

Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile

ALFONSO URZÚA M.^{1,a}, OSVALDO HEREDIA B.^{1,b},
ALEJANDRA CAQUEO-URÍZAR^{2,c}

Mental health and stress by acculturation in immigrants from South America in northern Chile

Background: Coping with changes brought about by immigration and social circumstances that often characterize this process may cause mental health problems. **Aim:** To analyze the relationship between acculturation stress and mental health symptoms in South American immigrants residing in Antofagasta, Chile. **Material and Methods:** The OQ questionnaire, which assesses mental health and the acculturation stress questionnaire from Ruiz, were answered by 431 immigrants (53.8% Colombian and 46.2% Peruvian) aged between 18 and 65 years old. **Results:** The major source of acculturation stress was distance from origin, followed by difficulties in social relationships and perceived discrimination and rejection. About 50% of respondents had elevated levels of discomfort in their life, with mental health problems derived from their adjustment to social roles and relationships. There was a high correlation between acculturation stress levels and severity of mental health symptoms. **Conclusions:** Immigrants are exposed to high levels of stress resulting in a negative impact on their mental health.

(Rev Med Chile 2016; 144: 563-570)

Key words: Emigrants and Immigrants; Life Change Events; Mental Health; Stress, Psychological.

El número de migrantes a nivel mundial es el mayor conocido hasta ahora. Según la Organización de Naciones Unidas, si este incremento continúa, en el 2050 los migrantes internacionales podrían alcanzar la cifra de 450 millones de personas¹. Chile no ha permanecido ajeno a esta realidad mundial. En el Censo 2002, los inmigrantes constituían 1,22% de la población total, en tanto el año 2012, aumentaron a 2,04% de la población nacional. Esta migración es en 75% proveniente de Sudamérica².

Los flujos migratorios han permitido el contacto entre personas de diferentes contextos y tradiciones culturales, generando cambios y repercusiones tanto en la vida de las personas

que migran, como en las comunidades que los reciben³. El proceso de cambio que se produce en individuos procedentes de grupos diferentes al entrar en contacto es denominado aculturación⁴.

La aculturación puede ser definida como el conjunto de transformaciones internas y conductuales experimentadas por una persona que está inmersa en una situación de contacto con una cultura diferente, con consecuentes cambios tanto en el individuo como en la cultura que lo acoge⁵ o como los fenómenos resultantes de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos que tienen culturas diferentes, con los consiguientes cambios en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos⁶.

¹Línea de Investigación en Salud, Bienestar y Calidad de Vida, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte.

²Departamento de Psicología, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.

^aPsicólogo, Magíster en Salud Pública, Doctor en Psicología Clínica y de la Salud.

^bPsicólogo, Magíster en Psicología Clínica.

^cPsicóloga, Magíster en Psicología Clínica, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.

Trabajo financiado por CONICYT, proyecto FONDECYT # 1140843, la cual no tuvo influencia en el diseño del estudio, recolección, análisis o interpretación de datos, ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Recibido el 17 de abril de 2015, aceptado el 14 de diciembre de 2015.

Correspondencia a:
Dr. Alfonso Urzúa
Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte
Avda. Angamos 0610,
Antofagasta, Chile.
alurzua@ucn.cl

A nivel psicológico, la aculturación involucra características tales como actitudes y valores, la adquisición de nuevas habilidades sociales y normas, los cambios en referencia a la pertenencia a un grupo y el ajuste o adaptación a un ambiente diferente⁷. Cuando estas demandas de adaptación a la nueva cultura exceden las capacidades de las personas para afrontarlas surge el denominado estrés por aculturación⁸, el cual se ha vinculado a cambios psicológicos y disminución de la salud mental en algunos inmigrantes, manifestándose, en algunos casos, en la presencia de trastornos ansiosos y depresivos, así como sentimientos de marginalidad, aumento de trastornos psicósomáticos y confusión de identidad⁹⁻¹³.

Se ha sugerido que el estrés por aculturación y la presencia de sintomatología asociada a enfermedades mentales en inmigrantes, particularmente refugiados, depende en gran medida de la forma en que son recibidos por la sociedad a la que migran y de las posibilidades de desarrollar redes de apoyo en los nuevos contextos culturales, las características del país anfitrión y de sus sistemas de servicios, entre otros. Sin embargo, estos aspectos podrán ser posibles causa de estrés, en mayor o menor grado, dependiendo también de otras variables tales como edad, sexo, educación, nivel de aculturación, manejo del lenguaje del país al que se emigra, capacidades y potencialidades individuales del inmigrante¹⁴, el aumento de la vulnerabilidad a la exclusión social¹⁵, o la marginación¹⁶.

En este marco, este estudio intenta responder si existe relación entre el estrés por aculturación y la presencia de sintomatología asociada a problemas de salud mental en inmigrantes sudamericanos en Chile, esperando encontrar que a mayor nivel de estrés por aculturación se observe una mayor presencia de sintomatología asociada a problemas de salud mental.

Material y Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 431 inmigrantes colombianos y peruanos, mayores de 18 años, con una residencia mínima de 6 meses en Antofagasta. Los participantes semilla fueron encuestados principalmente en las siguientes instituciones: Instituto Católico Chileno de Migración (INCAMI), Ciudadano Global-Servicio Jesuitas a Migrantes, Departamento de Extranjería y Migración, Consulados de Colombia y del Perú, centros de salud, entre otros.

Del total, 52,2% fueron de nacionalidad colombiana y 51,8% peruana. La edad osciló entre 18 y 65 años. La distribución de los participantes según sexo y edad se observa en la Tabla 1.

Instrumentos

Para evaluar la Salud Mental se utilizó el Cuestionario OQ. Este instrumento de auto-reporte mide ajuste socioemocional. Teóricamente se define como la presencia o ausencia de sintomatología de salud mental. Es una escala sumativa tipo Likert, con respuestas de 0 a 4 para las categorías "Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Con frecuencia" y "Casi siempre". Consta de tres escalas donde a mayor puntaje se registra mayor discomfort: Síntomas (SD) con 25 ítems, que refleja estados depresivos y/o ansiosos; Relaciones interpersonales (RI), con 11 ítems que evalúa el grado de satisfacción y problemas en esta área; y Rol social (SR), con 9 ítems que mide los niveles de conflicto, insatisfacción, trastorno o inadecuación de la persona en relación al empleo, roles familiares y ocio. El puntaje de corte de la escala total es de 73, que divide entre puntaje bajo y alto, discriminando entre la población funcional y la disfuncional. También es posible establecer puntos

Tabla 1. Distribución de los participantes según nacionalidad, sexo y edad

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

n= número de participantes por sexo; N= número de participantes total; M= media; DE= desviación estándar.

de corte para las tres dimensiones. Los autores reportan una alta capacidad de discriminación del instrumento, tanto entre pacientes y controles como en la población misma, según el grado subjetivo de perturbación psicológica. Los índices de confiabilidad por métodos de Cronbach fluctúan entre 0,65 y 0,88 para las subescalas y 0,91 para la escala total¹⁷.

Escala de estrés por aculturación en inmigrantes latinoamericanos

Se utilizó la escala creada por Ruiz et al¹⁸ mediante un instrumento de evaluación de los niveles de estrés vivenciados durante el proceso de aculturación. Dichos niveles son conceptualizados como las modificaciones conductuales, cognitivas o emocionales que surgen al momento en que las demandas de adaptación a la nueva cultura exceden las capacidades de las personas para afrontarlas. El instrumento consta de 24 ítems agrupados en 6 factores que hacen referencia a diversas fuentes de estrés por aculturación: 1) discriminación y rechazo percibido de los autóctonos por el hecho de ser inmigrantes, que evalúa sus vivencias frente a situaciones tales como “algunos chilenos me dan a entender que este no es mi país” o “existen chilenos que quieren darme a entender que soy inferior a ellos”; 2) diferencias con el exogrupo, que evalúa diferencias percibidas por ejemplo en la forma de hablar, en las comidas o en la forma de educar a los hijos; 3) problemas de ciudadanía y legalidad, que incorpora reactivos que inquieran sobre la existencia de problemas por no tener “papeles” o estar en situación irregular para conseguir trabajo, acceso a salud, etc.; 4) problemas de relaciones sociales con otros inmigrantes, que evalúa el estrés por ejemplo por la rivalidad con otros compatriotas, conflictos con otros inmigrantes o tener pocas relaciones con sus connacionales; 5) distancia con el origen, que evalúa la añoranza y nostalgia respecto a las personas de su país, la pérdida de contacto con estas personas o sentirse lejos de la familia; y 6) la ruptura familiar, que evalúa la desintegración de la familia o problemas familiares como efecto de la migración.

Procedimiento

El proyecto contó con la revisión y aprobación de los Comités de Ética Científica de la Universidad Católica del Norte y de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología-CONICYT. Consideran-

do la imposibilidad de tener exactitud sobre el tamaño del universo poblacional, y por ende del marco de muestreo de la población de inmigrantes colombianos y peruanos mayores de 18 años de la ciudad de Antofagasta, se utilizó un muestreo no probabilístico, combinando la denominada bola de nieve propuesta por Goodman¹⁹, con el muestreo dirigido por los entrevistados²⁰. Una vez que se contactaron los individuos semilla que iniciarían las cadenas (olas), ellos referenciaron nuevos participantes, los cuales fueron contactados e invitados a participar voluntariamente en la investigación, explicándoseles el objetivo de ésta, para luego firmar el consentimiento informado. El promedio de duración de la Encuesta fue de aproximadamente 90 min, con una tasa de aceptación de 90%. Una vez que fueron recolectados los cuestionarios, los datos fueron ingresados en una base construida en SPSS v17.0. En primera instancia, se realizaron análisis descriptivos de todas las variables, tanto medidas de tendencia central como medidas de dispersión (pruebas t para muestras independientes, evaluando diferencias según sexo y nacionalidad). Se analizó luego la relación existente entre las variables, mediante análisis de correlaciones bivariadas, a fin de analizar el efecto de las variables de estudio. Finalmente se realizaron regresiones considerando como variables a predecir cada una de las dimensiones del OQ y la sumatoria de la escala total, y como variables predictoras cada uno de los factores de estrés por aculturación que componen la escala.

Resultados

Estrés por aculturación

Se encuentra que tanto en peruanos como en colombianos la mayor fuente de estrés es la distancia con el origen, seguido de discriminación y rechazo (Tabla 2). Al comparar las medias de ambos países, se encuentran medias significativamente mayores en la población colombiana en discriminación y rechazo ($t_{(422)} = -3,172$; $p = 0,002$), distancia de origen ($t_{(420)} = -3,693$; $p = 0,000$), quiebre familiar ($t_{(428)} = -2,000$; $p = 0,048$) y en el puntaje total de la escala ($t_{(412)} = -2,659$; $p = 0,008$). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas según sexo en las dimensiones diferencias con exogrupo ($t_{(412,690)} = -2,754$; $p = 0,006$), y distancia de origen ($t_{(426)} = -2,512$; $p = 0,012$), en donde las mujeres tienen puntajes significativamente

Tabla 2. Estrés por aculturación por país

	Población colombiana		Población peruana	
	M	DE	M	DE
Discriminación y rechazo percibido	1,76	1,36	1,36	1,24
Diferencias con exogrupo	1,35	1,04	1,32	1,05
Ciudadanía y legalidad	1,50	1,44	1,29	1,31
Relaciones sociales con otros inmigrantes	0,90	0,96	0,88	0,89
Distancia de origen	2,68	1,11	2,27	1,17
Quiebre familiar	1,18	1,38	0,92	1,32
Total estrés por aculturación	1,61	0,91	1,38	0,89

M= media; DE= desviación estándar.

más altos que los hombres. La interacción sexo/nacionalidad no fue significativa. La edad sólo correlaciona de manera directa con el factor de estrés por ruptura familiar, donde a mayor edad, mayor estrés percibido en este factor ($r = 0,100$; $p = 0,038$).

Salud mental

Se observa que la población colombiana reporta más síntomas en todas las dimensiones y en la escala total que la población peruana. Sin embargo, la única diferencia estadísticamente significativa está en la subescala de relaciones interpersonales, en la que los colombianos reportan una media mayor que los peruanos (Tabla 3). A nivel de la muestra general, las mujeres presentan mayores puntajes en todos los dominios evaluados y en la escala total que los hombres; sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Al aplicar los puntos de corte clínicos en cada una de las escalas y en la escala total, se observa que un gran porcentaje de la población colombiana y peruana presenta dificultades en las relaciones cercanas y dificultades de ajuste al rol social (Tabla 4).

Tabla 3. Medias y DE en dominios de salud mental evaluados por sexo y país

	COL		PE	
	M	DE	M	DE
Sintomatología	32,97	12,30	32,81	10,06
Rol social	16,29	3,63	15,91	3,29
Relaciones interpersonales	24,22	4,49	22,21	4,13
Escala total	73,78	15,46	70,84	13,80

M= media; DE= desviación estándar; COL= población colombiana; PE= población peruana.

Tabla 4. Porcentaje de encuestados en base a nivel de salud mental según nacionalidad

	COL		PE	
	N	%	N	%
Sin síntomas ansiosos y depresivos	169	77,9	162	86,2
Con síntomas ansiosos y depresivos	48	22,1	25	13,8
Sin dificultades de ajuste rol social	48	21,5	39	20,0
Con dificultades de ajuste rol social	175	78,5	156	80,0
Ausencia problemas interpersonales	9	4,1	12	6,4
Dificultades relaciones cercanas	213	95,9	175	93,6
Elevado nivel de incomodidad	98	46,0	85	48,0
Nivel de incomodidad promedio población	115	54,0	92	52,0

N= número de participantes total; COL= población colombiana; PE= población peruana.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre puntajes dimensiones de salud mental y fuentes de estrés por aculturación

Fuente de estrés	1	2	3	4
Discriminación y rechazo percibido	0,412**	0,129**	0,207**	0,405**
Diferencias con exogrupo	0,386**	0,020	0,210**	0,357**
Ciudadanía y legalidad	0,315**	0,064	0,060	0,277**
Relaciones sociales con otros inmigrantes	0,412**	0,033	0,213**	0,379**
Distancia del origen	0,280**	0,169**	0,148**	0,289**
Quiebre familiar	0,361**	0,009	0,147**	0,310**
Total estrés por aculturación	0,478**	0,118*	0,218**	0,454**

1= síntomas; 2= rol social; 3= relaciones interpersonales; 4= escala total. **Correlación significativa al 0,005.

Tabla 6. Variables significativas a cada modelo

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados Beta	t	Sig.
		B	Error típ.			
Escala oq total R ² = 0,218	(constante)	62,057	1,672		37,118	0,000
	Discriminación y rechazo percibido	1,942	0,790	0,172	2,458	0,014
	Relaciones sociales con otros inmigrantes	2,636	0,950	0,167	2,775	0,006
Sintomatología R ² = 0,249	(constante)	25,199	1,223		20,604	0,000
	Diferencias con exo grupo	1,699	0,623	0,158	2,729	0,007
	Relaciones sociales con otros inmigrantes	2,163	0,701	0,180	3,086	0,002
	Quiebre familiar	1,012	0,449	0,121	2,255	0,025
Relaciones interpersonales R ² = 0,050	(constante)	21,727	0,537		40,455	0,000
	Discriminación y rechazo percibido	0,562	0,259	0,165	2,166	0,031
	Distancia del origen	0,736	0,236	0,190	3,115	0,002
Rol social R ² = 0,073	(constante)	14,872	0,410		36,291	0,000
	Relaciones sociales con otros inmigrantes	0,579	0,238	0,156	2,437	0,015

Estrés y salud mental

Tal como se puede apreciar en la Tabla 5, las variables discriminación, rechazo percibido y distancia de origen, así como el puntaje total de la escala de estrés, correlacionan con todas las variables de salud mental y con la escala total.

La Tabla 6 muestra las variables significativas para cada uno de los modelos evaluados. Se encuentra que las fuentes de estrés evaluadas son capaces de predecir hasta 25% de la varianza de la dimensión de sintomatología y 22% del puntaje de la escala OQ total. La distancia del país de origen, la discriminación y rechazo, y las relaciones sociales con otros inmigrantes fueron las variables que aparecen con una mayor capacidad predictora.

Discusión

Los resultados indican que las fuentes de estrés por aculturación con mayor capacidad predictiva en las dimensiones de salud mental evaluadas son la distancia del país de origen, seguida por las dificultades en las relaciones sociales con otros inmigrantes y la discriminación y rechazo percibido. Parte de la causa de esto podría ser la distancia cultural que perciben los inmigrantes, dadas las diferencias idiosincráticas entre Chile y sus países de origen, principalmente con Colombia. Se ha reportado que no sólo el entrar en contacto con una nueva cultura es un factor significativo de riesgo para el inmigrante²¹⁻²³, también que cuanto mayor sea la discontinuidad sociocultural mayor

será el *shock* cultural dificultando el proceso de aculturación y, por lo tanto, incrementando el riesgo de aparición de sintomatología asociada a problemas de salud mental²⁴⁻²⁵. El factor cultural puede convertirse en un elemento estresante para el sujeto, principalmente por la necesidad de un mayor esfuerzo adaptativo y la probabilidad de percibir un desbordamiento e incontrolabilidad de las demandas ambientales en relación con sus recursos disponibles. A esto se suma que la población inmigrante ocupa mayoritariamente posiciones sociales más vulnerables, tiene empleos más precarios, habita en viviendas peores y con mayor hacinamiento, y registra peores dietas alimenticias, entre otros, que repercutirán en su salud mental. A la vez, el proyecto migratorio genera una serie de situaciones adversas para el migrante, estando marcada su trayectoria vital por el desarraigo, la pérdida de las redes de apoyo cotidiano, la distancia de sus familiares y amigos, así como de la libertad para disfrutar de espacios que identificaban como propios²⁶.

Al segmentar los análisis por país de origen, los inmigrantes colombianos reportan un mayor nivel de estrés por aculturación y dificultades en las relaciones interpersonales que los peruanos, tendiendo con mayor frecuencia a marginarse, tratando de mantener sus valores y estilo de vida, aunque en ocasiones sea a costa de un radical alejamiento de la población chilena. Se ha reportado en otras investigaciones que el proceso de adaptación psicosocial puede resultar particularmente complicado para algunos grupos de inmigrantes, de acuerdo a su nacionalidad²⁷⁻²⁸. Por ejemplo, las diferencias étnicas entre migrantes de un mismo país de origen adquieren un papel fundamental en el proceso de adaptación al nuevo entorno, ya que la manera de percibir las demandas ambientales, el acceso y utilización de los recursos (instrumental y sociales), los sistemas de creencias y valores, entre otros, pueden llegar a ser muy distintas entre grupos de inmigrantes aparentemente homogéneos²⁹. Estas diferencias pueden provocar que algunos grupos étnicos, al ser comparados con otros, presenten un mayor grado de vulnerabilidad psicosocial y mayor sintomatología, como es el caso en nuestro estudio de la población colombiana, la que es principalmente afrodescendiente. En este sentido, se ha sugerido que los inmigrantes tienen más dificultades de ajuste si mantienen

su cultura nativa³⁰⁻³², lo que pareciera ser el caso de los participantes en este estudio, aun cuando también se ha planteado lo contrario, es decir, que la separación de la cultura nativa y la adopción de las costumbres de la cultura dominante provoca más estrés y más dificultades de ajuste³³. Aun cuando una tercera teoría establece que los inmigrantes que se identifican y conviven tanto con su cultura de origen como la hegemónica son los sujetos más sanos y mejor ajustados^{34,35}, considerando que la habilidad para identificarse con y vivir como parte de ambas culturas sin sentirse alienado o rechazado por la otra, es lo que contribuye al bienestar psicológico del inmigrante integrado, esto no ha sido posible de evaluar en esta investigación, lo cual abre una arista nueva a investigar.

En el caso de la población inmigrante, es de gran importancia resaltar los numerosos cambios producidos en la red de apoyo social como consecuencia de la migración. Lo habitual es que, comparada con la red en su país de origen, durante un período considerable la nueva red tenderá a ser de menor tamaño, mostrará una distribución más irregular, tendrá menor densidad, un repertorio más estrecho de funciones y será menos multidimensional, recíproca e intensa. Todos estos rasgos caracterizan una red insuficiente y, por tanto, que tiende a la sobrecarga, mayores expectativas centradas en menos relaciones y a la descompensación, crisis interpersonales e individuales³⁶. Por último, el hecho de poseer un apoyo social funcionalmente pobre, caracterizado por la escasez de interacciones sociales de apoyo con los otros, estaría vinculado a un mayor nivel de enfermedad³⁷⁻³⁸.

Una de las limitantes del estudio es su carácter transversal, dado que no nos permite seguir el curso de la relación entre la presencia de estrés y la aparición de trastornos diagnosticables de salud mental. De igual manera, dado el tipo de estudio, no fue posible incorporar en esta etapa variables mediadoras de la salud mental a nivel individual, toda vez que las características propias de una persona podrían actuar como recursos del sujeto para afrontar la situación³⁹⁻⁴¹. Pese a esto, la información obtenida en esta investigación permite orientar diversas intervenciones en población inmigrante, permitiendo por un lado describir la salud mental de dicha población, así como factores de riesgo que inciden en ella.

Conclusión

El afrontamiento de los cambios que conlleva la inmigración, así como las circunstancias sociales que con frecuencia caracterizan este proceso, implican que de manera frecuente y sostenida, el inmigrante se vea expuesto a niveles elevados de estrés que terminen repercutiendo negativamente sobre su salud mental.

Referencias

1. Organización de Naciones Unidas. Página Oficial de la ONU. Disponible en <http://www.onu.cl/onu/migrantes/>. [Consultado el 03 de marzo de 2015].
2. Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>. [Consultado el 03 de marzo de 2015].
3. Thomas D. Cross-cultural management. Essential Concepts. Londres: Sage; 2008.
4. Berry JW. Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of intercultural relations* 2005; 29: 697-712.
5. Graves T. Psychological acculturation in a tri-ethnic community. *South-western Journal of Anthropology* 1967; 23: 337-50.
6. Redfield R, Linton R, Herskovits M. Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist* 1936; 38: 149-52.
7. Berry JW. Globalization and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations* 2008; 32: 328-36.
8. Williams CL, Berry JW. Primary prevention of acculturative stress among refugees: Application of psychological theory and practice. *Am Psychol* 1991; 46: 632-41.
9. Fajardo M, Patiño MI, Patiño C. Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología* 2008; 1: 39-50.
10. Martínez M, Martínez A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29: 63-75.
11. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Días B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Rev Med Chile* 2011; 139: 1298-304.
12. Sánchez A, López M. Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología* 2008; 26 (3): 399-410.
13. Berry JW, Kim U, Power S, Young M, Bujaki M. Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology: An International Review* 1989; 38: 185-206.
14. Berry JW. Psychology of Acculturation and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review* 1990; 46: 5-61.
15. Basabe N, Páez D, Aierdi X, Jiménez-Aristizabal A. Salud e inmigración: Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida. Ikuzpegi, Observatorio Vasco de Inmigración 2009. Disponible en <http://www.ehu.es/documents/1463215/1492921/Salud+e+inmigracion>. [Consultado el 28 de febrero de 2014].
16. Berry JW, Phinney JS, Sam DL, Vedder P. Immigrant youth in cultural transition. Acculturation, identity, and adaptation across national contexts. *Applied Psychology: An International Review* 2006; 55 (3): 303-32.
17. Von Bergen A, De La Parra G. OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. *Terapia Psicológica* 2002; 20: 161-76.
18. Ruiz J, Torrente G, Rodríguez A, Ramírez M. Acculturative Stress in Latin-American Immigrants: An Assessment Proposal. *The Spanish Journal of Psychology* 2001; 14 (1): 227-36.
19. Goodman LA. Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics* 1961; 32: 148-70.
20. Sagalnik M, Heckathorn D. Sampling and estimation in hidden populations using respondent driven sampling. *Sociological Methodology* 2004; 34: 193-239.
21. Alderete E, Vega W, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S. Effects of Time in the United States and Indian Ethnicity on DSM-III-R Psychiatric Disorders among Mexican Americans in California. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 (2): 90-100.
22. Amaro H, Russo N. Hispanic women and mental health: an overview of contemporary issues in research and practice (Special issue). *Psychology of Women Quarterly* 1987; 11 (4): 393-407.
23. Markides K, Krause N, Mendes de León C. Acculturation and alcohol consumption among Mexican Americans: a three-generation study. *Am J Public Health* 1988; 78 (9): 1178-81.
24. Westermeyer J. Alcohol and older American Indians. *J Stud Alcohol* 1996; 57 (2): 117-8.
25. Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdigüero E. et al. (eds) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra 2000.
26. Yáñez S, Cárdenas JM. Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Salud & Sociedad* 2010; 1 (1): 51-70.

27. Rumbaut RG. The new Californians: comparative research findings on the educational progress of immigrant children. En: RG. Rumbaut, WA Cornelius (Eds). *California's immigrant children: theory, research and implications for educational policy*. San Diego, CA: University of California, San Diego, Center of U.S. Mexican Studies; 1995. p. 17-70.
28. Guarnaccia P & López S. The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998; 7 (3): 537-53.
29. Martínez MF, García M, Maya I. Inserción socio-laboral de inmigrantes en Andalucía: El proyecto Horizon. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. Ed. Universidad de Sevilla 2000.
30. Griffith J. Relationship between acculturation and psychological impairment in adult Mexican Americans. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences* 1983; 5: 431-59.
31. Szapocznik J, Kurtinez W, Fernández T. Bicultural involvement and adjustment in Hispanic American youths. *Journal of Intercultural Relations* 1980; 4: 353-65.
32. Pallejas J. The impact of cultural identification on the behaviour of second generation Puerto Rican adolescents. *Dissertation Abstracts International*, 48, 1541^a. (University Microfilms N° DA8715043).
33. Ramírez M. Identification with Mexican American values and psychological adjustment in Mexican adolescent. *Int J Soc Psychiatry* 1969; 11: 346-54.
34. Buriel R, Vásquez R, Rivala L, Sanz E. Identity with traditional Mexican American culture and sociocultural adjustment. Paper presented at the 59th Annual Convention of the Western Psychological Association. Honolulu, HI. 1980.
35. Fernández-Barillas H, Morrison T. Cultural affiliation and adjustment among male Mexican American college students. *Psychol Rep* 1984; 55: 855-60.
36. Sluzki C. Migration and family conflict. En: *Coping with life crises* (ed. R. H. Mooz). New York: Plenum; 1986.
37. Berkman LF. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 1995; 57: 245-54.
38. Taylor S, Repetti R. Health psychology: What is unhealthy environment and how does it get under skin? *Annu Rev Psychol* 1997; 48: 411-47.
39. Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review* 1997; 46: 5-34.
40. Desbarats J. Ethnic differences in adaptation: Sino-Vietnamese refugees in the United States. *International Migration Review* 1986; 20: 405-27.
41. Horenczyk G. Immigrants' perceptions of host attitudes and their reconstruction of cultural groups (Commentary on lead article by J. W. Berry). *Applied Psychology: an International Review* 1997; 46: 34-8.