiantes.	1	2	3	4	99
I.31	Aprenderé, pero solo si mi familia/tutores legales me premian.	1	2	3	4	99
I.32	Aprender es divertido porque mejoro en alguna cosa.	1	2	3	4	99
I.33	Lo que aprendo en mis clases será importante en mi futuro.	1	2	3	4	99
I.34	Las notas de mis asignaturas miden bien lo que soy capaz de hacer.	1	2	3	4	99

J. PERCEPCIÓ DEL AMBIENTE FAMILIAR (Autollenado)

Las siguientes preguntas se refieren a cosas que han podido pasar **en tu casa**. Indica el número que elijas junto a la frase y escoge entre quienes observaste esta conducta con mayor frecuencia.

J.1 ¿Con qué frecuencia has visto como una persona pegaba o dañaba físicamente a otra persona?

J.1.A	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días	Ns/Nc
Entre mi padre y madre:	1	2	3	4	5	99
J.1.B Entre mi padre y su pareja	1	2	3	4	5	99
J.1.C Entre mi madre y su pareja	1	2	3	4	5	99
J.1.D Entre hermanos	1	2	3	4	5	99
J.1.E De mi padre a hermanos	1	2	3	4	5	99
J.1.F De mi madre a hermanos	1	2	3	4	5	99
J.1.G De mis hermanos a mi madre	1	2	3	4	5	99
J.1.H De mis hermanos a mi padre	1	2	3	4	5	99
J.1.I Otros	1	2	3	4	5	99

J.2 ¿Con qué frecuencia te han pegado o dañado físicamente a ti?

J.2.A Mi madre	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días	Ns/Nc
	1	2	3	4	5	99
J.2.B Mi padre	1	2	3	4	5	99
J.2.C Pareja de mi madre	1	2	3	4	5	99
J.2.D Pareja de mi padre	1	2	3	4	5	99
J.2.E Hermanos	1	2	3	4	5	99
J.2.F Otros	1	2	3	4	5	99

J.3 ¿Con qué frecuencia has visto como una persona amenazaba con pegarle a otra?

J.3.A Madre	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días	Ns/Nc
	1	2	3	4	5	99
J.3.B Padre	1	2	3	4	5	99
J.3.C Pareja de mi madre	1	2	3	4	5	99
J.3.D Pareja de mi padre	1	2	3	4	5	99
J.3.E Hermanos	1	2	3	4	5	99
J.3.F Otros	1	2	3	4	5	99

J.4 ¿Con qué frecuencia te han amenazado con pegarte?

J.4.A Madre	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días	Ns/Nc
	1	2	3	4	5	99
J.4.B Padre	1	2	3	4	5	99
J.4.C Pareja de mi madre	1	2	3	4	5	99
J.4.D Pareja de mi padre	1	2	3	4	5	99
J.4.E Hermanos	1	2	3	4	5	99
J.4.F Otros	1	2	3	4	5	99

J.5 ¿Con qué frecuencia has visto como una persona insultaba a otra?

J.5.A Entre mi padre y madre:	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días	Ns/Nc
	1	2	3	4	5	99
J.5.B Entre mi padre y su pareja	1	2	3	4	5	99
J.5.C Entre mi madre y su pareja	1	2	3	4	5	99
J.5.D Entre hermanos	1	2	3	4	5	99
J.5.E De mi padre a hermanos	1	2	3	4	5	99
J.5.F De mi madre a hermanos	1	2	3	4	5	99

J.5.G De mis hermanos a mi madre	1	2	3	4	5	99
J.5.H De mis hermanos a mi padre	1	2	3	4	5	99
J.5.I Otros	1	2	3	4	5	99

J.6 ¿Con qué frecuencia te han insultado a ti?

J.6.A Madre	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días	Ns/Nc
	1	2	3	4	5	99
J.6.B Padre	1	2	3	4	5	99
J.6.C Pareja de mi madre	1	2	3	4	5	99
J.6.D Pareja de mi padre	1	2	3	4	5	99
J.6.E Hermanos	1	2	3	4	5	99
J.6.F Otros	1	2	3	4	5	99

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Vicerectorat d'Investigació, Desenvolupament i Innovació
Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo e Innovación

AMPARO NAVARRO FAURE, Presidenta del Comitè de Ètica y Vicerectora de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Universidad de Alicante,

INFORMA:

Que el Comitè de Ètica de la Universidad de Alicante, reunida en fecha 7 de julio de 2014, una vez estudiada la documentación presentada del proyecto de investigación "TRABAJO, INMIGRACION Y SALUD EN UNA COHORTE DE POBLACION INMIGRANTE EN ESPAÑA" N° Expediente UA-2014-06-26, cuyo investigador principal es **Elena Ronda Pérez**, dio su visto bueno para la realización del citado proyecto.

Y para que conste a los efectos oportunos se firma el presente en Alicante, a siete de julio de dos mil catorce.

Amparo Navarro Faure

AMPARO NAVARRO FAURE, Presidenta del Comitè de Ètica i Vicerectora d'Investigació, Desenvolupament i Innovació de la Universitat d'Alacant,

INFORMA:

Que el Comitè de Ètica de la Universitat d'Alacant, reunida amb data 7 de juliol de 2014, una vegada estudiada la documentació presentada del projecte d'investigació "TRABAJO, INMIGRACION Y SALUD EN UNA COHORTE DE POBLACION INMIGRANTE EN ESPAÑA" N° Expediente UA-2014-06-26, l'investigador principal del qual és **Elena Ronda Pérez**, va donar el seu vistiplau per a la realització de l'esmentat projecte.

I perquè conste als efectes oportuns es firma el present a Alacant, a set de juliol de dos mil catorce.