

# Inmigración y etnosalud: Posibilidad de un modelo diferencial de salud\*

## Immigration and etnosalud: Possibility of a differential model of health

Ofelia Restrepo V<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Licenciada en enfermería, magíster en salud pública, doctora en antropología social, docente investigadora del Departamento de Medicina Preventiva y Social Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) Bogotá, Colombia. Correo electrónico: orestrep@gmail.com, orestrep@javeriana.edu.co

Recibido: 05 de julio de 2008. Aprobado: 11 de diciembre de 2008

Restrepo O. Inmigración y etnosalud: Posibilidad de un modelo diferencial de salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(1): 10-15

### Resumen

España es un país receptor de inmigrantes iberoamericanos, suponen la mayoría y destacan en número ecuatorianos, colombianos, argentinos y bolivianos. Actualmente por sus características, causas y efectos, las migraciones humanas son consideradas como fenómeno de catástrofe social y problema de salud pública. Es un hecho que rompe el equilibrio de bienestar físico, psicológico, emocional, social, cultural y ecológico de las personas. En este sentido los países de acogida deben plantear modelos diferenciales e integrales de salud y asistencia que respondan a las necesidades y que articulen los diversos saberes y conocimientos de medicina (occiden-

tal-tradicional). Esta comunicación presenta algunos resultados del estudio desarrollado con este propósito, mediante la Investigación Acción Participativa y la formulación de un diagnóstico de etnosalud.<sup>+</sup> Entre los resultados se tienen: las transformaciones conceptuales, valorativas y significativas en las categorías de persona-familia-comunidad, salud-enfermedad, tiempo-espacio, cuerpo-mente-espíritu; en la identidad, arraigo, sentido de pertenencia, y en el perfil epidemiológico del inmigrante.

-----*Palabras clave:* Inmigración, Salud Pública, Etnosalud, Modelo Diferencial.

### Abstract

Spain is a host of Latin American immigrants; the most prominent in number are Ecuadorians, Colombians, Argentinians and Bolivians. At present, by their very nature, causes and effects, human migrations are considered as a phenomenon of social catastrophe

and public health problem. It is a fact that disturbs the balance of physical, psychological, emotional, social, cultural and ecological people. In this sense the host countries should raise differential models and comprehensive health care and responsive to the

\* Artículo presentado en el Cuarto Congreso de Investigación Cualitativa en mayo de 2008 en la Universidad Illinois en Urbana-Champaign Estados Unidos. Es el resultado de la investigación "Reconstruyendo con los y las inmigrantes un proyecto de vida para la salud, el conocimiento, la identidad y el arraigo. El caso de inmigrantes latinoamericanos en Sevilla España y población desplazada por la violencia en Bogotá Colombia", realizada en la ciudad de Sevilla, España del 2006 al 2007, mediante un Convenio Específico suscrito entre la Universidades Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) de Colombia y la Universidad Hispalense de Sevilla (UHS) España. Colaboró la Fundación española Sevilla Acoge.

+ El término etnosalud como tal no aparece en las búsquedas realizadas, esto nos obligó a construir el concepto. Como la etnoeducación y otros términos más utilizados que tienen el prefijo "etno", la etnosalud también se fundamenta en las diferencias y similitudes de cada grupo humano y cada cultura, en este sentido se definió como: "El estudio y la comprensión de los procesos salud-enfermedad, vida-muerte, que se hace desde la perspectiva multicultural, teniendo en cuenta las lógicas de pensamiento, cosmovisiones, conceptos, saberes, prácticas, redes significativas, sistemas de cuidado y atención de salud, propios de cada grupo y cada cultura. Es un concepto que incluye múltiples formas—incluso las que utiliza la medicina occidental— para diagnosticar, curar, prevenir, promover y rehabilitar. Incluye lo mágico, mítico, simbólico, religioso, la herbolaria, empiria y todos aquellos sistemas de salud ancestrales que promueven y aplican en sus dinámicas cotidianas las comunidades, como parte de las herencias y los saberes tradicionales para mantener una vida saludable" (Restrepo V Ofelia. Definición construida con elementos teóricos, resultado de discusiones y análisis con el Equipo Satélite de Investigación en el contexto de este estudio, Sevilla. España. 2007).

needs and articulate the various skills and knowledge of medicine (Western-traditional). This communication presents some results of the survey conducted for this purpose, through the Participatory Action Research and development of a diagnostic Etnosalud.<sup>‡</sup> The results are: conceptual changes, values and meaning

in the categories of person-family-community, health-disease, time-space, body-mind-spirit in the identity, rootedness, a sense of belonging and the epidemiological profile of immigrant.

-----Key words: Immigration, Public Health, Etnosalud, Differential Model.

## Introducción

“Esto está escrito con los gritos del alma, con suspiros de personas que luchan cada día por ganarse un puesto en la integración social. Integración que muchas veces se torna en exclusión por falta de tolerancia, por falta de comprensión de aquellos que piensan que este mundo está dividido por fronteras, fronteras que cada vez son más reales o mejor dicho materiales, como si fuéramos prisioneros del destino que nos ha tocado vivir al intentar cruzar, nadar, hasta incluso saltar como en una competición, pero en este caso el premio es vivir con dignidad, con esperanza de tener un futuro mejor.

Pero, ¿qué hay de los que no lo logran? Tal vez su destino sea la supervivencia, o quizás perecer sabiendo que lo intentó y no lo logró, desvaneciéndose el sueño de una vida mejor. Muchos de nosotros sabemos que cada vez es más difícil integrarse, haciéndose más complicada la convivencia. Tal vez sea por cómo nos ven o cómo nos quieren ver, o en algunos casos cómo nos quieren vender.

Inmigrante, ese es nuestro apelativo, definición abreviada de buscador de futuro o de una vida mejor. Pero queremos que sepan que inmigrante no es sinónimo de ignorante, sino todo lo contrario. Inmigrante es portador de cultura, su cultura. Y a la vez es aprendiz de una nueva cultura que tarde o temprano también llegará a ser suya.

El buscador de futuro viene dejando mucho atrás, por no decir todo, su familia, su gente, su vida. Muchas veces la discriminación crea conflictos entre culturas, ya que piensan que una es superior a la otra, y muchas veces suele ser porque nos juzgan sin conocernos. Injusticia que muchos soportan al saber que suelen verlos cada vez más como un serio problema.

Pero muchas personas han aprendido a vivir en esta sociedad, en esta cultura de la cual queremos resaltar la andaluza por la comprensión y la paciencia que han tenido con la gente que viene de fuera, por habernos compartido su tierra, su forma de vivir y su amabilidad.

Por otro lado queremos resaltar cómo nos venden algunos medios de comunicación queriendo llenar portadas de periódicos, informativos de televisión, etc. Por si aún no se han enterado, sepan que emigramos por necesidad, una necesidad dura y arriesgada.

Queremos que sepan que no solo Ronaldinho, Etoó, Aimar, son estrellas extranjeras y que hay estrellas que no se apagan durante su jornada de trabajo en el campo, en la obra o allí donde estén ya que brillan constantemente por dar a los suyos un bienestar.

Con esto no queremos levantar polémicas ni crear divisiones culturales ya que queremos que se nos reconozca por culturas y no por razas. Lo que queremos es vivir en paz, en compatibilidad con la población española ya que podemos aportar al bienestar de este país acogedor. No lo duden, lo haremos”. (Adriel Baca Vega, peruano de 24 años de edad inmigrante en Sevilla, España. Febrero de 2007)”.

Los movimientos poblacionales, tanto internos como externos en todo el mundo son cada vez más frecuentes. Lo que implica el crecimiento y la internacionalización del fenómeno.

En los procesos migratorios existen países que son más atractivos que otros como sitio de llegada. España por su situación geográfica (puerta de entrada y lugar de paso para otros países de la Unión Europea) y proximidad cultural y lingüística, es uno de los lugares de llegada de muchos inmigrantes, fundamentalmente de origen latinoamericano. “Desde 1998 la población extranjera en España creció casi un 500%. Latinoamérica ha relevado a Marruecos como lugar de origen de la mayoría de los inmigrantes”.<sup>1</sup> “Dentro de los residentes del continente americano, los procedentes de países iberoamericanos suponen la inmensa mayoría (35,1%) y, en el conjunto de países iberoamericanos destaca la evolución creciente de los nacionales de Ecuador, Colombia Perú y Argentina”<sup>2</sup>.

Actualmente las migraciones humanas por sus características, causas (muchas de ellas obligadas) y efectos, son consideradas un fenómeno de catástrofe social, un problema de violación de Derechos Humanos, de salud pública y de desarrollo.

La salida de una persona de su lugar de origen –voluntaria o forzosa, interna o externa– es un hecho traumático que produce desajustes y reajustes en todos los sentidos. En su condición de “irregulares o ilegales”, de desconocidos –inclusive teniendo el reconocimiento legal del país de acogida–, las y los inmigrantes son considerados personas de tercera categoría, objetos vacíos; sin historicidad, sentimientos, emociones, conocimientos, prácticas, valores,

‡ Term no existin in English. It is written in spanish.

cultura, etc. Como bien lo describe en su testimonio Adriel, son “ningunias”,<sup>§</sup> desconocidos como ciudadanos y ciudadanas de derechos.

La supervivencia, la reconciliación con el pasado y la reconstrucción de un nuevo proyecto de vida que les permita vivir dignamente, en comunidad y en armonía en el nuevo contexto, son los problemas más frecuentes de la población inmigrante en su condición de ajenos o forasteros.

“La descontextualización que viven les produce rupturas en los componentes más profundos del ser humano: *identidad* (el ser), *cotidianidad* (el hacer) e *interacciones sociales* (interrelacionarse consigo mismo, con los demás y con el entorno”.<sup>3</sup>

“Estos procesos de descontextualización-recontextualización, la precariedad y la falta de programas integrales de atención en el lugar de llegada que permitan su inserción laboral y socio-cultural al nuevo contexto, deja en *alto riesgo y en condiciones de mayor vulnerabilidad* frente a los demás. En estas condiciones se les rompe *el equilibrio de bienestar físico, psicológico, emocional, social, cultural y ecológico necesario para mantener una vida saludable y estar en armonía*”.<sup>4</sup> Muchos pierden sus estrategias de afrontar las dificultades, disminuyen su autoestima y asumen conductas y actitudes de dejadez, abandono, resentimiento, desesperanza, etc., que dificultan aún más los procesos de integración y de reparación de las rupturas.

“Los inmigrantes latinoamericanos sufren casi el doble de tentativas de suicidio que la población española (...). A pesar de que el número de consultas psiquiátricas de los pacientes inmigrantes es inferior a la esperada según su representación en la población en general, los cuadros más graves –como los estados de agitación (12,6% de las consultas), los derivados de abuso de tóxicos (11,5%), las autoagresiones y las tentativas de suicidio (26%)– superan las previsiones (...). Es frecuente que el inmigrante ubique la salud preventiva en un segundo plano dentro de sus prioridades. No existen recursos específicos ni de fácil acceso para esta población, lo que dificulta aún más su consulta con los servicios de salud”.<sup>5</sup>

Además de la falta de recursos y el difícil acceso, tampoco tienen programas integrales de salud y de asistencia sanitaria que den respuesta a necesidades (psico-sociales, emocionales, afectivas, culturales, etc.) y que respeten e integren la *etnosalud*. Este desconocimiento de la interculturalidad y la desintegración en la atención, son factores que dificultan el acceso y uso de los servicios que se ofrecen, lo que agrava más la situación de salud de los inmigrantes.

Por todo lo anterior se puede decir, que en el contexto de la inmigración, la salud de las personas se deteriora, y el perfil epidemiológico, los factores de riesgo y las estrategias de afrontamiento, cambian. Esto significa que, por

su mayor vulnerabilidad y riesgo, la población inmigrante debe ser atendida con un modelo diferencial, basado en la *etnosalud* y que además tenga en cuenta la dignidad humana, los derechos fundamentales de las personas, la interculturalidad e integralidad. Con el propósito de plantear lineamientos y recomendaciones para el diseño de este modelo, se inició la investigación: “*Reconstruyendo con los inmigrantes un proyecto de vida para la salud, el conocimiento, la identidad y el arraigo. El caso de inmigrantes latinoamericanos en Sevilla-España y población desplazada por la violencia en Bogotá-Colombia*”. Entre los objetivos se planteó el diseño de un diagnóstico participativo de *etnosalud* con inmigrantes latinoamericanos, como un primer acercamiento al tema y a la identificación, desde cada colectivo, de características, conceptos, imaginarios y redes significativas de identidad-arraigo-pertenencia, salud-enfermedad, vida-muerte, individuo-familia-comunidad-grupo, prevención-curación, cuerpo-mente-espíritu, etc.; factores de riesgo y de resiliencia; perfiles epidemiológicos; formas propias de sentir, diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades, promover la salud; redes, prácticas y sistemas tradicionales de atención y asistencia sanitaria; estilos de vida, recursos propios o estrategias de afrontamiento para resolver problemas de salud física, psíquica, emocional y afectiva etc. Lo que se plasma en este artículo son algunos de los resultados de este estudio.

## Metodología

Para este estudio se propuso la investigación cualitativa y el método de la Investigación Acción Participativa (IAP),<sup>\*\*</sup> por este motivo se constituyen tres equipos de investigación: uno *Principal* compuesto por personas de instituciones firmantes del convenio, uno *Satélite* conformado por profesionales de diversas disciplinas y nacionalidades en su mayoría inmigrantes que trabajan con estos colectivos, y uno *de Apoyo*, constituido por trabajadores del sector salud, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y de la academia, y asesores del proceso, con experiencia en el tema de estudio.

De estos equipos, solo el equipo *Satélite*<sup>††</sup> participó de todo el proceso IAP<sup>‡‡</sup>, lo que obligó hacer un *ajuste*

§ Expresión que se usa en algunas culturas (Guatemala y Costa Rica por ejemplo) para significar que una persona no es tenida en cuenta porque se considera un nadie.

\*\* Se obtuvo consentimiento informado pero no por escrito.

†† Estas personas en su gran mayoría son inmigrantes (cubano, chileno, mexicana, senegalés y marroquí) que trabajan en la Fundación Sevilla Acoge como mediadores interculturales o patronos. Un colombiano del Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjero (CIMME). Un español profesor de la universidad de Sevilla y dos españolas también profesoras universitarias (Hispalense y Olavide de Sevilla), doctorandas. Los temas de sus tesis están relacionados con esta investigación.

‡‡ La falta de tiempo y exceso de trabajo de las personas, sumado a la movilidad y objetivos de la población inmigrante, a la duración

*metodológico*, que consistió en aumentar el número de talleres, visitas etnográficas, grupos focales y entrevistas en profundidad a inmigrantes y españoles. La técnica más utilizada fue el taller, acompañada de ejercicios corporales y la expresión artística (teatro y dibujo).

Para identificar discursos, significados, representaciones simbólicas, interacciones, dinámicas sociales y redes comunicativas de inmigrantes y españoles, se utilizaron los sentidos, evocaciones y lo vivencial. El *modelo interpretativo* se desarrolló con enfoques de la acción comunicativa, antropología simbólica, lógica de la mentalidad de los actores sociales y la confrontación dialógica (investigador-investigado).

## Resultados

Los resultados se pueden dividir en dos grupos: los que obtuvieron las personas que participaron del proceso IAP y los del diagnóstico de etnosalud.

### Resultados del proceso IAP

“El proceso de entrenamiento en la Investigación Acción Participativa (IAP) nos permitió incorporar de manera activa a los sujetos de la investigación en el proceso de creación de conocimiento, contrastar y validar uno de sus principios, que los sujetos investigado-investigador conforman un tándem dialéctico de beneficio mutuo a través en el proceso investigativo”. “Con este método y la investigación cualitativa, pudimos ver el poder que tiene el diálogo de saberes, la cultura, la identidad y el arraigo para entender la epidemia que no quieren reconocer los médicos y centros de salud, la que está causada por la realidad inmigratoria y afecta seriamente la salud de las personas inmigrantes”. “Este grupo (el de IAP) da seguridad y al mismo tiempo nos permite identificarnos, ofrece oportunidad de aprender y ampliar conocimientos”. “Ofrece posibilidades para que uno pueda acceder con amplitud a su mundo oculto”. “También se aprendió el uso de instrumentos de investigación cualitativa, y conocimos a fondo la entrevista en profundidad, el significado de grupo focal, lo que lo distingue del grupo de discusión y del taller”. “Los talleres como una técnica inicial de acercamiento han sido una aportación interesante para el trabajo de campo en la investigación social...”. “Pudimos encausar nuestros “saberes” e “ignorancias” hacia un conocimiento de la realidad migratoria y al efecto que el proceso migratorio produce en la salud del inmigrante”. “Hemos adquirido herramientas para comprender y actuar como gestores sociales con el inmigrante sin olvidar que, antes de actuar con el otro debemos hacerlo con nosotros mismos, reconstruirnos como personas, reconociendo y elaborando nuestros prejuicios y contrariedades, barreras para una comunicación fluida y sincera con los demás”. “Con la propia

experiencia hemos ido tejiendo conceptos consensuados a partir de la pedagogía de la cotidianidad”. “Nos hemos confrontado en lo más profundo de nuestro ser y nos ha dado herramientas para rehacerlos y “empoderarnos” para la vida tanto personal como laboral...”. “Me han servido para revisar mis orígenes, es decir una mayor conciencia del concepto de salud mental y lo que conlleva como influencia en todos los aspectos de mi vida...”. “Me ha ayudado a ver mi trabajo desde otras perspectivas; he cambiado el “chip” de la dinámica de mi trabajo haciendo que los inmigrantes participen más. Incluso le he dado un enfoque de investigación a la atención que les doy a los inmigrantes...”. “Me ha permitido ser actor de nuestra propia investigación, donde somos materia prima e investigadores a la vez”. “Hemos profundizado en aspectos metodológicos, valorando la mejor forma de aplicar técnicas cualitativas con el mayor respeto y sensibilidad hacia los informantes que tenemos delante”. “Nos hemos enriquecido del enfoque teórico sobre el análisis del proceso de salud y enfermedad, donde se contemplan aspectos de la intersubjetividad, ideas, valores y creencias para entender la salud de las personas”. “Aprendimos e incorporamos a nuestro acervo un concepto más holístico del término **salud**”. (Síntesis evaluaciones proceso investigativo, realizadas por el Equipo Satélite de Investigación). A mí me permitió confrontarme, reconocermelo y reconstruirme como persona, como latinoamericana y como investigadora social.

### Resultados del diagnóstico de etnosalud

Los más relevantes han sido:

1. Entre la población latinoamericana estudiada se evidencian transformaciones en su identidad, arraigo y sentido de pertenencia en los conceptos, valoraciones, significados e interrelaciones en las categorías de persona-familia-comunidad, salud-enfermedad, tiempo-espacio y la triada cuerpo-mente-espíritu.
2. El perfil epidemiológico del inmigrante cambia fundamentalmente por: a) la descontextualización y rupturas del proceso migratorio; b) la situación de precariedad y el estilo de vida que asumen como parte de la adaptación; c) el tipo de trabajo y las malas condiciones laborales; d) la falta de redes de apoyo ; e) los factores de vulnerabilidad y riesgo.

---

del proyecto (un año) y a la dinámica de Sevilla -horarios, climas, actividades y ritmos de vida que dan otros sentidos a las rutinas y conceptos de unidades tiempo-libre y tiempo-productivo- son factores que dificultaron la aplicación del método en esta investigación, fundamentalmente en la población inmigrante.

3. “*Los inmigrantes llegan sanos y aquí se enferman*”, afirman los entrevistados y alguna de la literatura consultada, lo corrobora. Cuando se enferman los principales problemas son: a) depresión; b) desajustes psico-afectivos y culturales; c) problemas estomacales y digestivos; d) lumbalgias, accidentes laborales y problemas dermatológicos, como resultado de los trabajos ejercidos; e) problemas respiratorios y gripales por cambios bruscos del clima; f) alergias por el polen (sobre todo en primavera) y las bajas defensas por estados depresivos y la desadaptación; g) casos de abortos y de enfermedades de transmisión sexual (en mujeres jóvenes y principalmente ecuatorianas y colombianas). Las consultas por ETS en hombres son escasas, existen prejuicios que impide acudir al médico por esta causa; siendo común el alcoholismo (especialmente en bolivianos y ecuatorianos). En jóvenes se empiezan a presentar la drogadicción y la deserción escolar.
4. Los sentimientos que más los acompaña (principalmente a las mujeres) son de soledad, tristeza, nostalgia, desesperanza, rabia, culpabilidad, minusvalía, desespeo, impotencia, inseguridad. La alegría, la felicidad, la satisfacción y la tranquilidad emergen en pocas oportunidades, salvo fundamentalmente cuando logran un contrato laboral, la tarjeta de permiso, residencia o nacionalidad, y cuando logran la reagrupación familiar en España de hijos o pareja.
5. Las causas de las enfermedades siguen siendo atribuidas a razones, que en la tradición popular de sus países de origen son comunes: naturales, míticas, mágicas y religiosas. “El frío, la humedad, cambios bruscos del clima, mala suerte, castigo divino, sentimientos de culpabilidad, envidia de los demás y malas energías”. Pero aparecen otras categorías y unidades: tiempo-espacio-trabajo; trabajo-condiciones laborales; privaciones-desamores-estados del alma, ánimo-estados emocionales.
6. Para el tratamiento de enfermedades o problemas de salud el sistema curativo más utilizado es el tradicional o popular (herbolaria, mágico y religioso) y la automedicación. Algunos utilizan medicinas orientales (acupuntura, bioenergética, etc.). La medicina occidental la utilizan como último recurso o en caso de alguna urgencia principalmente.
7. Aunque el Sistema de Sanidad Andaluz da al inmigrante el derecho a los servicios, estén o no regularizados, el acceso es bajo.<sup>§§</sup> Las razones son: choque cultural; uso de los sistemas tradicionales y otros tipos de medicina; desconfianza en la medicina occidental; tipo de trabajo y las condiciones laborales; desconocimiento, desinformación y tramitología del sistema; por subjetividad y aspectos personales del inmigrante: miedos, vergüenzas, tabúes, poca cos-

tumbre de ir a servicios de salud, desconfianzas, sentimientos de minusvalía y menosprecio, estructura y escala de valores o prioridades (le dan más valor al trabajo y al ahorro que a la salud), negación de la enfermedad y la necesidad social de demostrar que están sanos, que no contaminan (como suelen decir algunos medios de comunicación), para poder ser aceptados socialmente y tener la oportunidad de acceder a un trabajo o, para que no los despidan del que tienen, porque no se sienten acogidos ni comprendidos por el personal de salud.

## Conclusiones

Si bien la política de migración en España cada vez avanza más en los programas de atención, y comparada con la de otros países europeos se considera blanda; en la práctica, puede decirse que es una política de mínimos. En el campo de la salud, la política le da atención gratuita a los inmigrantes, estén o no regularizados, pero es un servicio limitado. La atención en salud está orientada con el esquema de la medicina occidental, el modelo biologicista y médico-centrista, que dejan por fuera la integralidad del Ser y los demás sistemas de atención y cuidado de la salud, entre ellos la medicina tradicional o popular.

Por otra parte, la atención socio-psico-afectiva, cultural y ecológica –que es la que más necesita esta población– es marginal. En la mayoría de los casos es responsabilidad de los afectados superar las crisis, depresiones y estados emocionales que los enferman, o de algunas ONG dedicadas a este tipo de asistencia. En este sentido y buscando la articulación de los diferentes sistemas, conocimientos, saberes y prácticas de salud, propongo considerar la *etnosalud* como posibilidad para el diseño de un modelo diferencial de salud integral para poblaciones específicas, como puede ser la población de inmigrantes.

## Reconocimientos

El reconocimiento especial en este caso es para las instituciones -Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Hispalense de Sevilla, Fundaciones Sevilla Acoge, Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjero (CIMME) y Pastoral de la Inmigración de la Parroquia de la Concepción Inmaculada- y para todas aquellas personas que se comprometieron y participaron en

<sup>§§</sup> Aunque según testimonios de trabajadores de salud, “*hay colectivos de inmigrantes latinoamericanos, como el ecuatoriano y argentino, que son hiperdemandantes, hiperfrecuentadores y exigentes en la atención sanitaria*”.

el proceso investigativo y permitieron el desarrollo de esta investigación. Entre muchas otras están:

Rafal Serra Simal, Ana Solano, Carmen García Gil y Manuel Vicente Sánchez *-Equipo Principal de Investigación-*; Boris Hernández Malmierca, Xochitl Ruiz Machain, Ousseynou Dieng, Juana María Guaiquil Lipicheo, Asmaa Hallaga, Olga Soto, Rosa Casado y Jairo Rozo *-Equipo Satélite de investigación-*; Pilar Lasheras Amat, Elías Cañas García Otero, Mina Rhouch, Vicente Manzano, Carmen Zamora, Manuel Rodríguez Aguilar, Hermana María Teresa González y Gloria García *-Equipo de Apoyo Investigativo-*.

También hago un gran reconocimiento a las mujeres y los hombres entrevistados, que no se nombran porque son muchos, por haberme permitido entrar en sus vidas a través de sus historias, testimonios y experiencias.

## Referencias

- 1 BBCmundo.com. España: crecimiento por la inmigración. [Internet] Madrid: BBCmundo.com. Disponible en: [http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid\\_3955000/3955407.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid_3955000/3955407.stm)
- 2 Instituto Nacional de Estadística de España [Internet] [acceso 30 de junio de 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- 3 Restrepo O. Elementos para el análisis del desplazamiento forzoso y la reconstrucción de identidad, cotidianidad y tejido social con las víctimas. *Revista Migraciones Forzadas* 2002;(12):40.
- 4 Restrepo O. ¿Dónde Morir Tranquilamente? La salud y nutrición de las poblaciones más pobres (población desplazada por la violencia). *Revista Javeriana* 2003; 139: 15-17.
- 5 Aguirre M. Los intentos de suicidio son el doble entre inmigrantes latinoamericanos que entre los españoles. Informe de la Fundación Jiménez Díaz y Fundación La Caixa. Periódico el PAÍS. 3 de diciembre de 2004. Madrid, España.

## Bibliografía consultada

- Cardona RY, Cruz CI. El Éxodo de Colombianos: Un Estudio de la Corriente Migratoria de los Estados Unidos y un Intento para Propiciar el Retorno. Santafé de Bogotá: Editorial Tercer Mundo; 1980.
- Castaño BL. Violencia Sociopolítica en Colombia y Repercusión en la Salud Mental de las Víctimas. Corporación AVRE. Santafé de Bogotá: Editorial Gente Nueva; 1994.
- Giménez G. La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. En: Paul Kirchhoff. *Identidad: análisis y teoría, simbolismo, sociedades complejas, nacionalismo y etnicidad III Coloquio*. México: Universidad Autónoma de México, Instituto de Investigaciones antropológicas, Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA); 1996.

- Gómez BI. La Identidad como problemática en Latinoamérica. *Revista Universitas Humanística* 1986; 15(25).
- González V. El duelo migratorio. Conferencia II Jornadas sobre migración y salud. Sevilla: Fundación CIMME; 2006.
- Guerrero CI. Etnoeducación en Palenque: una Propuesta Pedagógica para la Identidad 1994. En: *Memorias del Coloquio Afro-iberoamericano*. Madrid: UNESCO, Universidad de Alcalá de Henares.
- Guerrero IY, Aguirre D. Módulo de sentidos, imaginación y creatividad. Talleres preparatorios para el semestre social. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2001.
- Hamel P. *Medicina Popular Chilena. Folkmedicina: Medicina del Pueblo*. [Internet]. Chile: Universidad de Chile; 2005. Disponible en: [http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/obstetricia/medicina\\_popular\\_chilena.pdf](http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/obstetricia/medicina_popular_chilena.pdf)
- Kapuscinski R. Ninguna cultura es superior a la otra. Al encuentro del Otro. En: revista *Le Monde Diplomatique* 2006.
- Martin-Baró I. Guerra y Salud Mental. Efectos de la Guerra en el Salvador. *Estudios Centroamericanos (ECA). Revista de Extensión Cultural* 1984; 429-430.
- Maturana H. Emociones y lenguaje en educación y política. Santafé de Bogotá: Dolmen Editores S. A., TM Editores; 1998.
- Mélich JC. Del extraño al cómplice, la educación en la vida cotidiana. Barcelona: Editorial Anthropos; 1997.
- Mélich JC. *Antropología simbólica y acción educativa*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S. A.; 1996.
- Morin E. El Método III. El conocimiento del conocimiento, Libro primero Antropología del conocimiento. 2ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra S.A.; 1994.
- Restrepo O. *Mujeres Colombianas en España: Historias, Inmigración y Refugio*. Bogotá, Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Instituto PENSAR; 2006.
- Restrepo O, Guerrero CI, Pérez M. Talleres emergentes: modelo pedagógico para la gestión del conocimiento, la convivencia pacífica, la autonomía y la libertad. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2003.
- Restrepo O. "Pistas" Metodológicas Para la Comunicación y el Trabajo de Gestores Sociales, Constructores de Paz y Desarrollo. Módulo pedagógico No.1. Escuela de Constructores y Constructoras de Paz, Momentos para la dignidad. Santafé de Bogotá: REDEPAZ; 2003.
- Río MJ. Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la Medicina Social. Sevilla: R.E.I.S; 2004.
- Robles G, Civilia D. El taller de teatro: una propuesta de educación integral. *Revista Iberoamericana de Educación* [Revista en Internet] 2004. Disponible en: [http://www.campus-oei.org/revista/edu\\_art3.htm](http://www.campus-oei.org/revista/edu_art3.htm)
- Sánchez MV, Tabares E. *Inmigrantes: ¿Vecinos y Ciudadanos?* Sevilla: Sevilla Acoge; 2005.
- Urmeneta A, Méndez ML, Martínez B, Madariaga N. Maternidad e inmigración. La importancia del género y la etnia en política sanitaria. Comunicación presentada en el I Congreso Internacional: Migraciones y políticas sociales en Europa. Pamplona: UPNA; 2006.