

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



**Trabajo Fin de Grado en Enfermería
Convocatoria: Junio 2016**

"Migración y salud"

**Autora: Ángeles María Sánchez Viciano
Tutor: Fernando Plaza del Pino**

RESUMEN

Las condiciones de vida en las que se encuentra el inmigrante cuando llega al país de acogida están estrechamente relacionadas con su salud; un trabajo precario, la falta de vivienda o una vivienda mal acondicionada, el choque de culturas y la inmersión en una nueva sociedad distinta a la de procedencia pueden ocasionar en la persona una pérdida de su salud física y mental.

Para poder prestar una adecuada atención enfermera al paciente inmigrante, es imprescindible tener en cuenta todo lo que forma parte del mismo: cultura y creencias, condiciones de vida, tipo de patología que sufre y sus posibles causas... Sin dejar de lado la elaboración de planes y estrategias que ayuden a llegar a la población inmigrante y la acerquen a la sanidad y a un estado de salud, bienestar y adaptación a su nueva vida.

PALABRAS CLAVE

Migración/ Salud/ Estrategias.

ÍNDICE

Introducción	Pág.4
Objetivos	Pág.7
Metodología	Pág.7
Resultados	
Condiciones de vida y salud en el inmigrante	Pág. 8
Repercusiones en la salud física	Pág. 9
Repercusiones en la salud mental	Pág. 10
Apoyo enfermero	Pág.13
Conclusiones	Pág.16
Bibliografía	Pág.17

INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española (2014), la migración se define como el desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales y, según consta en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Carta Social Europea, la migración está considerada parte del ser humano como ser libre y racional que es.

Los procesos migratorios son inherentes a la naturaleza humana. La actitud de supervivencia ha hecho que el ser humano migre desde el inicio de los tiempos hasta la actualidad, persiguiendo progreso y mejora, buscando habitar siempre territorios con mejores prestaciones.

La primera clasificación en cuanto a migración se refiere se puede hacer en base al origen y destino: aquellas personas que abandonan un país reciben el nombre de emigrantes, mientras que aquellos que llegan a un lugar de destino ajeno al territorio de residencia se denominan inmigrantes. Según la Organización Mundial de la Salud, se pueden clasificar además estos flujos migratorios atendiendo a tres principios: la causa de la migración, la distancia geográfica y las credenciales.

Una migración puede ser forzada o voluntaria; cuando una persona o un grupo de personas abandonan su lugar de origen debido a conflictos políticos o bélicos, catástrofes naturales, medioambientales, nucleares, químicas... hablamos de una migración forzada. Si el motivo de la migración es familiar, académico o laboral (a pesar de las fuertes presiones que a veces les impulsan a hacerlo), el movimiento migratorio es denominado voluntario.

La distancia geográfica desde el territorio de origen hasta el de destino marca también la diferencia. El desplazamiento puede ser de refugiados que huyen de un conflicto en su país de origen; el denominado éxodo rural, que consiste en el desplazamiento de, sobre todo gente joven, desde el pueblo en el que conviven a un núcleo urbano; migraciones nacionales, en las que el migrante no llega a abandonar su país de origen; migraciones internacionales... En resumen, se pueden agrupar estos diversos tipos en migraciones

internas y migraciones externas, dependiendo de la demarcación demográfica que la persona llegue a abandonar.

Las credenciales, o lo que es lo mismo, si la persona que migra lo hace dentro o fuera de la legalidad, es lo que hace que un migrante reciba el calificativo de "documentado" o "indocumentado". Cuando las autoridades oficiales del Estado en el país de acogida autorizan y reconocen la entrada, residencia y empleo (cuando proceda) del inmigrante en el propio país, este inmigrante estará considerado un inmigrante regular o documentado. Si por el contrario, estos inmigrantes entran en el país de destino sin autorización legal y/o de estancia prolongada (estudiantes, turistas, visitantes o trabajadores temporales que prolongan su estancia de forma indefinida), se les denomina inmigrantes irregulares o indocumentados (González-López et al., 2016).

Actualmente, España se sitúa en uno de los primeros puestos de Europa en lo que se refiere a flujos migratorios. Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (2015), solo en el primer semestre del año 2015 emigraron de nuestro país 27.766 españoles, un 56% más que en el semestre anterior. Sin embargo, y a pesar de que la emigración en España esté a la orden del día, la situación de la inmigración en nuestro país se encuentra también en crisis. Debido a nuestra actual realidad política, social y económica, existe un flujo migratorio constantemente activo, tanto de entrada como de salida de personas, siempre en pos de una vida mejor. Los inmigrantes, esperanzados, llegan a nuestra tierra soñando con unas condiciones que no se corresponden con la realidad, ya que a pesar de haber llegado a su destino (los que llegan), se hallan en desfavor legalmente hablando (Checa et al., 2009).

Se encuentran en unas condiciones en las que la protección social es escasa e insuficiente. Los inmigrantes mayores de edad residentes en España solo tienen derecho a acceder a la sanidad pública si lo que les ocurre es una urgencia (González-López et al., 2016). Con accidentes cotidianos, laborales, enfermedades crónicas, procesos agudos que cronifican y muchos más inconvenientes en los que desemboca esta condición, el gasto sanitario y la sobrecarga de los servicios de urgencias se disparan, sin contar con la desatención a la que permanece expuesto dicho colectivo (González-López et al., 2016).

En general, los inmigrantes aportan más ingresos en las arcas públicas que gasto público por lo que la parte proporcional de la población que es inmigrante resulta decisiva para el crecimiento económico de España (Moreno, 2010).

Los problemas de salud demandados por la población inmigrante no se diferencian demasiado de los más comúnmente demandados por la población autóctona: hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, patologías del aparato digestivo, gripe, cáncer, depresión, estrés... Sin embargo hay que destacar como patologías más frecuentes en la población inmigrante infantil las infecciones respiratorias agudas, asma severo, afecciones de la piel y diarreas, y en la población adulta aquellos relacionados con el duelo al que se enfrentan al romper con su historia personal y vital, separarse de sus familias, dejar de vivir sus costumbres y cultura como una normalidad en su día a día para sumergirse en un nuevo país en el que tienen puestas todas sus esperanzas, un país que no siempre los recibe con una bienvenida (Uría, 2009).

Para comprender la relación existente entre el proceso migratorio y el desarrollo de un problema en la salud mental es necesario tener en cuenta numerosas variables. El riesgo de presentar distrés emocional o un trastorno mental estará determinado por la interacción de diferentes aspectos personales y ambientales como, por ejemplo, la habilidad de la persona para afrontar problemas de forma asertiva, si la migración es forzada, si se hace de forma legal, la intensidad de los sentimientos de pérdida y de culpa, el apoyo social durante el proceso, características del conflicto cultural, dificultades de lenguaje, etc. Para que el inmigrante pueda superar estas numerosas barreras personales, culturales y sociales, es imprescindible que posea una buena salud y en este ámbito, el personal sanitario juega un papel principal (Alvarado, 2008).

OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Profundizar en las diversas alteraciones producidas en la salud del migrante como consecuencia del proceso de migración.

Objetivos específicos:

- Indagar acerca de las repercusiones físicas que tiene el proceso migratorio sobre el inmigrante.
- Indagar acerca de las repercusiones psicológicas que tiene el proceso migratorio sobre el inmigrante.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica para la cual se han consultado las bases de datos Medline, a través de Pubmed, IBECs, Dialnet y Scielo. Como criterio de inclusión para la búsqueda en las diversas bases de datos se utilizaron los términos “inmigración”, "salud" y "estrategias". Los operadores booleanos “AND” y “OR” fueron usados para recuperar toda la literatura existente en dichas bases de datos. Los criterios de exclusión consistieron en seleccionar documentos publicados desde el año 2004 hasta la actualidad y cuyo idioma fuera español o inglés.

RESULTADOS

Al realizar la búsqueda, se han encontrado 73 documentos de los cuales 26 han sido utilizados para el desarrollo de este trabajo. El resto de documentos han sido descartados por no tener relación con el tema a tratar.

1. CONDICIONES DE VIDA Y SALUD EN EL INMIGRANTE

Según los datos recopilados, España es uno de los países de la Unión Europea con mayor desigualdad. El índice de Gini es un indicador que se utiliza para medir la desigualdad social, siendo cero la sociedad más igualitaria y 100 la más desigual. España pasó de tener un 31,9 de media frente a un 30,9 de media en los demás países de la UE en 2008 a tener un 35 mientras en Europa se reducía a un 30,6 en el año 2012. La desigualdad social aumenta cada día más en nuestro país, con desastrosas consecuencias sociales y sanitarias, y uno de los colectivos más afectados por este hecho es el grupo de los inmigrantes (Gimeno, 2014).

Además del acceso equitativo a la atención en salud y las medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, las condiciones de vida del inmigrante engloban otros muchos factores que determinan su salud, como por ejemplo, su situación laboral, si tiene un lugar en el que vivir o no, las condiciones de la vivienda que habita en caso de que la haya o si conoce a alguien en el país de acogida o comienza una nueva vida completamente solo en un país y una sociedad diferentes (OIM, 2008).

Las personas que acaban de migrar tienen escaso acceso a prestaciones sociales y servicios de salud y frecuentemente se encuentran en una situación de pobreza y marginación. En las situaciones menos habituales en las que consiguen trabajo, los inmigrantes suelen acceder a puestos cuyas características implican un elevado riesgo laboral, sueldo deficiente y horarios desproporcionados. Los efectos negativos de la crisis de empleo afectan inevitablemente y de forma directa a las condiciones de vida. Además, la regulación institucional supone una amenaza constante para más de 700.000 extranjeros residentes con permisos iniciales, ya que permanecer en el país de acogida depende en muchos casos del mantenimiento de un empleo precario (Colectivo Ioé, 2013).

Una vez citadas las principales causas de las alteraciones en la salud del paciente inmigrante, pasaremos a mencionar cuáles son las manifestaciones más trascendentales que se producen en su salud física y en su salud mental.

2.REPERCUSIONES EN LA SALUD FÍSICA

Como ya hemos comentado, las condiciones de vida del inmigrante juegan un papel fundamental en su salud, en este caso, física. No tener trabajo o recibir una remuneración laboral escasa, entre otras adversidades, afectan al estilo de vida de la persona, a su alimentación, a la posibilidad para acceder a agua potable, a una higiene personal suficiente... (Plaza del Pino, 2008).

Las principales diferencias en salud entre la población inmigrante y los residentes del país de acogida se encuentran marcados por la edad y por su mayor tasa de fecundidad. Las enfermedades infecciosas y los traumatismos y lesiones son las principales causas por las que las personas inmigrantes buscan ayuda sanitaria, siendo estos últimos el primer motivo de consulta en los varones (Rivera, 2005).

En lo referente a las enfermedades infecciosas, en general, no hay diferencias entre autóctonos europeos e inmigrantes. Las más comunes son la tuberculosis y el VIH, estando más relacionados con condiciones socioeconómicas precarias que con importación de los agentes patógenos. Se ha demostrado que el paludismo, considerada como una enfermedad importada, se ha mantenido estable desde el año 2000 (Ortells-Ros, 2011).

En lo referente a los problemas traumatológicos destacan las causas laborales, debido a las malas condiciones profesionales a las que se ven expuestos la mayor parte de los inmigrantes trabajadores. También son frecuentes los accidentes domésticos y los accidentes de tráfico (Plaza del Pino, 2008).

Además de estas patologías, también son frecuentes las consultas relacionadas con el parto, enfermedades crónicas (diabetes mellitus, tumores...), enfermedades del aparato circulatorio, genitourinario y también del aparato digestivo (Ortells-Ros, 2011).

3. REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL

El colectivo de los inmigrantes en el siglo XXI es uno de los grupos sociales en España que más expuestos están a estresores psicosociales. Hoy en día, emigrar en busca de mejores condiciones económicas y vitales es una solución a la que recurren cada vez más personas y cuando se enfrentan a dicho proceso, se ven sometidos a niveles de estrés tan intensos que pueden llegar incluso a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Cuando estas personas llegan a rozar estos límites, se ven expuestas a padecer diversas patologías mentales (Jansá et al., 2004).

Es importante tener en cuenta, sobre todo en este tipo de patologías, que la expresión somática de los síntomas varía de una persona a otra, determinada en gran parte por factores culturales: podemos observar que los pacientes de origen magrebí expresan sobre todo molestias torácicas, los pacientes subsaharianos molestias digestivas y los asiáticos síntomas relacionados con la sexualidad (Achetegui, 2006).

Algunas de las patologías mentales más frecuentes entre los inmigrantes son el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises, el estrés postraumático y el estrés aculturativo.

SÍNDROME DE ULISES

El Síndrome de Ulises se caracteriza por sentimientos de soledad, tristeza y miedo, manifestados en aquellas personas que se enfrentan al abandono de la tierra natal y la lucha por la inserción en otro territorio y otra sociedad, muchas veces completamente distintos a los que dejan atrás (Achetegui,2006).

En España, el perfil del paciente con Síndrome de Ulises es el de un hombre o mujer entre 18-44 años, procedente predominantemente de Latinoamérica y África que lleva menos de 5 años en el país y que se halla indocumentado (Achetegui et al.,2015).

En este síndrome, la persona afectada se enfrenta a una serie de estresores o duelos, lo que desemboca en un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan

en el área de la salud mental. Si la persona no recibe tratamiento, esta enfermedad puede acabar derivando en patologías mentales graves (Alvarado et al., 2008).

Algunos de los duelos a los que se enfrenta un inmigrante a lo largo de su proceso migratorio son: los seres queridos que deja atrás, muchas veces sin saber cuándo volverá a verlos o a saber de ellos; el cambio de lengua; la distinta cultura en la que se sumerge; la tierra; el estatus social en el que se verá posicionado en el territorio de destino; el contacto con el nuevo grupo de pertenencia, con todo lo que implica, y los riesgos para la integridad física, tanto inherentes a los traslados, muchas veces alarmantemente temerarios, como los problemas que puedan surgir de la precariedad laboral, la falta de atención sanitaria suficiente... (Achotegui, 2016).

Además de la combinación de los estresores que ya hemos señalado, el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple se caracteriza por el desarrollo de toda una serie de síntomas que el autor Achotegui (2016) divide en cuatro áreas: sintomatología del área depresiva (tristeza, llanto, culpa), sintomatología del área de la ansiedad (tensión, preocupaciones excesivas y recurrentes, insomnio), sintomatología del área de la somatización (cefaleas, fatiga, dolores osteoarticulares) y sintomatología del área confusional (alteraciones en la memoria, sensación de desorientación, disminución de la capacidad para prestar y fijar atención).

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Es un diagnóstico muy frecuente entre la población inmigrante, sobre todo cuando el proceso migratorio ha estado marcado por acontecimientos dolorosos, difíciles de superar por parte de la persona. Suele estar presente mayoritariamente en grupos de refugiados por circunstancias de represión, tortura, guerras y conflictos políticos en sus países de origen y en inmigrantes que han sufrido la pérdida de seres queridos durante el viaje migratorio. (Delgado, 2008).

Algunos síntomas característicos son miedo o terror ante la presencia de cualquier acontecimiento o hecho que traiga recuerdos del suceso traumático, apatía y baja autoestima.

Es importante destacar la repercusión que tienen las experiencias postmigratorias en el desarrollo de este trastorno debido a que las recurrentes pérdidas, las dificultades económicas, las malas condiciones laborales, etc., pueden propiciar a lo largo de la vida del inmigrante una reactivación de la sintomatología propia de este trastorno (Delgado, 2008).

ESTRÉS ACULTURATIVO

Se denomina aculturación al proceso por el cual en una persona se produce un cambio cultural al entrar en contacto la cultura del individuo con dos o más grupos culturales. En el caso de los inmigrantes, la aculturación puede ser una herramienta empleada para afrontar el proceso migratorio. Durante el proceso, debido a la necesidad de aprender cuanto antes un nuevo idioma y unas nuevas normas y costumbres, se produce el llamado estrés aculturativo.

De esta forma, la persona se integra en la cultura predominante en el país de acogida a la vez que intenta conservar la suya propia. Dependiendo de la estrategia adoptada por el inmigrante, se considerará que este está *integrado* si mantiene su cultura de origen a la vez que adopta la cultura dominante del territorio que habita; se utilizará el término *asimilado* cuando el inmigrante adopte la cultura dominante, sobreponiéndola a la de origen; *separado*, si rechaza la cultura dominante del territorio de acogida y conserva la propia; o, por último, *marginado*, cuando abandona toda identidad cultural.

Los principales estresores que actúan en esta patología son la nostalgia que siente el inmigrante, el choque que se produce entre culturas y la discriminación percibida (Collazos et al., 2008).

4.APOYO ENFERMERO

En España, los inmigrantes aseguran, con mayor frecuencia que los nativos, no tener acceso a tratamientos médicos, tendiendo a culpar de este hecho a la escasez de recursos económicos o de tiempo (Bruquetas et al., 2016).

La población inmigrante suele acudir a consulta menos frecuentemente que la población autóctona con procesos similares, y solo cuando dichos procesos se encuentran en un estado más avanzado. Esta es una circunstancia determinada por diferencias culturales en el desarrollo de los procesos de demanda de atención y/o por dificultades en la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos. En una encuesta de salud del Ayuntamiento de Madrid realizada a 8.500 personas, 1.300 de ellas extranjeros, se concluyó que los inmigrantes de entre 45 y 65 años tienen mejor percepción de su propia salud que los españoles de la misma edad, no encontrándose diferencias significativas en los otros grupos de edad (Fuertes et al., 2016).

Hay que tener en cuenta que, normalmente, la percepción por parte de los inmigrantes extranjeros de lo que es salud y del uso de los servicios sanitarios no se asemeja demasiado a la percepción de los mismos por parte de la población autóctona. Hay que, primero, hacer llegar al inmigrante los conocimientos necesarios acerca de los servicios que tienen a su disposición y como hacer un correcto uso de los mismo. En segundo lugar, debemos tener en cuenta las creencias del paciente y cuáles son sus conocimientos acerca del proceso que atraviesa (Fuertes et al., 2016).

El importante fenómeno de la inmigración supone que se deban realizar en el sistema nacional de salud y de los Servicios de salud autonómicos una serie de modificaciones, tanto a nivel de recursos como a nivel organizativo, para adaptarse a las nuevas necesidades derivadas del perfil de salud de este colectivo y cubrirlas en la medida de lo posible (Rivera, 2005).

El 24 de abril de 2012 se publicó en el BOE (2012) el Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Tras la entrada en vigor de este decreto,

desaparece la sanidad universal en España como tal, excluyendo a los inmigrantes españoles sin permiso de residencia o, lo que es lo mismo, en situación irregular. Hasta la publicación de este RD-ley, se garantizaba en todo el territorio nacional la sanidad universal a todas las personas que la necesitaran. Actualmente, solo Andalucía puede ofrecer cobertura sanitaria a los inmigrantes irregulares mientras que, en el resto de España, los sanitarios trabajan para poder garantizar la asistencia universal a toda la población, sin importar sus condiciones socioeconómicas (Yo sí sanidad universal, 2013).

A este problema se le suman los prejuicios que encontramos entre la población autóctona y, aún más preocupante y concretamente, entre el personal de enfermería. En el caso de los enfermeros, la principal causa es la falta de formación específica sobre los aspectos antropológicos asistenciales, el significado de enfermedad en distintas culturas, las enfermedades importadas y sobre lo que supone para la persona el hecho de migrar, con todas sus consecuencias, descritas anteriormente en este documento. El miedo a lo desconocido y las inseguridades que a veces surgen ante la diversidad también dificultan que el enfermero empatice con el paciente inmigrante (Plaza del Pino, 2012).

Algunas soluciones propuestas por parte de enfermeros expertos en este ámbito serían la formación enfermera y la creación de campañas de sensibilización intercultural. Estas herramientas ayudarían al enfermero a responder de forma adecuada a las necesidades del colectivo inmigrante, de forma que conozcan la situación que atraviesan muchos de ellos e identifiquen las diversas formas de comprender el entorno dependiendo de la cultura, vivencias y circunstancias de cada persona. Se persigue el fomento de los valores de la diversidad en el cuidado (Plaza del Pino, 2012).

Otra solución sería la de reforzar y adaptar la educación para la salud dirigida a este colectivo, empezando por informar de cuáles son sus derechos en el sistema sanitario y a qué prestaciones sanitarias tienen acceso. El personal, para realizar un buen trabajo enfermero, debe evitar hacer juicios de valor, no utilizar la imposición de costumbres y valores, dejar a un lado el etnocentrismo y aprender a vivir en la diversidad y desarrollar la capacidad de inspirar confianza, valorando los distintos rasgos culturales del paciente. A la hora de educar al paciente en salud, además del contenido del mensaje que queremos

transmitir, hay que tener en cuenta las características que hacen de la comunicación un proceso satisfactorio para ambas partes: empatía, escucha activa, coherencia entre el mensaje verbal y el no verbal, el tono de voz, el uso de términos sencillos que faciliten la comprensión de lo que queremos expresar y que animen al paciente a confiar en el profesional... (Gentil, 2008).

CONCLUSIONES

Tras repasar la bibliografía recuperada y los resultados obtenidos, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Existe una estrecha relación entre unas condiciones de vida precarias y las deficiencias en salud, en cualquiera de sus variables. Para poder afrontar estos problemas de salud en el inmigrante de forma efectiva, lo principal es mejorar sus condiciones de vida.

No hay suficientes evidencias para afirmar que exista una relación relevante entre el aumento de la inmigración y el aumento en los países de acogida de enfermedades importadas.

No se ha encontrado información suficiente en las bases de datos utilizadas sobre las alteraciones en la salud física de los inmigrantes como consecuencia del proceso migratorio por lo que este sería un buen campo de estudio en el que profundizar.

A la hora de tratar con un paciente inmigrante que padece una patología mental es muy importante tener en cuenta durante todo el proceso que la cultura y las creencias del paciente determinarán la manifestación de síntomas y el grado de acercamiento del mismo con el personal sanitario.

Está en manos del personal sanitario hacer llegar la sanidad a toda la población. La enfermería juega un papel fundamental en el acercamiento de la sanidad pública a la población inmigrante mediante la educación para la salud, el desarrollo de campañas de sensibilización intercultural y mediante el uso de elementos como la empatía y la escucha activa. Es imprescindible para que el personal de enfermería pueda realizar un buen trabajo recibir una correcta formación en la materia. Una vez se deshaga de prejuicios y adquiera aptitudes para aceptar la diversidad cultural y trabajar en base a ella, la enfermería habrá contribuido en la disminución de los problemas de adaptación y de salud de todo un colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

Achotegui, J. (2006). *Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*. Migraciones. Publicación Del Instituto Universitario De Estudios Sobre Migraciones, 0(19), 59-85. Disponible en: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/3083> [Acceso: 14 Mayo 2016].

Achotegui, J., López, A., Morales Suárez-Varela, M., Espeso, D., Achotegui, A. (2015). *Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con Síndrome de Ulises*. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5191741> [Acceso: 14 Mayo 2016].

Alvarado, R. (2008). *Salud mental en inmigrantes*. [online] Revistasaludpublica.uchile.cl. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2075/1920> [Acceso: 26 Mayo 2016].

Bruquetas Callejo, M., Marí-Klose, P., Moreno, F. (2016). *Inmigración, crisis económica y Estado de bienestar en España*. Cáritas. Revista "Documentación Social". Disponible en: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/4311/11-%20INMIGRACION,%20CRISIS%20ECONOMICA%20Y%20ESTADO%20DE%20BIENESTAR%20EN%20ESPAÑA.pdf> [Acceso: 14 Mayo 2016].

BOE. (2012). *Real Decreto-ley 16/2012*. Boletín Oficial del Estado. Disponible en: http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/RDL_16_2012.pdf [Acceso: 05 Junio 2016].

Checa, F., Checa, J., Arjona, A. (2009). *Las migraciones en el mundo*. Barcelona: Icaria editorial.

Colectivo Ioé. (2013). *La población inmigrada ante la crisis: ¿mirando hacia otro lado?* Colectivo Ioé. Disponible en:

<http://www.colectivoioe.org/uploads/0e22cdc4cf3eebeac22b81ad7ac32062f9cf9cf4.pdf>

[Acceso: 27 Mayo 2016].

Collazos, F., Oureshi-Burckhardt, A., Montserrat, A., Tomás-Sábado, J. (2008). *Estrés aculturativo y Salud Mental en la población inmigrante*. Dialnet. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1613.pdf> [Acceso: 05 Junio 2016].

Delgado, P. (2008). *Emigración y psicopatología*. Aula de la Experiencia. Universidad de Sevilla. Disponible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_15-25.pdf [Acceso: 5 Junio 2016].

Farré, J., Simó, M., Mérida, M., Pelegrí, T., Baiget, M., Miñano, C. (2014). *Necesidad de atención sanitaria en el Síndrome de Ulises*. Enfermeriadeurgencias.com - Ciberrevista - II Premio Comunicación Oral. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2014/segundo_premio_comunicacion.html [Acceso: 30 Mayo 2016].

Fuertes, C., Martín, M. (2006). *El inmigrante en la consulta de atención primaria*. Anales Del Sistema Sanitario De Navarra, 29, 9-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200002&script=sci_arttext&tlng=en [Acceso: 30 Mayo 2016].

Gentil, I. (2008). Educación para la salud en familias inmigrantes marroquíes. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2907946> [Acceso: 01 Junio 2016].

Gimeno, L., García, A., López, R. (2014). *Salud e inmigración en el contexto de esta crisis económica y de valores: el ejemplo de España*. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4878579> [Acceso: 01 Junio 2016].

González-López, J., Lomas-Campos, M., Rodríguez-Gázquez, M. (2016). *Evolución de la inmigración en Europa y España durante los siglos XX y XXI*. Dialnet. CUIDARTE, Revista de Investigación. Programa de Enfermería UDES. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4562303.pdf> [Acceso: 14 Mayo 2016].

INE. (2016). *Cifras de Población a 1 de julio de 2015 Estadística de Migraciones*. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np948.pdf> [Acceso: 14 Mayo 2016].

Jansà, J., García de Olalla, P. (2004). *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*. Gaceta Sanitaria, 18(4), 207-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400033 [Acceso: 27 Mayo 2016].

Moreno, Á., Thuissard, I. (2010). *Gasto sanitario e inmigración: una mirada en clave de integración*. Instituto de Estudios Fiscales. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/61_08.pdf [Acceso: 14 Mayo 2016].

Moreno, M. (2008). Factores culturales y sociales en el cuidado del inmigrado. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2666861> [Acceso: 01 Junio 2016].

OIM. (2008). *Salud de los migrantes. Informe de la Secretaría*. Organización Internacional para las Migraciones. Disponible en: https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/migrant_human_rights_032509/nygren_krug_es.pdf [Acceso: 30 Mayo 2016].

Ortells-Ros, E., Navarro-Calderón, E., Abad, I., Borrás, R., Carbonell, E., González, A. (2011). *Altas hospitalarias en población inmigrante en 2006-2010 vs. 2001-2002 en la ciudad de Valencia*. Boletín Epidemiológico Semanal, 19(4), 48-53. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/290/343> [Acceso: 05 Junio 2016].

Plaza del Pino, F. (2008). *Competencia comunicativa intercultural de los profesionales de enfermería hacia pacientes inmigrantes musulmanes*. Centro de Documentación en Interculturalidad. Disponible en: <http://migraciones.ugr.es/cddi/images/tesis/PlazaDelPino2008.pdf> [Acceso: 05 Junio 2016].

Plaza del Pino, F. (2012). *Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el Sur de España*. *Enfermería Global*, Vol.11, Nº 3 (2012). Disponible en: https://plu.mx/um/a/?repo_url=http://hdl.handle.net/10201/28350 [Acceso: 01 Junio 2016].

RAE. (2014). *"Migración"*, *Diccionario de la lengua española - 23.ª edición*. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=PE38JXc> [Acceso: 14 Mayo 2016].

Rivera, B. (2005). *Inmigración y Atención Sanitaria en España: Impacto sobre los Sistemas de Salud de las Comunidades Autónomas*. Asociación de Economía de la Salud. Disponible en: <http://www.aes.es/Noticias/Bertamovilidad.pdf> [Acceso: 05 Junio 2016].

Uría, J. (2009). *La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria*. [online] Fundación Euskomedia. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/10/10165182.pdf> [Acceso: 14 Mayo 2016].

Yo sí sanidad universal. (2013). *Por una sanidad universal*. Yosisanidaduniversal.net. Disponible en: <http://yosisanidaduniversal.net/portada.php> [Acceso: 05 Junio 2016].