

ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2016/17

DOCTORANDO: **REYNA LIBERATO, PATRICIA MINERVA**
D.N.I./PASAPORTE: ****04410

PROGRAMA DE DOCTORADO: **D420**
DEPARTAMENTO DE: **MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS**
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: **DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

En el día de hoy 27/09/17, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA // .

Sobre el siguiente tema: *TRASTORNOS PSICOSOCIALES DE LA INMIGRACIÓN HAITIANA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA*

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL⁷ de **(no apto, aprobado, notable y sobresaliente)**: SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 27 de SEPTIEMBRE 2017 de

BEATRIZ RODRIGUEZ VESA

EL PRESIDENTE

Fdo.: JERONIMO SAIZ

EL SECRETARIO

Fdo.:

EL VOCAL

Fdo.: Cristina Polo Uvaco

Con fecha 4 de octubre de 2017 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"
 No conceder la Mención de "Cum Laude"


FIRMA DEL ALUMNO,

La Secretaria de la Comisión Delegada

Fdo.:

⁷ La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 4 de octubre, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por *REYNA LIBERATO, PATRICIA MINERVA*, el día 27 de septiembre de 2017, titulada *TRASTORNOS PSICOSOCIALES DE LA INMIGRACIÓN HAITIANA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA*, para determinar, si a la misma, se le concede la mención “cum laude”, arrojando como resultado el voto favorable de todos los miembros del tribunal.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado **resuelve otorgar** a dicha tesis la

MENCIÓN “CUM LAUDE”

Alcalá de Henares, 10 de octubre de 2017
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ESTUDIOS
OFICIALES DE POSGRADO Y DOCTORADO



Juan Ramón Velasco Pérez

Copia por e-mail a:

Doctorando: REYNA LIBERATO, PATRICIA MINERVA
Secretario del Tribunal: BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA.
Director de Tesis: ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA



Universidad
de Alcalá

ESCUELA DE DOCTORADO
Servicio de Estudios Oficiales de
Posgrado

DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D^a _____
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, y habiendo
presentado la misma en formato: soporte electrónico impreso en papel, para el depósito de la
misma, en el Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado, con el nº de páginas: _____ se procede, con
fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis.

Alcalá de Henares a _____ de _____ de 20 _____



Fdo. El Funcionario



Programa de Doctorado en Psiquiatría

**TRASTORNOS PSICOSOCIALES DE LA INMIGRACION
HAITIANA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE LA REPÚBLICA
DOMINICANA**

Tesis Doctoral Presentada por

PATRICIA MINERVA REYNA LIBERATO

2017



Universidad
de Alcalá

Programa de Doctorado en Psiquiatría

**TRASTORNOS PSICOSOCIALES DE LA INMIGRACION
HAITIANA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE LA REPÚBLICA
DOMINICANA**

Tesis Doctoral Presentada por

PATRICIA MINERVA REYNA LIBERATO

Director:

DR. ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Alcalá de Henares, 2017



Universidad
de Alcalá

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y
ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Campus Científico Tecnológico

Ctra. Madrid-Barcelona, km.33,600

28805 Alcalá de Henares (Madrid)

Teléfono: 918854533 – 4707 - 4790

e.mail: dpto.medesp@uah.es

D. Melchor Alvarez de Mon Soto, Director del Departamento de Medicina y Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá,

CERTIFICA: que el trabajo titulado “TRASTORNOS PSICOSOCIALES DE LA INMIGRACIÓN HAITIANA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA”, ha sido realizado por *D^a Patricia Minerva Reyna Liberato* en el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá, y reúne los requisitos científicos de originalidad y rigor metodológicos suficientes para ser defendido en calidad de Tesis Doctoral ante el tribunal que corresponda.

Y para que así conste, expide y firma el presente certificado en Alcalá de Henares, a dieciocho de abril de dos mil diecisiete.



DON ALBERTO FERNANDEZ LIRIA Doctor en Medicina, Psiquiatra, Profesor Asociado del Departamento de Medicina y Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá de Henares.

HACE CONSTAR:

Que DOÑA PATRICIA MINERA REYNA LIBERATO Licenciada en Medicina ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado **TRASTORNOS PSICOSOCIALES DE LA INMIGRACION HAITIANA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**, y que este trabajo reúne, en mi opinión, los criterios de calidad, originalidad y metodología adecuados y suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que surta los efectos oportunos, autorizo la presentación de esta Tesis Doctoral en la Universidad de Alcalá de Henares.

En Madrid a 19 de abril del 2017.



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
SaludMadrid **Principales**

Dr Alberto Fernández Liria

DEDICATORIA

A Jhon Vladimir,
Gabriela Patricia,
Vladimir Ernesto y
Sofia Marie.

Las metas que se cumplen con el apoyo de quienes amamos son una fuente de inmenso agradecimiento por la vida y por quienes nos acompañan en este trayecto vital. Comprender, validar y acompañar a los seres humanos es una vocación que comparto con todos aquellos que han hecho esto posible, entendiendo nuestras luchas y desafíos como parte de una sociedad compleja.

AGRADECIMIENTOS

“Cuando tengamos la genuina conciencia de que, no importa lo difíciles que sean nuestras circunstancias actuales, nunca estamos solos; que estamos vitalmente conectado con los demás y con el mundo: sin falta, nos elevaremos nuevamente al desafío de vivir.”

Daisaku Ikeda

A mi tutor y director de tesis, Dr. Alberto Fernández Liria, quien siempre estuvo pendiente y fue mi norte para alcanzar este proyecto.

Al Fondo para el Fomento de la Investigación Económica y Social (FIES), del Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo por apoyar este proyecto de investigación.

A mi Esposo Vladimir y mis hijos Gabriela, Vladimir y Sofía quienes, con paciencia y comprensión, compartieron y apoyaron esta meta sacrificando su espacio y tiempo brindando todo su amor para motivarme.

Muy especialmente a mi madre Giselda Liberato y a mi amiga-hermana Alba Valdez, por ser ambas la fuerza que utilizó el universo para acompañarme a ver la luz y celebrar con éxito el cierre de un ciclo en mi vida académica y profesional.

Índice de Siglas y Abreviaturas

CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades
CVRS	Calidad de Vida Relacionada a la Salud
DMS	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ENI	Encuesta Nacional de Inmigrantes
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
GHQ	Cuestionario de Salud Global de Goldberg
OIT	Organización Interamericana de Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadística
RS	Escala de Resiliencia
SF	Cuestionario de Autopercepción de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo general comparar el estado de salud mental de la población inmigrante haitiana con la población dominicana, en la zona fronteriza, relacionando la aparición de trastornos psicosociales, calidad de vida y resiliencia. Para la realización del estudio se tomó en cuenta la población inmigrante haitiana y dominicana residente en Municipios cabecera de las cinco Provincias: Dajabón, Elías Piña, Independencia, Montecristi y Pedernales, de la región fronteriza de la República Dominicana. La Encuesta Nacional de Inmigrantes del 2012 reportó un total de 768,783 población extranjera en el territorio dominicano, de estos unos 668,145 son haitianos, correspondiente al 86.9%. El total de inmigrantes alcanza el volumen de 524,632 personas, es decir, el 5.4% del total de la población del país estimada en 9, 716,940 para la fecha de la encuesta. De ese total 458,233 personas nacieron en Haití, representando el 87.3% de la población de inmigrante. La migración de la población haitiana conlleva el impacto de adaptación socio-económica, la aparición de alteraciones en la salud mentales o no, además de la respuesta de los servicios de salud en una cultura diferente donde la barrera idiomática juega un papel preponderante. Lo que se refleja en la capacidad de resiliencia de la población inmigrante haitiana y su percepción de calidad de vida frente a la población dominicana. El tema tiene un enfoque social y de salud. Es un estudio no experimental, de tipo descriptivo, analítico, transversal. Se seleccionaron intencionalmente 352 personas, residentes en la frontera, 163 inmigrantes nacidos en Haití, y 189 dominicanos según los criterios de inclusión y exclusión, y previo consentimiento informado. Fueron utilizados como instrumentos un cuestionario estructurado *ad hoc* para la obtención de datos generales relacionadas a las variables independientes. Para la variable dependiente se utilizaron 3 escalas estandarizadas en el idioma castellano. Las tres escalas estandarizadas fueron traducidas al creóle para la mayor comprensión de los encuestados de nacionalidad haitiana. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28) una herramienta estandarizada para la valoración de la salud mental en población general. Calidad de vida (SF-12v1) Medida por el cuestionario SF-12 sobre estado de salud auto percibida. Escala de Resiliencia elaborada por Wagnild y Young para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos. Los resultados obtenidos en esta investigación evidenciaron mayor presencia de síntomas de trastornos psicosociales en la población inmigrante haitiana en relación a la población dominicana. Fueron en su mayoría

relacionados a las dimensiones de somatización y ansiedad e insomnio del cuestionario GHQ. Esto se relacionó mayormente con las personas del sexo femenino, que presentaron unión libre o casada y en la población adulta joven inmigrante frente a la población de edad madura dominicana. La capacidad de resiliencia presentada por la población inmigrante haitiana fue de escasa a moderada resiliencia en relación a la población dominicana que presentó mayor capacidad de resiliencia. La mayoría de los casos identificados con alteraciones mentales en la población inmigrante no pertenecía a algún grupo social y comunitario, ni tenía acceso a seguro médico. Estas diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas en el nivel 0.05.

Palabras Claves: Salud Mental, Migración, Inmigración, Trastornos psicosociales, Resiliencia, Calidad de vida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo 1. Introducción

- 1.1. Antecedentes
- 1.2. Descripción del problema
- 1.3. Justificación
- 1.4. Objetivos
- 1.5. Hipótesis

Capítulo 2. Revisión de la Literatura

- 2.1. Aspectos Generales de Trastornos psicosociales
 - 2.1.1. Trastornos Psicosociales desde la Psiquiatría Clínica
 - 2.1.1.1. Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales
 - 2.1.1.2. Trastorno de Síntomas Somáticos
 - 2.1.1.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada
 - 2.1.1.4. Trastorno de Insomnio
 - 2.1.1.5. Disfunción Social
 - 2.1.1.6. Depresión
- 2.2. Salud mental y migración
 - 2.2.1. Limitaciones (barrera idiomática, cosmovisión y cultura), estigma y discriminación
 - 2.2.2. Trastornos Psicosociales desde la Psiquiatría Transcultural
 - 2.2.3. Calidad de vida desde la perspectiva de Salud
 - 2.2.4. Resiliencia
- 2.3. El Contexto migratorio actual en la República Dominicana
 - 2.3.1. Perfil de las Provincias fronterizas en la República Dominicana

Capítulo 3. Sujetos y Métodos

- 3.1. Tipo de Diseño
 - 3.2. Demarcación Geográfica
-

3.3. Periodo de Estudio:

3.4. Sujetos:

3.4.1. Criterios de Selección

3.4.2. Tipo de Muestreo

3.4.3. Tamaño Muestral

3.5. Variables a Estudio

3.6. Material

3.6.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28)

3.6.2. Calidad de vida (SF-12v1)

3.6.3. Resiliencia (Escala de Wagnild y Young).

3.7. Método

3.8. Aspectos Éticos

3.9. Método Estadístico

3.10. Limitaciones

Capítulo 4. Resultados

4.1. Caracterización de los factores sociodemográficos de la población estudiada.

Distribución por provincia y país de nacimiento

Distribución por provincia y país de nacimiento según sexo

Distribución de la población según grupo de edad

Distribución de la población según su estado civil

Tiempo de residencia de la población haitiana

Tipo de vivienda en la que vive en su lugar de residencia.

Estado de alfabetización y nivel educativo de la población estudiada

Estado laboral de la población estudiada

4.2. Descripción de las probables alteraciones psicosociales identificados en el cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ28) de las poblaciones estudiadas.

Estado de Salud General (GHQ28) de la población estudiada

Caracterización Socio demográfica de los casos identificados en el GHQ28

Distribución Geográfica Fronteriza.

Grupos de Edad

Sexo

Alfabetización

Situación Laboral

Residencia de inmigrantes haitianos en la Frontera

4.3. Identificación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de inmigrantes haitianos y dominicanos (Escala SF 12)

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la población estudiada

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los casos identificados por el GHQ28

4.4. Caracterización del nivel de resiliencia de la población estudiada (Escala de Resiliencia)

Niveles de resiliencia de la población estudiada

Nivel de Resiliencia en los Población identificada con puntuación GHQ Total

4.5. Acceso a servicios de salud que percibe la población estudiada (acceso a servicios de salud, afiliación a seguro médico)

4.6. Participación social de la población estudiada (integración a grupos religiosos, culturales, deportivos)

Capítulo 5. Discusión

5.1. Factores sociodemográficos de la población estudiada.

5.2. Alteraciones psicosociales identificados en el cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ28) de las poblaciones estudiadas.

5.3. Percepción de calidad de vida relacionada con la salud de inmigrantes haitianos y dominicanos (Escala SF 12)

5.4. Nivel de resiliencia de la población estudiada (Escala de Resiliencia)

5.5. Acceso a servicios de salud que percibe la población estudiada (acceso a servicios de salud, afiliación a seguro médico)

5.6. Participación social de la población estudiada (integración a grupos religiosos, culturales, deportivos)

Capítulo 6. Conclusiones

Bibliografía

Anexo (Cuestionario de datos generales)

ÍNDICE DE TABLAS

4.1. Caracterización de los factores sociodemográficos de la población estudiada.

Tabla 4.1.1. Identificación muestral por provincia y país de nacimiento

Tabla 4.1.2. Identificación muestral por provincia y país de nacimiento según sexo

Tabla 4.1.3. Identificación muestral por país de nacimiento según grupos de edad.

Tabla 4.1.4. Identificación muestral por país de nacimiento según el estado civil.

Tabla 4.1.5. Distribución de la población haitiana por tiempo de residencia en la frontera según sexo.

Tabla 4.1.6. Distribución de la población estudiada de acuerdo al tipo de vivienda y país de nacimiento.

Tabla 4.1.7. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.

Tabla 4.1.8. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.

Tabla 4.1.9. Identificación muestral por país de nacimiento según estado laboral y sexo

Tabla 4.1.10. Tipo de actividad económica que realiza la población estudiada según país de nacimiento

4.2. Descripción de las probables alteraciones psicosociales identificados en el cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ28) de las poblaciones estudiadas.

Tabla 4.2.1. Distribución de la población muestral por país de nacimiento según su estado de salud general (GHQ28) por subescalas

Tabla 4.2.2. Distribución de la población muestral por país de nacimiento según su estado de salud general (GHQ28)

Tabla 4.2.2. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Municipio

Tabla 4.2.3. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Grupos de Edad

Tabla 4.2.4. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Sexo

Tabla 4.2.5. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según su Estado Civil

Tabla 4.2.6. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según estado de Alfabetización

Tabla 4.2.7. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Situación Laboral

Tabla 4.2.8. Distribución de inmigrantes haitianos con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según tiempo de residencia

Tabla 4.2.9. Caracterización de inmigrantes haitianos con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28)

Tabla 4.2.10. Caracterización de población dominicana con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28)

4.3. Identificación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de inmigrantes haitianos y dominicanos (Escala SF 12)

Tabla 4.3.1. Estadística descriptiva de la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población estudiada

Tabla 4.3.2. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población estudiada

Tabla 4.3.3. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud por país de residencia en los con casos identificados por GHQ28

4.4. Caracterización del nivel de resiliencia de la población estudiada (Escala de Resiliencia)

Tabla 4.4.1. Nivel de Resiliencia según País de Nacimiento

Tabla 4.4.2. Casos identificados en el GHQ global según el Nivel de Resiliencia y país de nacimiento

4.5. Acceso a servicios de salud que percibe la población estudiada (acceso a servicios de salud, afiliación a seguro médico)

Tabla 4.5.1. Distribución de la población en relación al Acceso a Servicios de Salud y su País de Nacimiento.

4.6. Participación social de la población estudiada (integración a grupos religiosos, culturales, deportivos)

Tabla 4.6.1. Distribución de la población en su Participación Social y su País de Nacimiento.

Tabla 4.6.2. Distribución de la población por país con casos identificados por el GHQ28 según su Participación Social.

ÍNDICE DE FIGURAS

4.1. Caracterización de los factores sociodemográficos de la población estudiada.

Gráfico 4.1.1.1. Identificación muestral por provincia y país de nacimiento

Gráfico 4.1.1.2. Identificación muestral por país de nacimiento

Gráfico 4.1.2.1. Identificación muestral por país de nacimiento según sexo

Gráfico 4.1.2.2. Identificación muestral por sexo

Gráfico 4.1.3.1. Identificación muestral por país de nacimiento según grupos de edad.

Gráfico 4.1.3.2. Identificación muestral por país de nacimiento según grupos de edad y sexo.

Gráfico 4.1.4.1. Identificación muestral por país de nacimiento según el estado civil.

Gráfica 4.1.5.1.A. Distribución de la población haitiana por tiempo de residencia en su provincia

Gráfica 4.1.5.1.B. Distribución de la población haitiana por tiempo de residencia en su provincia según sexo

Gráfico 4.1.7.1. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.

Gráfico 4.1.7.2. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.

Gráfico 4.1.8.1. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.

Gráfico 4.1.9.1. Estado laboral de la población estudiada según país de nacimiento

Gráfico 4.1.9.2. Población que no trabaja según país de nacimiento y grupos de edad.

Grafico 4.1.10.1. Actividad Económica de la población estudiada según país de nacimiento y Municipio de residencia

4.2. Descripción de las probables alteraciones psicosociales identificados en el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28) de las poblaciones estudiadas.

Gráfico 4.2.3.1. Distribución de la muestra con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según grupos de edad.

Gráfico 4.2.4.1. Distribución de la muestra con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según sexo.

Gráfico 4.2.5.1. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según su Estado Civil

Gráfico 4.2.6.1. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según estado de Alfabetización

Gráfico 4.2.7.1. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Situación Laboral

Gráfico 4.2.8.1. Distribución de inmigrantes haitianos con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según tiempo de residencia

4.3. Identificación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de inmigrantes haitianos y dominicanos (Escala SF 12)

Gráfico 4.3.1.1. Estadística de la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población estudiada.

Gráfico 4.3.1.1. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población haitiana

Gráfico 4.3.1.2. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población dominicana

Gráfico 4.3.3.1. Resultados estadísticos de la SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud por país de residencia en los con casos identificados por GHQ28

4.4. Caracterización del nivel de resiliencia de la población estudiada (Escala de Resiliencia)

Gráficos 4.4.2.1. Casos identificados en el GHQ global según el Nivel de Resiliencia y país de nacimiento



CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Capítulo 1. Introducción

La sociedad de hoy obliga a la visión integral del ser humano en el medio ambiente natural y social en el que interacciona a través de sus modos de ser, desarrollándose como un ente biopsicosocial dentro de una organización social, política, económica y cultural. De ahí la importancia de abordar la salud bajo un enfoque integral, tomando en cuenta, además de las variables biológicas y genéticas, las variables sociales y culturales que influyen la incidencia y prevalencia de las enfermedades, asociados a factores psicosociales.

Surgen como estresores dentro de los fenómenos de adaptación del ser humano, demandando un mayor nivel de resiliencia o capacidades de afrontamiento y de mayor integración social como soporte para el alcance de propósitos de vida.

Sin embargo, surge la contradicción de sociedades basadas en el individualismo y competencias desiguales que generan a su vez pobreza, exclusión social, marginación y discriminación que se traduce en la aparición de grupos vulnerables, con menores posibilidades de tener mejor calidad de vida, como ocurre en la población sujeto de estudio en la presente investigación, por su condición de inmigrante.

Este desajuste y desequilibrio en la estabilidad individual y colectiva, que puede estar presente en el fenómeno migratorio, los hace mayor susceptibles a enfermedades transmisibles y no transmisibles, afectando su salud física y mental y por ende su capacidad de adaptarse e integrarse a la nueva cultura, siendo objeto de estudio en esta investigación la descripción en los grupos comparados del estado de salud mental de la población estudiada (inmigrantes haitianos y población dominicana), y como a su vez, este se relaciona con el nivel de calidad de vida percibido mediante su estado salud general, y mediante el nivel de resiliencia o factores resilientes asociados a la aparición o no de síntomas de enfermedad mental.

Todo esto se traduce en la aparición o ausencia de trastornos psicosociales, definido como el desequilibrio que se deriva de estados de estrés crónicos y a la aparición de síntomas o enfermedades por los estresores psicosociales, en el aumento de la agresividad, mayores estados



de angustia, la falta de recursos personales como de soportes emocionales y sociales, así como también, la aparición de trastornos adaptativos, alimentarios, depresión, fatiga crónica, síndrome del quemado, entre otros.



1.1. Antecedentes

La República Dominicana es un país receptor y emisor de migrantes. La inmigración se inició a principios del siglo XX, fue de carácter temporal y estacional, basada en la contratación colectiva de haitianos reclutados mediante mecanismos muchas veces coercitivos, mientras que la emigración tuvo su auge a partir de 1960, al finalizar la dictadura de Rafael Leonidas Trujillo. (Cuello J, 1997)

El flujo migratorio de los dominicanos hacia países desarrollados o en vías de desarrollo, en un principio tuvo como destino principal los Estados Unidos y luego, hacia los años 70, se diversificó a otros países. Estos nuevos destinos fueron España, Venezuela, Curazao, Italia, Canadá, entre otros (Oficina Nacional de Estadística ONE, 2002).

La inmigración haitiana se inicia durante los años de ocupación de Estados Unidos, en Haití (1915) y República Dominicana (1916) mediante la firma de un convenio entre ambos países para la contratación de mano de obra que se encargaría del corte de caña en la industria azucarera. Este consistía en la estimación, por parte del gobierno dominicano, del número de jornaleros que se necesitaban para cada zafra azucarera, y con este número el gobierno haitiano, ayudado por buscones, reclutaba a los campesinos que posteriormente serían llevados a un centro de acopio, para luego ser trasladados a República Dominicana en camiones pertenecientes a la industria azucarera, escoltados por soldados del Ejército Nacional. Ya en el país receptor, eran movidos a los ingenios, estatales y privados, de acuerdo al número establecido como necesario para los requerimientos de la zafra (Cuello J, 1997).

Los trabajadores cañeros se asentaban en Bateyes (lugares de concentración de haitianos en el país) y se le administraba un carné de identificación no legalizado, pues no era tramitado por la Secretaría de Migración de la República Dominicana, otorgando el carácter de ilegal al contratado, no teniendo derecho a circular fuera del lugar de trabajo ni a cambiar de encargado. Esto llevó a la creación de grandes campos de concentración que más tarde representaron graves problemas sociodemográficos y sanitarios que persisten en la actualidad.



Al pasar de los años, con la huida del dictador haitiano Jean-Claude Duvalier en 1986, el sistema de migración laboral contratada llegó a su final. Desde entonces, se establecieron mecanismos informales por agentes intermediarios, traficantes y/o tratantes, bajo procesos de migración individualizada, incluyendo el tráfico de niños y adolescentes haitianos (UNICEF & OIM, 2002).

En las dos últimas décadas, la República Dominicana viene experimentado importantes cambios al entrar en declive el antiguo sistema agro-exportador basado en la industria azucarera. Se expandieron nuevos ejes de acumulación, zonas francas, construcción y turismo, con un alto crecimiento en la economía de servicios (Báez Evertsz, 2006). Mientras que antiguamente, durante las zafas, la migración era mayormente masculina, con apenas una que otra mujer para las labores domésticas de los bateyes. En la actualidad, la mujer emigrante haitiana se destaca en la llamada “nueva migración”, alcanzando un 25 por ciento del flujo de estos trabajadores (Silié, Segura, & Cabral, 2002).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1998) estimó que cerca de medio millón de haitianos residen en la República Dominicana, de los cuales sólo 25,000 poseen documentación. Por su parte, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, en el año 2003, arrojó una cifra de alrededor de 380,000 haitianos (incluyendo a sus hijos nacidos en República Dominicana) (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2003).

En años recientes, se ha producido un cambio significativo en las características de la migración haitiana hacia la República Dominicana, llamada "nueva inmigración haitiana". No tienen procedencia de una región específica, vienen de todas partes de Haití e incluso de sus principales ciudades, provienen de todas las clases sociales y presentan ocupaciones diversas, sin preferencia de género para la migración, influyendo en la decisión las consideraciones sobre niños y familias. Se establecen en todas las regiones de la República Dominicana. Estudios recientes resaltan el hecho de que los flujos de migración son circulares y temporales puesto que los migrantes se mueven entre un país y otro, sin metas de permanencia o establecimiento fijo (Silié, Segura, & Cabral, 2002).



Hasta la fecha, las investigaciones que se han realizado sobre las migraciones haitianas están en manos de instituciones internacionales. Los gobiernos de turno han fracasado en sus programas migratorios que no permiten introducir un marco legal compatible con las normas internacionales para regularizar la situación de los haitianos en el país, mediante la emisión de actas de nacimientos y cédulas de identidad. Esta falta de documentación obstaculiza el ejercicio de muchos derechos fundamentales como son: seguridad personal, libertad de tránsito, y el acceso a los servicios de educación y salud (Collinson, 2006).

Debido a la escasez de estudios epidemiológicos destinados a esta población, no existen programas sanitarios dirigidos a las necesidades básicas de salud más allá de los programas de atención a las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, (existe una elevada incidencia del VIH en los bateyes), y a programas sociales dirigidos a la lucha contra el racismo y la xenofobia; que a falta de actuación por parte de los organismos gubernamentales, múltiples organismos civiles, instituciones internacionales y ONGs trabajan la formulación y creación de proyectos dirigidos a tratar estos temas.

Este movimiento social que inicia en los años 80 con la campaña en contra del abuso a los picadores de caña, incluyendo el uso sistemático de niños como mano de obra en los cañaverales (Amnistía Internacional, 2006), sigue en la actualidad ampliando su enfoque de acción para alcanzar a los migrantes haitianos y sus descendientes a nivel nacional, abarcando los barrios de las grandes ciudades y haciendo énfasis en la frontera dominico-haitiana por ser un punto estratégico de encuentro entre dominicanos y haitianos (Lawyers' Committee for Human Rights , 1991).

Estos migrantes, aunque en su mayoría están conformados por una población joven y sana como se ha descrito en otros países (Wooding & Moseley-Williams, 2004), su salud se encuentra continuamente amenazada desde que llegan a los países de acogida debido a la situación de precariedad y exclusión social a la que se ven enfrentadas. Se asocia a una mayor vulnerabilidad de desarrollar enfermedad tanto física como mental por la exposición al estrés migratorio, la adaptación e integración al país de destino, el racismo, la soledad y al aislamiento físico (Razum, Zeeb, & Rohrmann, 2000). Al igual que en España, la salud mental es uno de los problemas de



salud de la población inmigrante que menos atención ha recibido (Amnistía Internacional, 2006) (Lawyers' Committee for Human Rights , 1991).

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), realizó un estudio de la inmigración haitiana en la República Dominicana conjuntamente con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), mediante encuesta por muestreo se estudiaron aspectos sociodemográficos, salud y educación, características etno culturales, sociales y de segregación receptora. Participaron en el estudio 400,000 habitantes haitianos en condición de regulares e irregulares, mayores de 18 años. Obteniendo muestra poblacional en la zona fronteriza de 24,713 individuos (Rural) y 6,134 (Urbana). En la variable de salud, el estudio se enfocó en la atención de los servicios sanitarios sin incluir la salud mental. Esta carencia de estudios e investigaciones sobre la salud mental de la población migrante que habita en la frontera, dificulta la identificación de los grupos de enfermedades que necesitan mayor atención para la creación de programas e intervenciones sociales encaminadas a una mejoría de su servicio sanitario. (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2004)

La discriminación de clase y etnia interacciona con la de género, condicionando una mayor vulnerabilidad para las mujeres (Nazroo, 2003). Mientras que en la población migrante en general es más proclive a presentar “trastornos mentales comunes” u otra enfermedad mental que la población receptora, esto se debe a las diferencias sociodemográficas y económicas a las que se ven enfrentados. Esto se ha descrito en numerosos trabajos realizados en distintos países, y afecta tanto a inmigrantes de primera generación como de segunda generación. Los grupos que presentan mayor exposición al racismo son los que experimentan tasas más altas de enfermedad mental. (Bhugra D, 1999; Veling, Mackenbach, & Hoek, 2004)

En el ámbito individual, el inmigrante padece sentimientos de anomia, falta de pertenencia y alienación que pueden conducirle a disfunciones de comportamiento, como fobia social, agresividad, abuso de alcohol y drogas, violencia, y finalmente a trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones (Halpern & Nazroo, 2000). Es determinante para el desarrollo o no de la enfermedad mental la interacción con el medio de acogida y las características individuales del país receptor.



En la población general, algunos investigadores de salud mental prefieren estudiar el malestar psicológico en vez de estudiar las categorías nosológicas psiquiátricas que son útiles en la práctica clínica, pero con dificultades por la falta de comparabilidad entre culturas por su distinta manifestación, curso y resultado (Beiser M. , 1985).

Este malestar psicológico, según estos autores, es la respuesta bio-comportamental a la exposición al stress que se modifica con la vulnerabilidad y los recursos psicosociales. Sin embargo, la depresión no se manifiesta de la misma forma en distintas culturas. En la cultura africana y asiática se desconoce el término de depresión y para su designio, y en casos clínicos de depresión mayor se presenta somatización (Kirmayer L. , 2001). Diversos estudios presentan la interacción entre estructura social y salud mental, algunos reflejando una clara relación entre el nivel de urbanización y experimentar el primer episodio de psicosis (Nazroo, 2003; Bhugra, 2004; Sundquist K, 2004).

Por otro lado, en la revisión de la literatura sobre la asociación de enfermedad mental y migración, evidencia que la migración por sí misma no se traduce en mayor riesgo de padecer un trastorno o enfermedad mental, sino que la aparición de estas estarán determinadas por las experiencias traumáticas relacionadas al proceso de la migración y la vulnerabilidad del individuo.

Otro fenómeno que influye en la aparición de síntomas es el tipo de alternativas de adaptación a la nueva cultura que le acoge, que pueden ser de: a) integración, cuando adapta ambas culturas (es la más adecuada y está menos asociada a la aparición de trastornos psiquiátricos); b) asimilación, rechazando la cultura de origen y adoptando la cultura de acogida provocando una sensación de vacío y dificultades familiares o de retorno al país de origen; c) separación, negación de la cultura de acogida manteniendo íntegra su cultura de origen con escasa interacción con la cultura receptora; d) marginación, los individuos rechazan la cultura y se marginan socialmente presentando la mayor incidencia de casos psiquiátricos. (García-Campayo & Sanz Carrillo, 2002; Kirmayer, Brass, & Tait, 2000)



1.2. Descripción del problema

En la República Dominicana la población inmigrante es el punto de enfoque de diversas investigaciones que conllevan a su integración y aceptación social por la comunidad general del país, no menos importante es el poco acceso de programas sanitarios para migrantes haitianos y con una ausencia de programas enfocados a la salud mental y los posibles trastornos que puedan estar impactando a esta población que va en creciente aumento, haciendo necesaria la identificación de las enfermedades mentales de esta población de riesgo para la formulación de políticas sociales que den respuesta de manera preventiva y que permitan medir su impacto para la sociedad dominicana de la región fronteriza del país.



1.3. Justificación

Para ser capaz de identificar, manejar y generar políticas públicas es necesario crear una línea base que nos permita conocer el estado de salud mental de la población fronteriza, para dar respuesta oportuna y de calidad. Conocer al ser humano, el medio ambiente en que se desenvuelve, y como este a su vez interacciona con él, nos permite tener una visión general sobre los factores que pueden influir en el estado de bienestar del individuo y el contexto en el que se desarrolla.

En psiquiatría, aunque la carga genética es importante, se adicionan múltiples factores que predisponen, agudizan y hasta delimitan el pronóstico de una condición, enfermedad y/o en la vida de un individuo, y frente a poblaciones vulnerables, como es el caso de los inmigrantes.

En la presente investigación se toma la población de los municipios correspondientes a las cinco provincias de la región fronteriza: Dajabón, Elías Piña, Independencia, Montecristi y Pedernales, seleccionadas por la importancia socioeconómica y el continuo flujo de migrantes haitianos que sirven de asentamiento y de impulso económico de los mismos.

La capacidad de resiliencia y la identificación de la influencia positiva y/o negativa que pueden ejercer las variables en el desarrollo de enfermedad mental y sobre la salud auto percibida de la población inmigrante de origen haitiano serviría para la formulación y desarrollo de políticas preventivas que pudieran ser aplicadas por organismos pertinentes del gobierno, organismos internacionales, instituciones privadas y civiles, tanto en el área sanitaria como administrativa. Por tanto, el objetivo de esta investigación es comparar el estado de la salud mental, la calidad de vida y la resiliencia de la población inmigrante respecto a la población dominicana que vive en la zona fronteriza de la República Dominicana.



1.4. Objetivos

General

Comparar el estado de salud mental de la población inmigrante haitiana con la población dominicana, en la zona fronteriza, relacionando la aparición de trastornos psicosociales, calidad de vida y resiliencia.

Específicos

- Caracterizar los **factores sociodemográficos** de las poblaciones estudiadas.
- Identificar y cuantificar las probables alteraciones de la salud mental detectadas a través del GHQ.
- Describir los **factores sociodemográficos** de las poblaciones estudiadas con probable **alteración de la salud mental**, identificadas mediante el GHQ.
- Analizar la relación entre la **calidad de vida relacionada con la salud percibida** por las poblaciones estudiadas y su vinculación con la probabilidad de desarrollar una **alteración de la salud mental**.
- Analizar la relación entre la **resiliencia** medida con la Escala de Wagnild & Young y la probabilidad de desarrollar una **alteración de la salud mental** medida con el GHQ
- Identificar el **acceso a servicios de salud** que perciben las poblaciones estudiadas (acceso a servicios de salud, afiliación a seguro médico).
- Identificar **participación social** de la población estudiada en su comunidad (integración a grupos religiosos, culturales, deportivos).



1.5. Hipótesis

Los trastornos psicosociales en la población inmigrante haitiana que habita en la región fronteriza de la República Dominicana, están relacionados con la calidad de vida autopercebida en relación a su salud y a su capacidad de resiliencia, existiendo una diferencia frente a la de la comunidad de acogida en la aparición de los trastornos psicosociales vinculada a factores de riesgo presentes, como población vulnerable, en las características del perfil sociodemográfico, el acceso a los servicios de salud y la participación social dentro de la comunidad de residencia.





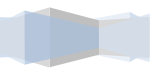
**CAPÍTULO 2. REVISIÓN DE LA
LITERATURA**





CAPÍTULO 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA





Capítulo 2. Revisión de la Literatura

2.1. Aspectos Generales de Trastornos psicosociales

La organización mundial de la salud define "La salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Entendiendo que el individuo está en constante interacción con su medio ambiente, puede sufrir cambios que afectan su salud, que no necesariamente son inherentes a él, sino a factores externos que lo provocan.

En ese orden, para tener salud y bienestar, se debe tener salud mental. Definida por la OMS como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad."

Existen distintos modelos para evaluar la salud mental de un individuo. Sin embargo, esta medición no puede ser absoluta e indiferente a los factores socio-culturales y determinantes sociales que pueden afectar su capacidad de establecer relaciones armoniosas y adaptarse a las situaciones o crisis que ameriten un cambio o integración a un entorno social, como ocurre en el fenómeno de la migración.

Los cambios culturales, la aceptación del país receptor y su funcionalidad o integración a la comunidad que le acoge pueden estar influidos por la cosmovisión o ideología, el acceso a los servicios, la red de apoyo y a los factores protectores como su capacidad de resiliencia.

Si, por el contrario, estos recursos que facilitan el proceso de adaptación a la nueva cultura, fallan, pueden surgir enfermedades mentales de tipo individual (si afecta directamente a quien la padece) o psicosociales (cuando atenta contra la sociedad mediante el rompimiento de las normas y leyes de la sociedad receptora).

Se entiende enfermedad psicosocial "...como una alteración en la estructura y dinámica de la colectividad que impide la existencia de un ambiente adecuado y que fomenta a su vez, las



tendencias destructivas, el odio, el robo, el homicidio, la miseria, la desintegración familiar, la guerra, etc." (Cabildo H. M., 1973, 1991, 2014; citado por Hernández & León, 1975).

El concepto psicosocial relaciona los factores sociales en el funcionamiento psicológico y en el comportamiento de las personas, y más específicamente, a la interrelación entre los individuos y la sociedad en contextos culturales particulares. (Organización Internacional para las Migraciones OIM, 2012)

Cuando surgen caracteres agresivos en el ambiente social del individuo migrante, se considera un agente psicosocial, conformado por los elementos socio culturales que existen en la comunidad y provocan desajustes emocionales y alteraciones conductuales en individuos susceptibles y en la comunidad misma, pudiendo ser observados a través de los índices de suicidio, homicidio, violencia social, desintegración familiar, aumento del delito, ausentismo laboral y escolar, entre otros. (Hernández & León, 1975)

Según Londoño, et al. 2010, la asociación entre estresores psicosociales y ambientales con los trastornos psicopatológicos ha sido referida en varios estudios, siendo el grupo primario el de mayor importancia. Se ha evidenciado que los estresores son factores de riesgo para el origen o mantenimiento de los trastornos mentales, con repercusiones en la calidad de vida de las personas (Giráldez, 2003; Urrego, 2007; Serrano, 2008)

En la historia dominicana y sobre todo en la actualidad sigue siendo realidad la necesidad avasallante del pueblo haitiano de emigrar en busca de mejor calidad de vida, lo que implica un quiebre en el sistema familiar, nuevo proceso adaptativo y los desafíos que acompañan la mudanza a un país vecino con diferente lengua, que expone al afrontamiento de la barrera idiomática para obtener cualquier servicio básico (cotidiano, escolar y/o laboral). En el proceso migratorio rara vez emigran familias completas, lo cual se traduce en hacinamiento entre paisanos cuyo factor común es la condición socioeconómica y laboral.

Los problemas laborales se constituyen en factor de riesgo para la fobia social y la depresión. El desempleo, la amenaza de pérdida de empleo, el trabajo estresante, las condiciones laborales difíciles, la insatisfacción laboral, el cambio de trabajo, los conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo, son problemas laborales que alteran el estado de ánimo, y producen un



sentimiento de rechazo social. Los problemas laborales se han constituido en factor de exclusión social en la actualidad. (Arrivillaga, 2004; Urrego, 2007; Rueda, 2008)

La mano de obra barata garantiza, para el empleador dominicano, un trabajo óptimo con bajo salario y prácticamente nula prestación y seguridad laboral, que tiene como consecuencia el invertir energía, movilizarse físicamente de un pueblo a otro para el sustento diario, y con ello se acompañan las diferentes psicopatologías destacándose la ansiedad del que se va para producir y de los que quedan sin saber cuándo regresan los ahora familiares no necesariamente consanguíneos. La depresión es otra resultante sobre todo en parejas (hombre o mujer) que deben también trasladarse o esperar.

Estos fenómenos pueden estar relacionados con la calidad de vida y la resiliencia o flexibilidad social que permitan sostener un equilibrio entre el individuo y sus características psicológicas y emocionales frente a los factores psicosociales de riesgo, aquellos factores protectores. (Francisco, 2008)

La Organización mundial de la salud, en su informe de salud mundial 2001 señaló que alrededor del 10 % de la población adulta mundial desarrollará algún trastorno mental (Organización Mundial de la Salud & Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, 2004).

La Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Harvard y el Banco Mundial realizaron un estudio sobre la Carga de Enfermedad en el Mundo (*Global Burden of Disease*) en el cual compararon equivalentes en salud en todo el mundo; este estudio evidenció que los trastornos mentales habían sido subestimados a lo largo de toda la historia, y mostraron los autores como Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones psiquiátricas: depresión mayor, uso de alcohol, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo (Murray & Lopez, 1996).

Los trastornos mentales comprenden enfermedades como la ansiedad y la depresión, y otros más incapacitantes como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Cuando los trastornos mentales no son tratados cobran un alto precio en la carga de morbilidad mundial, representando el 13 %. Este dato se incrementa significativamente en los países de ingresos bajos y de ingresos medios,



representando el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad, respectivamente, si se calcula solo el componente de discapacidad en la carga de morbilidad. En situaciones de emergencias humanitarias o personas víctimas de conflicto la prevalencia de depresión es de 17%, evidenciando una mayor tasa media de prevalencia que en la población general. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

En el caso de la depresión unipolar, esta presenta mayor prevalencia femenina de acuerdo al informe sobre la salud del mundo de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2003). Es la tercera de las 10 principales causas de morbilidad en adultos medidas por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), y se proyecta para el 2030 como la causa número uno, en las tendencias de las enfermedades no transmisibles.

La incidencia de estas enfermedades se incrementa en condiciones de vulnerabilidad, generadas en poblaciones expuestas a mayores riesgos psicosociales como ocurre en el proceso migratorio, el cual, trae consigo procesos de adaptación en los que la salud, sobretodo mental, puede verse alterada, y en los que participan como factores determinantes la calidad de vida que el individuo tenga en el país de acogida y su nivel de resiliencia ante el desafío de sobrevivencia en condiciones culturales y ambientales diferentes al país de origen, dando inicio a la aparición de enfermedades o trastornos psicosociales.

Si las enfermedades mentales no son tratadas o no se dispone de acceso y cobertura a la atención de las mismas, provocando discapacidad, repercuten a nivel social y económico: la falta de hogar y terminar en prisión, carecer de oportunidades de educación y empleo, violación de derechos humanos, y arrastra a los individuos y familias a la pobreza lo que impacta el desarrollo socioeconómico del país. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

El costo económico de las enfermedades mentales es alto. Los países aún no disponen de financiamiento suficiente. A nivel mundial, el gasto anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 en los países de bajos ingresos. Lo mismo se observa en la distribución del recurso humano, también insuficiente para la alta necesidad de atención en salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2012).



2.1.1. Trastornos Psicosociales desde la Psiquiatría Clínica

En 1977, George Engel, de la universidad de Rochester, publicó un artículo que elaboraba el modelo biopsicosocial de la enfermedad, que hacía énfasis en un enfoque integrado de la conducta humana y la enfermedad. El sistema biológico se refiere a los sustratos anatómico, estructural y molecular de la enfermedad; el sistema psicológico se refiere a los efectos de factores psicodinámicos, y el sistema social examina las influencias culturales, ambientales y familiares. Engel postuló que cada sistema afecta y se ve afectado por los otros. (Kaplan, Sadock, Sadock, Ruiz, Pataki, & Sussman, 2015)

Por ello, la salud psicológica debe describirse con un perfil de características y no como una única puntuación global. El DSM 5 describe cientos de problemas psicológicos, de la misma manera que puede existir la misma cantidad de manifestaciones diferentes de la buena vida. (Kaplan, Sadock, Sadock, Ruiz, Pataki, & Sussman, 2015)

Partiendo del análisis anterior, el concepto de enfermedad es una alteración biológica sin repercusiones necesariamente asociadas a la funcionalidad; cuando se expone sobre los trastornos se expresa en síntomas que afectan la funcionalidad social, laboral, escolar y económica, para lo cual, muchas veces, también requieren de tratamiento farmacológico.

Para la valoración del estado mental relacionado a los problemas psicosociales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su cuarta versión utiliza el Eje IV de su sistema multiaxial. Este manual es autoría de la Asociación Americana de Psiquiatría, como una nomenclatura oficial, usada por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros profesionales de la salud. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo.

Los problemas psicosociales en el Eje IV, del sistema multiaxial planteado por el DSM IV, se observa que funcionan como factores desencadenantes de trastornos mentales porque en los mismos los pacientes presentan alteración laboral y social, se expone la definición de los síntomas y psicopatología del DSM 5 y el CIE-10 por la actualización que el lenguaje mundial en salud mental exige.



En psiquiatría, un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados.

En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

- Eje I- Trastornos clínicos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II- Trastornos de la personalidad
Retraso mental
- Eje III- Enfermedades médicas
- **Eje IV- Problemas psicosociales y ambientales**
- Eje V- Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico, y promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

2.1.1.1. Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II).

Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una



promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva.

Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología. Estos problemas psicosociales y ambientales se agrupan en las siguientes categorías:

- **Problemas relativos al grupo primario de apoyo:** por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano.
- **Problemas relativos al ambiente social:** por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
- **Problemas relativos a la enseñanza:** por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
- **Problemas laborales:** por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.
- **Problemas de vivienda:** por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, condiciones de hacinamiento, conflictos con vecinos o propietarios.
- **Problemas económicos:** por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- **Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria:** por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- **Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen:** por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.



• **Otros problemas psicosociales y ambientales:** por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

En la actualidad existe una quinta versión del Manual, la cual no contempla el concepto de trastorno psicosocial como un acápite diagnóstico.

Otra herramienta es la Clasificación internacional de enfermedades (CIE), conocido como *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD por sus siglas en inglés. Este determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

Tiene su origen en la «Lista de causas de muerte», cuya primera edición fue en el 1893 por el Instituto Internacional de Estadística. En el 1948, su sexta edición, incluye también causas de morbilidad y fue asumido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualmente se dispone de una décima edición. El CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad.

Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. Es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications* (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

La Organización Mundial de la Salud realiza publicaciones que contienen actualizaciones menores en periodos anuales y cada tres años actualizaciones mayores. Mientras que, determinados países realizan extensiones propias del código CIE-10.

Ambas herramientas, CIE-10 y el DSM clasifican un trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos



psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales están asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.

2.1.1.2. Trastorno de Síntomas Somáticos

Según Gómez Restrepo (2008), la principal característica de la somatización es la presencia de varios síntomas somáticos relacionados con el deterioro del funcionamiento laboral, social, emocional y la tendencia a buscar ayudas médicas (peregrinaje médico). Estos síntomas no tienen respaldo en los hallazgos físicos o de laboratorio; tienen tendencia a la combinación y multiplicidad de quejas orgánicas.

2.1.1.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Para la CIE-10 el síntoma fundamental de este trastorno es la presencia de angustia libre y flotante, es decir, angustia que surge de manera espontánea e independiente de situaciones particulares. Las crisis se clasifican en inesperadas o no asociadas a factores desencadenantes y las emocionales o situacionales que están asociadas a factores desencadenantes identificables.

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.



2.1.1.4. Trastorno de Insomnio

La CIE-10 divide los trastornos del sueño en cuatro grandes categorías: disomnios, parasomnias, problemas del sueño relacionados con otras enfermedades médicas y un grupo de trastornos sugeridos como enfermedades del sueño. Sin embargo, en el DSM IV el insomnio se categoriza como síntoma y en el DSM 5 se especifica como un Trastorno. (Gómez Restrepo, 2008)

Disomnios

Los disomnios son problemas del inicio o mantenimiento del sueño, entre ellos, el insomnio psicofisiológico, el idiopático, la narcolepsia, el síndrome de piernas inquietas y el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Insomnio

Es la dificultad para iniciar o mantener el sueño. El DSM 5, lo define como una insatisfacción de la calidad o cantidad de sueño que se asocian a uno o más síntomas de: dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño con despertares frecuentes o problemas para volver a dormirse, despertarse pronto por la mañana con imposibilidad de volver a dormir. (Kaplan, Sadock, Sadock, Ruiz, Pataki, & Sussman, 2015)

Se divide en las siguientes clases (Gómez Restrepo, 2008):

- *Insomnio psicofisiológico*: Consiste en la percepción subjetiva del paciente de haber dormido mal, con el consiguiente deterioro de su rendimiento laboral, académico o social y en general, con el deterioro de la calidad de vida. El insomnio es un síntoma: si el paciente asegura que durmió mal. El psicofisiológico es una modalidad del insomnio aprendido, provocado, básicamente por tensión en vacaciones, fin de semana o festivo; empeoran la calidad de su sueño mientras más dificultades vitales tengan.
- *Insomnio idiopático*: es un insomnio crónico, presente desde la niñez, de gravedad creciente, y por lo general, sin relación alguna con las circunstancias de la vida.



2.1.1.5. Disfunción Social

La disfunción social es semi independiente de los síntomas, y desempeña un papel importante en la evolución y pronóstico de la enfermedad. Los pacientes tienen dificultades para desempeñar roles sociales, como el del trabajador, cónyuge o amigo, y se ven incapaces de satisfacer sus necesidades cuando se requiere una interacción social. (Kaplan, Sadock, Sadock, Ruiz, Pataki, & Sussman, 2015)

La competencia social se basa en tres componentes o habilidades:

1. Percepción social, o habilidades para recibir.
2. Conocimiento social, o habilidades para elaborar.
3. Respuesta conductual, o habilidades para expresar.

La percepción social es la capacidad para leer o decodificar con precisión las señales sociales, lo que requiere la detección precisa de las señales de afecto, como las expresiones faciales y los matices de la voz, los gestos y la postura corporal, así como el contenido verbal y la información contextual.

El conocimiento social se refiere al análisis efectivo de los estímulos sociales, la integración de la información actual con la histórica y la planificación de una respuesta efectiva, este componente también se conoce como resolución de problemas sociales.

2.1.1.6. Depresión

La depresión es uno de los mayores desafíos para la medicina moderna. Está entre las 5 causas de discapacidad en el mundo en la actualidad. El paciente que la padece merma en calidad de vida, mayor morbilidad, repercusiones socio-familiares, laborales, conyugales, altos costos directos e indirectos para cualquier gobierno. (Chinchilla, 2011)



2.2. Salud mental y migración

El fenómeno de la migración se presenta por diferentes circunstancias y su explicación puede venir de distintos puntos de vista, a través de ideologías políticas o socioeconómicas, desde la visión del migrante o del no inmigrante, de los fenómenos propios de la búsqueda de mejorar la calidad de vida, acceso a mejor oportunidad de desarrollo a través del empleo, la educación o la reunión familiar.

La migración y los estresores que le acompañan afectan a los individuos y sus familias. Puede afectar la salud mental individual y colectiva, y al mismo tiempo, la capacidad de respuesta ante los estresores estará relacionada a la capacidad de resiliencia que se tenga durante el fenómeno. (Bhugra, 2004).

El trauma genera vulnerabilidad en los seres humanos. Cuando previo a la migración, el individuo se encuentra en situaciones de conflictos de guerra, desastres medioambientales o violación de sus derechos humanos, esto genera mayor vulnerabilidad en los migrantes. El propio proceso de movilidad geográfica implica una pérdida para el individuo y su familia de la cual ha sido soporte, contribuye a la depresión, desorientación y marginación. Estas pérdidas van desde el hogar, su identidad, tradiciones y costumbres. (Organización Internacional para las Migraciones OIM)

Existe una estrecha relación entre migración, identidad cultural y enfermedad mental. Mientras que la aparición o no de un desorden psiquiátrico o psicológico puede relacionarse al apoyo social que recibe el individuo. Otros elementos que se añaden como factor de vulnerabilidad en los migrantes es el comportamiento del país receptor frente a la capacidad de integración o discriminación que promueva la sociedad, además del tipo de sociedad o cultura y la vulnerabilidad biopsicosocial del migrante. A su vez, la flexibilidad social, individual y colectiva, determinará la capacidad de asentamiento del migrante, la acogida del país receptor y la probabilidad de desarrollar enfermedades mentales. (Bhugra, 2005)

Una vez asentado, su estado mental dependerá de la acogida, el racismo, problemas de vivienda y salud, la legalidad de sus estancia, aislamiento y el idioma que limitan la comunicación, confianza y entendimiento con el país huésped, por lo cual muchas veces para abordar esta



población se necesitan mediadores culturales. (Organización Internacional para las Migraciones OIM)

En el ámbito individual, el inmigrante padece sentimientos de anomia, falta de pertenencia y alienación que pueden conducirle a disfunciones de comportamiento, como fobia social, agresividad, abuso de alcohol y drogas, violencia, y finalmente a trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. (Halpern D, 2000)

En la población general, algunos investigadores de salud mental prefieren estudiar el malestar psicológico en vez de estudiar las categorías nosológicas psiquiátricas que son útiles en la práctica clínica, pero con dificultades por la falta de correlación entre culturas por su distinta manifestación, curso y resultado (Beiser M. , 1985).

Otros estudios han profundizado en la interacción entre estructura social y salud mental, reflejando una clara relación entre el nivel de urbanización y experimentar el primer episodio de psicosis. (Halpern D, 2000; Bhugra, 2004; Sundquist K, 2004)

Este malestar psicológico, es la respuesta bio-comportamental a la exposición al stress que se modifica con la vulnerabilidad y los recursos psicosociales. Sin embargo, la depresión no se manifiesta de la misma forma en distintas culturas. En la cultura africana y asiática se desconoce el término de depresión y para su designio, y en casos clínicos de depresión mayor se presenta somatización (Kirmayer L. , 2001).

Cuando existen barreras idiomáticas y culturales a tomar en cuenta a la hora de elaborar estrategias de intervención o atención clínica a esta población, se debe tomar en cuenta la presencia de síndromes culturales al momento de hacer una evaluación o fortalecer una alianza terapéutica. (Bhugra, Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants, 2005)

Es necesario comprender los perfiles y creencias de salud de la población inmigrante para poder brindar acceso a los servicios de salud bajo la adecuación cultural necesaria, mejorando la integración en las comunidades huésped; sus condiciones sociales, prácticas rituales, factores de riesgo epidemiológico y problemas médicos del país de origen. (Caplan, y otros, 2012)



2.2.1. Limitaciones (barrera idiomática, cosmovisión y cultura), estigma y discriminación

La cultura haitiana en la frontera presenta dos comportamientos en su expresión, uno es el del haitiano criado por dominicanos, que rechaza su etnia, y otro es el adulto que promueve la cultura en territorio dominicano. Sobre los factores étnicos y religiosos, su lenguaje, su costumbre y estilo de vida son diferentes a la población dominicana, de igual forma su práctica de ritos religiosos. Aquellos que adquieren un dominio aceptable del idioma español, trabajan como "bilingües" manejando a los demás migrantes que no tienen un dominio del idioma suficiente para desenvolverse. Por otro lado, el autor, resalta la aparición de un dialecto fronterizo de la mezcla de ambos idiomas, el español y el creole, el creóñol. (Murray, 2010)

La barrera idiomática, su religión y prácticas rituales pueden influir en la facilidad o no de acceso a los servicios de salud, así como el asumir las medidas de salud preventivas y de promoción. En el caso de no ser incluidos en los servicios de salud tomando en cuenta sus características socioculturales, estos pudieran no ser favorecidos con la integración a la comunidad huésped siendo está propensa a desarrollar discriminación y xenofobia. Los inmigrantes pueden ser percibidos como portadores de enfermedades o personas no productivas para la comunidad.

Los migrantes traen consigo condiciones sociales, prácticas rituales, factores de riesgo epidemiológico y antecedentes médicos de su país de origen que pueden ser diferentes a los de la comunidad huésped y desconocidos para dicha comunidad. El idioma, la religión y los rituales pueden influir en la calidad del acceso a los servicios de salud disponibles, cumplan o no con las recomendaciones preventivas de salud y las sociedades huéspedes.

Esto se hace evidente en el impacto de la barrera idiomática como un desafío al momento de que los extranjeros haitianos acceden a los servicios de salud, además de que su cosmovisión y cultura no es entendida por los dominicanos que le asisten, esto puede dar paso a la discriminación que en muchos podría resultar en una pobre calidad o deshumanización del servicio, lo cual puede incidir en la permanencia del estigma.



En el 2011, una investigación realizada sobre Migración, economía y desarrollo en la República Dominicana arrojó que los haitianos presentan un dominio del idioma español en un 48 por ciento, lo que nos muestra que la integración sociocultural es más asertiva desde la perspectiva de los haitianos hacia los dominicanos. Sin embargo en la cosmovisión prefieren casarse con un haitiano y para las relaciones primarias también prefieren vecinos haitianos. A la vez una quinta parte de la mano de obra haitiana informó haber sido víctima de un maltrato (25%) incluso siendo apresado teniendo sus documentos legales en orden, y solo un 9% expuso no fue víctima de corrupción. (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, 2011)

La discriminación de clase y etnia interacciona con la de género, condicionando una mayor vulnerabilidad para las mujeres (Nazroo, 2003). La población migrante en general es más proclive a presentar “trastornos mentales comunes” u otra enfermedad mental que la población receptora presenta, debido a las diferencias sociodemográficas y económicas a las que se ven enfrentados. Esto se ha descrito en numerosos trabajos realizados en distintos países, y afecta tanto a inmigrantes de primera generación como de segunda generación. Los grupos que presentan mayor exposición al racismo son los que experimentan tasas más altas de enfermedad mental (Veling WA, 2004; Bhugra D, 1999).

2.2.2. Trastornos Psicosociales desde la Psiquiatría Transcultural

La psiquiatría transcultural y la etnopsiquiatría surge de la necesidad de estudiar al ser humano y su cultura, para comprender los problemas que aparecen en el proceso de enfermedad de diferentes etnias y clases socioeconómicas y culturales.

La **psiquiatría transcultural**, se divide en tres aristas: 1) la *antropología psicológica* (interpreta la relación entre elementos sociales y culturales mediante la teoría psicodinámica y otras teorías psicológicas); 2) la *psiquiatría comparativa* (describe y analiza las variaciones transculturales de la incidencia o la prevalencia de síndromes y síntomas, mediante estudios epidemiológicos y clínicos); y 3) la *antropología médica* (identifica variaciones transculturales en la construcción social y cultural de la enfermedad, de la curación y la aceptación activa del cuidado. (Sadock & Sadock, 2012)



En el presente estudio de investigación, a través de la psiquiatría comparativa, se realiza un análisis de la salud mental de esta población vulnerable en relación a la población dominicana que residen en la región fronteriza, bajo el marco de la psiquiatría transcultural se observan los factores culturales que inciden en el comportamiento humano, en específico la expresión, la expresión de los síntomas psiquiátricos dentro de la población inmigrante haitiana.

La cultura se define como un conjunto de significados, normas, creencias, valores y patrones de conducta compartidos por un grupo de personas. Los valores incluyen las relaciones sociales, el lenguaje, la expresión no verbal de pensamientos y emociones, la moral y las creencias religiosas, los rituales, la tecnología, y las creencias y prácticas económicas. (Kaplan, Sadock, Sadock, Ruiz, Pataki, & Sussman, 2015)

Los componentes básicos de la cultura son:

- La cultura aprendida.
- La que se transmite de generación en generación y se convierte en tradición.
- Las palabras, las conductas, los acontecimientos y símbolos, que adquieren un significado acordado por el grupo cultural.
- La cultura que es dictada según las perspectivas futuras del grupo para las cuales deben preparar a la próxima generación.
- La cultura se mantiene a su vez en un cambio continuo.
- La cultura posee componentes subjetivos y objetivos que se expresan en la conducta humana.

La cultura entonces determina cómo se expresan los síntomas psiquiátricos, además de la interacción entre el paciente y el sistema de salud, e incluso la familia, a pesar de que en la actualidad existe un movimiento nacional para concientizar sobre estigma y discriminación.

La etnia son las cualidades que otorgan a un grupo de personas el origen regional común, las creencias, valores y prácticas compartidas, lo que les añade el sentido de pertenencia. Esto crea la identidad cultural.

La cultura impacta en todos los aspectos de la salud mental en consecuencia tiene un papel preponderante en la evaluación psiquiátrica.



El trasfondo cultural haitiano posee en su ideología un enfoque mágico - religioso que en el momento de recibir un servicio en salud o presentar una alteración mental se expresan de forma singular. Un ejemplo de esto en la cultura popular haitiana, es que al fallecer un ser querido dependiendo del vínculo afectivo este guiará a través de conversaciones donde le indica al vivo las mejores decisiones a tomar para que le vaya bien en la vida; asumir esta posición ante la pérdida de un ser querido en la cultura dominicana podría entenderse como psicosis.

Por otro lado en el momento de recibir las indicaciones para tomar una medicación la barrera idiomática puede ser el impedimento para un tratamiento eficaz y una vía a la vez para empeorar el cuadro clínico que se puede reflejar también en altos costos del servicio de salud e incluso un riesgo para la vida del usuario. Por lo cual se convierte en demanda que el personal de salud conozca los idiomas predominantes (creole y francés) y el contexto sociocultural y religioso desde donde provienen los extranjeros haitianos.

Diferente al DSM IV que valoraba como estresor desencadenante los problemas psicosociales, la descripción de formulación cultural que aparece en el DSM V ofrece a los profesionales de la salud, un marco para evaluar el impacto de la cultura en la enfermedad psiquiátrica.

Sus objetivos son:

- Aumenta la aplicación de los criterios diagnósticos en entornos multiculturales.
- Las expresiones culturales de malestar
- Los factores psicosociales del estrés y las características culturales de vulnerabilidad y resiliencia
- Capacitar al profesional sanitario para que describa sistemáticamente los grupos de referencia social y cultural del paciente y su importancia en la atención sanitaria
- Identificar el efecto que las diferencias culturales pueden tener en la relación entre el paciente y la familia y el profesional sanitario responsable del tratamiento, así como de qué manera influyen el curso y el desenlace clínico del tratamiento proporcionado.

La descripción de la formulación cultural consta de cinco áreas de evaluación:

- Identidad cultural del individuo
- Las explicaciones culturales de la enfermedad de los individuos



- Los factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y los niveles de funcionamiento
- Los elementos culturales de la relación entre el individuo y el profesional sanitario
- La evaluación cultural general para el diagnóstico y la atención médica.

Explicaciones culturales de la enfermedad en el individuo:

El modelo explicativo de la enfermedad es la comprensión del paciente y un intento de explicar por qué se ha puesto enfermo. El modelo define los medios de expresión culturalmente aceptables de los síntomas de la enfermedad o modismos de malestar, la forma particular en que los individuos de un grupo cultural concreto explican los síntomas y su respuesta conductual ante estos, que están enormemente influidos por valores culturales.

Por este modelo se explica la poca adherencia a medicación de los extranjeros haitianos al recibir indicaciones en un servicio de salud.

- Modelo moral: Implica que la enfermedad está causada por egoísmo o debilidad moral.
- Modelo religioso: Sugiere que el paciente es castigado por un error o transgresión religiosa.
- Modelo explicativo mágico o sobrenatural puede involucrar atribuciones de brujería y hechizos como causa de los síntomas.
- Modelo médico atribuye la enfermedad del paciente principalmente a una causa biológica.
- Modelo psicosocial, los abrumadores factores de estrés psicosocial son la causa de la enfermedad o los principales factores contribuyentes.

Dependiendo de la percepción del individuo y de su familia acerca del nivel de apertura de la sociedad acogedora hacia las personas de su país y región de origen, sus atributos raciales, étnicos y religiosos.



Cuando hablamos de la relación del individuo y el médico las diferencias no conocidas entre la identidad cultural del clínico y las del paciente pueden sesgar inintencionadamente la evaluación, además del tratamiento convirtiéndolo en algo estresante para ambas partes.

En la evaluación psiquiátrica objetiva el clínico debe tener en cuenta principios del relativismo cultural y no tender a la falacia categórica.

Los inmigrantes por tanto son sometidos al estrés de la aculturación, lo cual no se evidencia en los inmigrantes haitianos, debido a que mantienen su cultura de origen en su proceso de adaptación a la cultura de acogida. Dentro de los tipos de alternativas de adaptación del emigrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión, planteado por García-Campayo & Sanz Carrillo (2002) en su artículo “Salud Mental en inmigrantes”, la alternativa de separación es la que mayormente se observa en los inmigrantes haitianos (Se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen).

2.2.3. Calidad de vida desde la perspectiva de Salud

Según la OMS (1994), la calidad de vida se define como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Incluye tanto aspectos personales como ambientales, redes de apoyo y servicios sociales. Esta se utiliza, cada vez más, para las evaluaciones de salud y como medida de bienestar. (Urzúa, 2012)

El concepto de calidad de vida es complejo, multidisciplinario y multidimensional, lo cual dificulta una definición universal. Se contextualiza bajo las aéreas del saber en las cuales suele utilizarse, desde la medicina, la ética, filosofía, sociología, política y medio ambientales, así como el elemento individual y sociocultural (Cardona A. & Agudelo G., 2005). Es un concepto evaluador o valorativo, que ha servido para sustentar múltiples investigaciones de acuerdo al aspecto valorado. (Urzúa, 2012)

Se fundamenta bajo dos tendencias, una centrada en variables objetivas externas al sujeto bajo el enfoque socioeconómico, y la otra como una dimensión subjetiva basada en la valoración del



sujeto sobre su propia vida y la percepción que tiene de ella.

En las últimas décadas, las investigaciones clínico epidemiológicas han demostrado un vínculo entre la salud y factores que trascienden la biología del ser humano, lo que ha conllevado al estudio del bienestar subjetivo y al abordaje de los factores psicosociales que influyen en el proceso de salud y enfermedad. El bienestar subjetivo se expresa en la salud como una proyección positiva del individuo sintiéndose productivo, capaz de relacionarse con su medio y capaz de controlar su ambiente; lo cual implicará que su estado emocional mediante la percepción de su estado de salud, presentará una respuesta de afrontamiento al estrés y favorecerá su calidad de vida. (Victoria García-Viniegras, 2000)

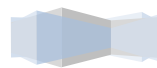
Como calidad de vida se aborda la satisfacción del hombre con el entorno y el sistema político, mientras que bajo el enfoque de salud, esta se relaciona a la "salud percibida", "estado de salud", "calidad de vida relacionada con la salud" y "resultados percibidos por los pacientes". (Urzúa, 2012; Botero de Mejía, 2007)

Finalmente, la calidad de vida, en este caso evaluada en relación a la salud, puede depender de las habilidades individuales y socioculturales que poseen los haitianos, lo cual puede ser evaluado según su nivel de resiliencia.

En los países con alta exposición a violencia política, sus migrantes presentan menos salud mental y una menor percepción de su calidad de vida. (Eisenman, Gelberg, Liu, & Shapiro, 2003). Esto se corrobora en reportes de otros estudios sobre la relación de la calidad de vida y el fenómeno migratorio internacional. (Mui, Kang, Kang, & Domanski, 2007) (Márquez-Montero, Loret de Mola, Bernabé-Ortiz, Smeeth, Gilman, & Miranda, 2011) Por otro lado, otros autores plantean el fenómeno "migrante saludable" relacionando el tiempo de estancia en el país receptor con la autopercepción de salud en la población inmigrante, indicando que pasado los diez años de estancia la salud autopercebida mejora (Sundquist, 2001; Muennig & Fahs, 2002).

En un estudio exploratorio en el norte de Centroamérica se encontró que las principales causas de la migración son el bienestar económico, el desempleo y la reunificación familiar (Crush, 2013).

En lo referente a investigaciones sobre el fenómeno migratorio y la resiliencia, sus efectos están relacionados con la condición de salud antes, durante y después de la emigración hasta la llegada



al país receptor, existiendo la posibilidad de la transmisión de sus efectos a la siguiente generación. Esto evidencia que la migración puede presentar el impacto en la salud a largo plazo, el cual puede pasar de una generación a otra. Las migraciones implican a menudo, estresores y pérdidas, lo que provoca estrés y aumenta las conductas de riesgo. Esto conlleva a consecuencias negativas en la salud mental y síntomas somáticos de las personas migrantes (Kristiansen, Mygind, & Krasnik, 2007).

La forma de mejorar la salud del migrante o promover factores protectores, es a través de la reducción de las barreras idiomáticas (en los casos de existir diferencias lingüísticas con el país de acogida) y en conocer las necesidades psicosociales de la población migrante. Sin embargo, el conocimiento de la morbilidad y la prevalencia de factores de riesgo en los diferentes grupos de migrantes es limitado (Kristiansen, Mygind, & Krasnik, 2007)

2.2.4. Resiliencia

El término resiliencia tiene su origen en el campo de la física como aquella propiedad que poseen algunos materiales ante los impactos o tracciones. Este concepto en la década del 70, el psiquiatra Michael Rutter lo utiliza para referirse a la flexibilidad social.

Fue profundizado por el etólogo Cyrulnik a partir de sus trabajos con niños de las calles, huérfanos y provenientes de campos de concentración.

En 1995, Edith Grotberg realizó uno de los modelos descriptivos más influyentes basado en resiliencia. Con la premisa de que la resiliencia es un proceso dinámico lo que permite trabajar para potenciarla y reforzarla. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. (Francisco, 2008)

Se considera factor de riesgo cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que va unida a una elevada probabilidad de dañar su salud. Los factores de riesgo son aquellos estadísticamente asociados con una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura.

Los factores protectores son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de



los individuos o grupos, y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables, reducen las repercusiones del riesgo; lo cual se logra ya sea modificando la exposición al riesgo o reduciendo la probabilidad de reacción negativa de la exposición. (Barudy, 2010)

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y las circunstancias; es el resultado de un balance de factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano, por tanto, el ser humano atraviesa momentos de mayor y menor capacidad de responder a las adversidades. (Suarez Ojeda, 2004)

Según Barudy, et al. 2010 la resiliencia es el resultado de la interacción de factores o recursos personales y sociales que producen distintas respuestas constructivas ante los conflictos, las experiencias que provocan sufrimiento, incluyendo traumas, como también la potencialidad de otras fuerzas personales y sociales con que las personas y comunidades enfrentan de manera satisfactoria su realidad.

Dada la complejidad y riqueza de este fenómeno, se proponen dos formas de respuestas resilientes:

La resiliencia primaria que corresponde a la resiliencia infantil, es una capacidad que los niños y adolescentes pueden desarrollar y se potencian, gracias a las competencias y habilidades de sus progenitores, así también con la participación de otros adultos significativos que satisfacen sus necesidades y los respetan. La base de este tipo de resiliencia se constituye en los tres primeros años de vida, su manifestación más importante es el desarrollo de un apego sano o seguro como resultado de los cuidados, estimulación, protección y el afecto de las figuras de apego primario (conocido en la actualidad como cuidador).

La resiliencia secundaria es la capacidad de los seres humanos que resulta de la superación a traumas, desarrollando un proyecto personal y social constructivo, gracias al valor terapéutico y la solidaridad, como pudiera ocurrir en el fenómeno migratorio al contar con políticas de asistencia e integración social y de salud.

Para Wagnild y Young (2002), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra



emocional, utilizada para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

La resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en contra.

Wagnild y Young elaboraron una escala en Estados Unidos en 1988, la cual fue revisada en 1993 para adolescentes y adultos, y luego adaptada por los peruanos en el 2000.

Estos factores representan las siguientes características de Resiliencia:

- a) *Ecuanimidad*: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b) *Perseverancia*: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- c) *Confianza en sí mismo*: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- d) *Satisfacción personal*: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.
- e) *Sentirse bien sólo*: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Esa capacidad de resiliencia se pone a prueba frente a los desastres naturales y la capacidad de respuesta que tiene el individuo o el país para enfrentar y superar el impacto de los mismos. Este fenómeno se evidenció en una investigación realizada por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2015) abordando la relación entre la resiliencia, la migración y los desastres naturales en Haití, en un estudio presentado cinco años después del terremoto.

En este se observaron dos realidades paradójicas: un aumento en la morbilidad y mortalidad de la población haitiana por la epidemia de cólera a falta de un sistema de saneamiento de las aguas y al acceso limitado de medicamentos; por otro lado, la realidad de reconstrucción de hogares y cómo algunas madres se motivaron a continuar sus estudios para mejorar su calidad de vida, bajo el acuerdo de no migrar.

Resalta el hecho de cómo dos elementos estudiados por grupos de apoyo al desastre en Haití observaron la resiliencia en el individuo frente a la realidad del desastre en el ambiente que se



desenvuelve y cómo al mismo tiempo la vulnerabilidad de su propio contexto social y ambiental, en la provisión deficiente de los servicios, en este caso de salud, atentan contra la vida, afectando su seguridad humana.

Por otro lado, en una revisión sistemática sobre resiliencia y resultados a la salud mental en adultos migrantes por conflicto armado, se estudiaron veintitrés estudios: diez estudios cualitativos resaltaron la importancia de la cohesión familiar y social, el apoyo familiar y comunitario, cualidades personales del individuo, identidad cultural, las relaciones primarias de apoyo y la espiritualidad; otros trece estudios de tipo cuantitativo fueron identificados con resultados similares. Concluyeron que la resiliencia se asocia, generalmente, con una mejor salud mental en la población migrante (Siriwardhana, Ali, Roberts, & Stewart, 2014). Se evidencia a la resiliencia como un factor protector frente a la aparición de psicopatologías. (Arnetz, Rofa, Arnetz, Ventimiglia, & Jamil, 2013)



2.3. El Contexto migratorio actual en la República Dominicana

Según la Unidad de Estudios de Políticas Económicas y Sociales del Caribe del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo de la República Dominicana (2015), después del terremoto del 2010 en Haití, se incrementó la migración haitiana estimando el desplazamiento de 1.5 millones de personas. Los motivos para emigrar se relacionaron con la precariedad del mercado de trabajo y de las condiciones de vida, dado el nivel de pobreza, desempleo e informalidad; las deficiencias en la prestación de los servicios básicos de salud, educación y transporte; y el grado de inseguridad que presenta la situación social.

En el 2012, se realiza en el país la primera Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI) para identificar y caracterizar la población extranjera. Estuvo a cargo de la Oficina Nacional de Estadísticas, y contó con el apoyo de los Fondos de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA), a través del Plan de Acción del Programa País 2012-2016, y la Unión Europea.

La ENI-2012 reportó un total de 768,783 población extranjera en el territorio dominicano, de estos unos 668,145 son haitianos, correspondiente al 86.9%. La población extranjera incluye los descendientes de inmigrantes.

El total de inmigrantes alcanza el volumen de 524,632 personas, es decir, el 5.4% del total de la población del país estimada en 9,716,940 para la fecha de la encuesta. De ese total 458,233 personas nacieron en Haití, representando el 87.3% de la población de inmigrante, mientras que 66,399 personas son de otros países, el 12.7% del total, lo que revela el elevado predominio de los inmigrantes haitianos en el total de los inmigrantes radicados en el país.

La mayoría de la población inmigrante son jóvenes entre 24 y 34 años de edad, en un 53.9%. Las mujeres en edad fértil están unidas en relación consensual en un 50.5% y los hombres en un 45%, mientras un 15.4% casadas y un 26.3% solteras; los hombres un 12.0% están casados y un 34.3% solteros.

Esta encuesta revela que la mayoría son jóvenes y gozan de buena salud, pero en algunos casos han tenido accidentes laborales y acuden a los hospitales públicos o en otros casos no asisten a



ningún sistema de atención médica. Cabe destacar, que la población joven es la de mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Se evidencia que un 98.5% no están afiliados al sistema de seguridad social, lo cual refleja la otra cara de la problemática de la migración irregular, que no puede acceder a la seguridad social.

La ENI-2012, en el aspecto de salud, indagó si en los 12 meses anteriores a la encuesta el entrevistado había estado enfermo o si tuvo algún accidente, así como el establecimiento en el cual recibió atención en salud. El 69.2% de los inmigrantes haitianos reportó que estuvo bien de salud en el período de referencia.

De la población inmigrante haitiana que estuvo enferma o sufrió algún accidente en los 12 meses anteriores a la encuesta, el 66.1% asistió a un establecimiento de salud pública (hospital, consultorio o clínica rural) y el 15.6% a una clínica privada. El 10.4%, en su mayoría hombres, no asistió a ningún centro de salud.

En el caso de los inmigrantes de otros países la proporción es inversa en relación al acceso a servicios de salud públicos y privados. El 18.5% acudió a un establecimiento de salud pública y el 65.8% asistió a una clínica privada.

Una de las razones contempladas como dificultad para acceder a los servicios de salud, es el horario de los establecimientos y los servicios médicos como un desafío en la vida laboral del inmigrante, ya que en muchos casos necesitan más de un trabajo formal e informal para sobrevivir económicamente y aun la accesibilidad física no es adecuada porque implica el traslado fuera de la zona rural de residencia. (Guasasco, Heuer, & Lausch, 2002)

Esto genera la inquietud de evidenciar el nivel de estigma y discriminación frente a la población haitiana, que puede estar presente en los servicios de salud o la percepción del migrante en el acceso y la atención, asociado también al nivel de pobreza existente en esta población.



En cuanto a la afiliación a un seguro de salud, el 91.8% de los nacidos en Haití reportó no contar con un seguro de salud.

Sin embargo, en aspectos de salud se han priorizado las enfermedades infectocontagiosas, motivando en el 2014 la colaboración binacional, reuniendo sus funcionarios médicos vinculados a la Dirección de epidemiología de los Ministerios de Salud Pública de ambos países.

En el caso de los cañeros, debido a las condiciones socio-económicas y la mano de obra intensiva a la que fue sometida por décadas, los problemas psicosociales podrían ser mayores, tomando en cuenta que su llegada al país desde 1956 en adelante se realizó bajo un sistema de explotación laboral, tanto por las autoridades de la República Dominicana, que los contrataba, como por las autoridades haitianas que participaban en los beneficios de estas contrataciones, sin protección alguna, trayendo como resultado que una población amplia de los trabajadores, después de la caída de la industria azucarera no quisiera retornar a su país por la vida productiva lograda.

En sustitución, ha crecido la mano de obra en el sector de la construcción, lo que representa para el inmigrante haitiano una oportunidad laboral con pago inmediato, sin embargo las condiciones laborales siguen siendo las mismas en cuanto a remuneración económica y muchas bajo condiciones laborales en desventaja.

En el caso de los cañeros esto resulta en la desprotección de ellos y sus familiares, al no contar en su mayoría con documentación, siendo tratado en el Plan Nacional de Regularización de Extranjeros, debido a que estos no han podido recibir su pensión por la ausencia de dicha documentación.

El gobierno dominicano invierte un gran porcentaje de su presupuesto en la atención de la población haitiana residente en el país, en el sector salud. En el caso de la población inmigrante haitiana, el déficit de atención radica en la barrera del idioma, el escaso personal de salud especializado en la zona fronteriza y en el trato discriminatorio de los que muchos son víctima debido al desconocimiento del trasfondo socio-cultural y religioso que incide hasta en la adherencia a medicamentos, cuando no está presente un traductor de confianza y se solicita servicio médico.



Las mujeres parturientas haitianas que asisten a estos establecimientos de salud en la frontera sobrepasan en más de 80% a las dominicanas (Pérez, 2014). Las migraciones de parturientas haitianas en República Dominicana tienen dos connotaciones, una la de la disponibilidad en Haití de insumos sanitarios que permitan un servicio adecuado, y otro la facilidad de ser recibidas en centros asistenciales dominicanos con el personal especializado en la frontera.

En el caso de los inmigrantes haitianos, en el 2004, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), realizó un estudio de la inmigración haitiana en la República Dominicana conjuntamente con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), mediante encuesta por muestreo se estudiaron aspectos sociodemográficos, salud y educación, características etno culturales, sociales y de segregación receptora. Participaron en el estudio 400,000 habitantes en condición de regulares e irregulares, mayores de 18 años. Obteniendo muestra poblacional en la zona fronteriza de 24,713 individuos (Rural) y 6,134 (Urbana).

En la variable de salud, el estudio se enfocó en la atención de los servicios sanitarios sin incluir la salud mental, esto mismo se evidenció en la Encuesta Nacional de Inmigrantes del 2012. Esta carencia de estudios e investigaciones sobre la salud mental de la población migrante que habita en la frontera, dificulta la identificación de los grupos de enfermedades que necesitan mayor atención para la creación de programas e intervenciones sociales encaminadas a una mejoría de su servicio sanitario.



2.3.1. Perfil de las Provincias fronterizas en la República Dominicana (Oficina Nacional de Estadística, 2012)

Dajabón

Ubicada en la parte norte de la frontera con Haití. Tiene una extensión territorial de 1,021.3 Km, limitando al Norte con la Provincia de Montecristi, al Sur con la provincia de Elías Piña, al Este con la provincia Santiago Rodríguez y al Oeste con la República de Haití.

Fue creada en 1938 con el nombre de provincia Libertador. Su inauguración como provincia se realizó el 1ero. de enero de 1939. El 25 de noviembre de 1961 su nombre fue cambiado por el actual, Dajabón, que es también el nombre de su municipio cabecera y de su principal río. Dada su condición fronteriza ha tenido siempre un lugar muy especial en las relaciones haitiano/dominicanas. Es la ciudad fronteriza dominicana más estable a lo largo de la historia (su fundación se remonta a mediados del siglo XVIII) y en la actualidad también la más poblada y dinámica.

Con una población de 63,955 habitantes: 32,943 hombres y 31,012 mujeres, una densidad: 63.5 habitantes/km². Un porcentaje de población urbana: 59.8%. Ciudad más poblada: Dajabón, con población urbana de 20,353 habitantes (censo de población y vivienda 2010).

La economía de Dajabón es esencialmente agrícola aunque en los últimos años el municipio cabecera se ha convertido en un centro importante de intercambio comercial con Haití. Los productos agrícolas principales son arroz y café. La producción lechera es importante, principalmente en las periferias de la ciudad. Su mercado binacional es el punto de intercambio de una parte importante de la producción agropecuaria de las provincias del norte de la República Dominicana exportadas a Haití.



Elías Piña

La provincia de Elías Piña forma parte de la región El Valle. Tiene una extensión territorial de 1402 Km, que representa el 2.0 % del territorio nacional.

Con una población de 63,029 habitantes para el año 2010 que representa un 0.7% de la población total del país. La provincia limita al norte con las provincias de Dajabón y Santiago Rodríguez, al este con San Juan, al sur con la provincia Independencia, y al oeste con la República de Haití. Elías Piña es la provincia que posee la línea fronteriza de mayor longitud; abarca 154.4 kilómetros a lo largo de la frontera, alrededor de 40% del total. La mayor concentración poblacional se encuentra en el municipio cabecera, Comendador que posee el 41% de la población total. El territorio de la provincia siempre ha estado poco poblado, con un predominio de la población rural, con densidades poblacionales bajas, y una dinámica poblacional generalmente lenta en su evolución desde su fundación hasta años recientes. (*Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Central del Este, 2013*)

En la provincia de Elías Piña hay poco desarrollo económico como en el resto de las provincias fronterizas. Hay un importante mercado binacional que estimula el comercio con Haití, especialmente en Comendador. La producción agropecuaria se limita a cultivos menores y crianza de ganado en pequeña escala. En la parte sur, en la Sierra de Neiba, como en la zona norte, en la Cordillera Central, se siembra café y habichuela, además de otros cultivos menores.

Elías Piña es la provincia del país donde existen más altos niveles de analfabetismo de la República Dominicana. En el 2010 el analfabetismo en Elías Piña era poco más de 3 veces la media nacional. Este es el resultado de un historial de rezago en la asistencia escolar al nivel básico; una baja tasa de transición de estudiantes desde el nivel básico al nivel medio, asociada a la deserción y la emigración de quienes logran alcanzar niveles superiores debido a la falta de oportunidades económicas o nuevas oportunidades educativas. (*Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Central del Este, 2013*)



Pedernales

Pedernales es la provincia de más reciente creación de la zona fronteriza. Fue creada mediante la Ley 4815 del 17 de Diciembre del 1957 (las demás provincias fronterizas fueron fundadas en las siguientes fechas: Monte Cristi (1879), Dajabón (1938), Elías Piña (1942), Independencia (1950)). Ubicada en el suroeste de la República Dominicana este territorio fue parte del Cacicazgo de Jaragua en época precolombina.

Es la provincia más grande de la región de planificación Enriquillo en términos de superficie territorial con una extensión de 2,080.4 Km. Tiene una población 31,587 habitantes, equivalente al 0.3% de la población nacional según el Censo de Población y Vivienda del año 2010. Lo que hace de Pedernales la provincia con más baja densidad poblacional todo el país con 15.2 habitantes por Km². (Oficina Nacional de Estadística, 2012). Limita al norte con la provincia Independencia, al Sur con el mar Caribe y al Oeste con la República de Haití, y al Este con la provincia de Barahona.

El 64% de la población en la provincia se concentra en la zona urbana, los municipios de Pedernales y Oviedo son los que concentran la mayor población urbana (Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Central del Este, 2013).

Según sexo, el 53.5% de la población en la provincia es masculina y el 46.5% femenina. Las zonas rurales presentan mayor proporción de habitantes masculinos (58.1%) respecto a las zona urbana (50.9%), especialmente los de menor edad (menos de 30 años) (*Oficina Nacional de Estadística, 2012*). Cerca del 60% de la actividad económica de la provincia se centra fundamentalmente en el sector servicios y primario, principalmente actividades agrícolas, la pesca, la ganadería y el comercio minorista. (Oficina Nacional de Estadística, ONE, 2008)



Montecristi

Fue creada el 25 de abril de 1879, como Distrito Marino, y luego, en noviembre de 1907 como Provincia. Con una densidad poblacional: 58.1 habitantes/km². El porcentaje de población urbana es de un 53.3%. La ciudad más poblada es San Fernando de Monte Cristi que es el municipio cabecera, con población urbana de 15,141 habitantes.

La principal actividad económica de la provincia es la agropecuaria, con producción importante de guineo, arroz y plátano; además, es importante la producción de caprinos, ovinos y ganado vacuno. En la costa, es importante la pesca y la producción de sal.

Independencia

La provincia Independencia forma parte de la Región Enriquillo. Está limitada al Norte por la provincia Elías Piña, al Este por la provincias Bahoruco y Barahona, al Sur por la provincia Pedernales, y al Oeste por la República de Haití.

Jimaní es un municipio cabecera de la provincia Independencia. Cuya fecha de creación fue el primero de enero de 1950. La ley que creó esta provincia, del 29 de diciembre de 1948, le asignó el nombre de Provincia Jimaní, nombre que fue cambiado el 28 de enero de 1949 a Provincia Nueva Era, que luego fue cambiado al actual de Independencia el 13 de mayo de 1949.

Tiene una extensión territorial de 2007.4 Km y una población 52,589 habitantes: 27,007 hombres y 25,582 mujeres para una densidad 26.2 habitantes/km². El Porcentaje de población urbana: 80.0%. La ciudad más poblada es Jimaní, con una población urbana de 10,026 habitantes.

Economía: La principal actividad de la provincia es la agropecuaria, aunque casi todo es producido en pequeñas propiedades. La única producción de importancia es la de tomate para uso industrial y la de café en la Sierra de Neiba. También es importante el comercio transfronterizo en Jimaní.





Fuente: Informe sobre la Frontera Dominico-Haitiana: Mapas de la(s) frontera(s) entre República Dominicana y Haití, Martín Rapilly.





CAPÍTULO 3. SUJETOS Y MÉTODOS





Capítulo 3. Sujetos y Métodos

3.1. Tipo de Diseño

Es un estudio no experimental, de tipo descriptivo, analítico, transversal.

3.2. Demarcación Geográfica

Municipios cabecera de las cinco Provincias: Dajabón, Elías Piña, Independencia, Montecristi y Pedernales, de la región fronteriza de la República Dominicana.

Provincia/Municipio cabecera	Límites geográficos
Dajabón: <u>Municipio cabecera</u> : Dajabón, con 28,071 habitantes (21,640 urbana y 6,431 rural) en el municipio.	Al norte por la provincia de Monte Cristi, al este por la de Santiago Rodríguez, al sur por la de Elías Piña y al oeste por la República de Haití.
Elías Piña: <u>Municipio cabecera</u> : Comendador, con 25,924 habitantes (14,408 urbana y 11,516 rural) en el municipio.	Al norte con las provincias Dajabón y Santiago Rodríguez, al este con la provincia de San Juan, al Sur con la provincia Independencia y al oeste con la República de Haití.
Pedernales: <u>Municipio cabecera</u> : Pedernales, con una población de 24,291 (15,948 urbana y 8,343 rural) en el municipio.	Al norte se encuentra la provincia Independencia, al noreste la provincia Barahona, al este y sur el Mar Caribe y al oeste la República de Haití.
Monte Cristi: <u>Municipio cabecera</u> : Monte Cristi, con una población de 24,644 (15,141 urbana y 9,503 rural) en el municipio.	Al norte y oeste, el Océano Atlántico, al este la provincia Valverde y al sur las provincias Santiago Rodríguez y Dajabón.
Independencia: <u>Municipio cabecera</u> : Jimaní, con una población de 16,510 (15,255 urbana y 1,255 rural) en el municipio.	Esta provincia limita por el borde con las provincias Elías Piñas y Bahoruco, por el este con la provincia Barahona, por el sur con la provincia Pedernales y por el oeste con la República de Haití.

3.3. Periodo de Estudio:

Junio-Septiembre 2016.

3.4. Sujetos:

- ***Población Diana***

Población de la región fronteriza de la República Dominicana, conformada por cinco Provincias: Dajabón, Elías Piña, Independencia, Montecristi y Pedernales.

- ***Población Accesible***

Población dominicana e inmigrantes haitianos residente en los municipios cabecera de las provincias en la región fronteriza de la República Dominicana.

3.4.1. Criterios de Selección

Inclusión

- Hombres y mujeres, mayores de 18 años
- Habitantes en la región fronteriza
- Nacidos en Haití y en condición de inmigrantes en el lugar de residencia
- Dominicanos residentes en los municipios cabecera de las provincias fronterizas
- Aquellas personas que accedieron a participar en el estudio por voluntad propia

Exclusión

- Menores de 18 años
- Personas que no residen en la provincia de frontera
- Inmigrantes no haitianos
- Personas que no accedieron a participar en el estudio
- Inmigrantes haitianos recién llegados o en tránsito
- Comerciantes transfronterizo



3.4.2. Tipo de Muestreo

Los sujetos de ambas nacionalidades, de estudio fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos.

3.4.3. Tamaño Muestral

Municipio	P2. País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Jimaní	35	44.3%	44	55.7%	79	100.0%
Pedernales	33	46.5%	38	53.5%	71	100.0%
Dajabón	32	47.1%	36	52.9%	68	100.0%
Montecristi	28	48.3%	30	51.7%	58	100.0%
Elías Piña	35	46.1%	41	53.9%	76	100.0%
Total	163	46.3%	189	53.7%	352	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a formularios aplicados por provincia.



3.5. Variables a Estudio

- **Variable Dependiente (Trastorno psicosocial)**

Síntomas de **Somatización, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión** (medidos con el Cuestionario de Salud General GHQ28)

- **Variables Independientes**

- **Calidad de Vida** (medida con el cuestionario de Salud Auto percibida SF12)
- **Resiliencia** (medida por la Escala de Resiliencia RS)

Otras variables:

		COD.	Indicador	Tipo de variable
Variables socio-demográficas	Sexo	(01) (02)	Femenino Masculino	Dicotómica
	Edad		Años cumplidos	Discreta
	País de nacimiento	(01) (02)	Haití República Dominicana	Dicotómica
	¿Sabe leer y escribir? último curso aprobado	(01) (02)	Si No	Dicotómica Ordinal



	Estado civil	(01) (02) (03) (04) (05)	Casado Unión libre Divorciado/Sep arado Viudo Soltero	Nominal
	Estatus de la vivienda	(01) (02) (03) (04)	Propia Alquilada Vive con familiar Otra	Nominal
<i>Situación administrativa y laboral</i>	¿Cuánto tiempo tiene viviendo allí?		Cantidad de años	Discreta
	¿Le pagan por hacer algún trabajo?	(01) (02)	Si No	Dicotómica
	¿Cuál trabajo realiza?		Ocupación	Nominal
<i>VARIABLES RELACIONADAS CON LA PARTICIPACIÓN</i>	¿Pertenece a algún grupo social o comunitario?	(01) (02)	Si No	Dicotómica



<i>social</i>	¿Pertenece a algún grupo religioso? Especificar_____	(01) (02)	Si No	Dicotómica Nominal
	¿Pertenece a algún grupo cultural? Especificar_____	(01) (02)	Si No	Dicotómica Nominal
	¿Práctica algún deporte? Especificar_____	(01) (02)	Si No	Dicotómica Nominal
	¿Recibe apoyo de alguna organización? ¿Cuál institución?	(01) (02)	Si No	Dicotómica Nominal
<i>VARIABLES relacionadas con la utilización de servicios sanitarios:</i>	¿Usted ha visitado algún servicio de salud?	(01) (02)	Si No	Dicotómica Nominal
	¿Tiene seguro médico?	(01) (02)	Si No	Dicotómica Nominal
	¿Conoce algún	(01)	Si	Dicotómica



	servicio de salud en su Comunidad?	(02)	No	Nominal
	¿Se ha sentido discriminado o rechazado por personal de salud al solicitar un servicio?	(01) (02)	Si No	Dicotómica Nominal

Fuente: Elaboración Propia.

3.6. Material

Se utilizó un cuestionario estructurado *ad hoc* para la obtención de datos generales relacionadas a las variables independientes. Para la variable dependiente se utilizaron 3 escalas estandarizadas en el idioma castellano, comúnmente utilizadas como instrumento como método cribado para caracterización epidemiológica de la salud mental en la población general. Las tres escalas estandarizadas fueron traducidas al creole para la mayor comprensión de los encuestados de nacionalidad haitiana. Sin embargo el bajo nivel educativo de los encuestados haitianos amerito de una persona con dominio del idioma y experto en su cultura, para la aplicación del instrumento sin sesgar la investigación.

3.6.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28)

El Cuestionario General de Salud (*General Health Questionnaire, GHQ*) fue desarrollado por Golberg en 1972 con la intención es un instrumento de "screening" de los problemas afectivos,



cuyo enfoque es la detección del malestar psicológico más que en la identificación de categorías psicopatológicas más concretas. De hecho, los ítems se seleccionaron según su capacidad para discriminar entre pacientes psiquiátricos frente a sujetos sin patología psiquiátrica diagnosticada. En su construcción se buscó también la detección de cambios en el funcionamiento psicológico normal del sujeto. A ello contribuye igualmente el formato de instrucciones, ya que se pide que manifieste cómo se siente últimamente. Para paliar esta circunstancia, Goodchild y Duncan-Jones (1985) han presentado un sistema alternativo de puntuación que mejora la sensibilidad de la prueba al detectar casos de larga duración. (González & Ibáñez, 2001)

Las áreas de exploración del cuestionario son cuatro: depresión, ansiedad, deterioro e inadecuación social e hipocondría (enfaticando su aspecto de somatización). El resultado ha sido un test con unas adecuadas propiedades psicométricas, con una buena sensibilidad y especificidad, fácil de administrar y que no requiere formación cualificada para su pase. Como muestra de su popularidad hasta el año 1988 había sido traducida a más de 38 idiomas y existen versiones de 60, 30, 28, 20 y 12. (González & Ibáñez, 2001)

Es una herramienta estandarizada para la valoración de la salud mental en población general, creada por Goldberg en el 1978. El cuestionario es autoadministrado, y recoge el estado de las últimas semanas. Consta de 28 ítems divididos en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Posee tres formas de interpretación: 1) Escala de likert del 0 al 3 para cada uno de los ítems que lo componen (a,b,c,d); 2) GHQ para la detección de nuevos problemas, asignando valores 0,0,1,1 a las respuestas de los ítems, con un punto de corte de **5/6 (no caso/caso)**; si se utiliza para detección de problemas crónicos (CGHQ), los valores asignados a los ítems son 0,1,1,1 y el punto de corte se sitúa en **12/13 (no caso/caso)**.

Ha sido validado como método de cribado (García Viniegras, 1999) (Goldberg, 1978)



3.6.2. Calidad de vida (SF-12v1)

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study*, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos para comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales (Vera-Villarroel, 2014). Como prueba psicométrica, es uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS. Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. Desde la primera publicación el SF-36 y su versión reducida de 12 ítems, el SF-12, se han convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio. (Vilagut, y otros, 2005)

El cuestionario SF-12 valora 8 dimensiones o subescalas de la CVRS: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La función física, el rol físico y el dolor corporal reflejan el componente físico de la salud; la función social, el rol emocional y la salud mental recogen los aspectos psicosociales, los cuales, junto con la vitalidad y la salud general, dan una idea global de la salud subjetiva que se asocia tanto con los aspectos físicos como con los mentales, que corresponden al índice sumarial del componente físico y mental. (Tuesca-Molina, Romero, Salgado, Delgado, & López, 2008)

En esta investigación se utilizó la versión 1, la cual solo permite calcular el Componente de Salud Física (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8) y el Componente de Salud Mental (ítems 6, 7, 9, 10, 11, 12). Ambos componentes se calcularon mediante la estimación de la media y desviación estándar y percentil correspondiente a la población estudiada. A mayor percentil, mayor calidad de vida percibida.

El Cuestionario de Salud SF-36 mide calidad de vida relacionada con la salud, tanto en la población general española como en la población general americana. La versión de 12 ítems explicó más del 90% de la varianza de las medidas sumario física y mental del SF-36. (Vera-Villarroel, 2014)



La escala tiene una consistencia interna generalmente alta (Cronbach alpha \geq 0.82 y 0.75, para PCS y MCS respectivamente). (Luo, 2003)

3.6.3. Resiliencia (*Escala de Wagnild y Young*).

La Escala fue elaborada por Wagnild y Young, en 1988, para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, la misma fue elaborada, y revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. (Wagnild, 2002)

La Escala fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, cubre cinco (05) áreas o perspectivas de la resiliencia:

Factores de resiliencia	Ítems
Satisfacción personal	16,21,22,25
Ecuanimidad	7, 8, 11,12
Sentirse bien solo	5,3,19
Confianza en sí mismo	6,9,10,13,17,18,24
Perseverancia	1,2,4,14,15,20,23



En esta investigación se utilizó la evaluación del puntaje total para la interpretación de los niveles de resiliencia. Este se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van desde 25 a 175. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada resiliencia; y valores menores a 121, escasa resiliencia.

Los datos se informatizan de forma anónima para su análisis en una base de datos creada para tal fin en programa informático análisis estadístico SPSS en su versión 22.

3.7. Método

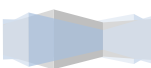
Se capacitó un grupo de profesionales sobre la investigación, los objetivos e instrumentos a aplicar a la población sujeto de estudio. Se facilitó una sensibilización con un experto en el tema de las migraciones para trabajar la percepción del personal frente a la población estudiada y disminuir el sesgo del investigador frente a las variables estudiadas a través de los instrumentos seleccionados al momento de realizar la entrevista.

Para el proceso de levantamiento de datos se dispone de un entrevistador experto en población migrante haitiana, con dominio del creole, sirviendo de enlace con los puntos focales en las provincias para la localización de los sujetos de estudio bajo los criterios de selección.

Para el efecto se planificó realizar las entrevistas por provincia, con población dominicana y haitiana, mediante cuestionarios auto aplicables y diseñados en idioma creole y español, en reuniones concertadas en el seno de las comunidades señaladas según grupo poblacional, respectivamente.

La logística montada en las cinco provincias contó con el apoyo de líderes y lideresas de las comunidades intervenidas, lo cual facilitó las convocatorias de las personas entrevistadas en las provincias.

Se realizaron las entrevistas a población inmigrante haitiana y a dominicanos en cada localidad y de acuerdo a las facilidades evidenciadas en la población estudiada para la aplicación de los instrumentos, descritas a continuación:



Entrevistas aplicadas según Provincias

Dajabón

La población encuestada fueron comerciantes, motoristas, empleados públicos y chiriperos, con la particularidad de presentar inconvenientes para dejar sus puestos de trabajo para participar en los encuentros grupales para la autoaplicación del cuestionario; razón por la cual se optó por realizar entrevistas individuales en los lugares de trabajo y directamente en las casas de residencia en las que exponían sus mercancías al público.

Elías Piña

En esta provincia el proceso de desarrollo de las entrevistas fue mixto, se realizaron reuniones grupales y entrevistas individuales, por las mismas razones que Pedernales; por lo que el tiempo también se multiplicó al realizar las entrevistas individuales y el movimiento de un lugar a otro; sin embargo, fue la provincia en que los inmigrantes haitianos mostraron mayor confianza en dar datos y nombres. Esto pudiera relacionarse por el apoyo del síndico del municipio cabecera.

Pedernales

En la provincia Pedernales las entrevistas sí pudieron realizarse en diferentes reuniones de grupo previamente convocados, y al igual que en Jimaní se contó con la colaboración no solo del líder contacto de la comunidad, sino también con las iglesias de la zona, quienes después del culto cedían el espacio para el encuentro; además, se tenía a favor que muchos de sus fieles accedían a participar de la investigación.

Pero debido a errores identificados en el llenado del cuestionario, y la poca instrucción educativa contactada se prefirió la intervención del entrevistador, razón por la cual muchos de ellos fueron entrevistados por este para asegurar la calidad de la información que se recogía.

Monte Cristi

En la provincia Monte Cristi las entrevistas a la población dominicana se realizaron como lo previsto. Se convocó a reuniones en diferentes barrios de la localidad, y ya en las



reuniones, una vez presentados e informados de la actividad los participantes pasaron a llenar los cuestionarios.

En el caso de la población haitiana se presentaron inconvenientes o imprevistos para poder realizar las reuniones debido a que la mayoría de los trabajadores haitianos laboran en las plantaciones de guineo campo adentro, por lo que se optó por trabajar con los haitianos y haitianas que se localizan en diferentes secciones cercanas del municipio cabecera, en sus hogares, o en sus lugares de trabajo en el caso de los comerciantes, chiriperos, carpinteros, albañiles y amas de casas; fueron aplicadas por el entrevistador siguiendo a cabalidad el mismo cuestionario guía diseñado. Este inconveniente multiplicó los días de trabajo, pero las entrevistas se realizaron con la calidad esperada.

Independencia

Jimaní fue la primera provincia trabajada, y en la que se respetó a cabalidad el concepto de trabajo colectivo auto aplicable del cuestionario con ambas poblaciones metas, razón por la cual pudo culminarse en un solo día el trabajo previsto.

En detalle, se planificaron y desarrollaron sesiones de trabajo mañana, tarde y noche en reuniones grupales convocadas en el Centro Comunal de la localidad y en las iglesias. Ya en los encuentros, una vez hechas las presentaciones de rigor de la mano del líder local, las entrevistadoras explicaron a los entrevistados los objetivos de la investigación y la lógica de las opciones de respuestas, para luego cada quien llenar los cuestionarios requeridos.

3.8. Aspectos Éticos

Para la investigación, se utilizó un consentimiento informado, de manera personal y escrita, explicando el propósito de la investigación y la motivación a la aceptación de participar en el estudio, aclarando la finalidad académica y el uso confidencial de los datos. Al mismo tiempo, se orienta sobre los servicios de salud a disposición en cada provincia y municipio cabecera para el beneficio de los encuestados a partir de los datos obtenidos en el estudio.



Una vez recibida la aprobación para desarrollar el estudio, se hizo un acuerdo de confidencialidad para salvaguardar la identidad de los y las entrevistados.

3.9. Método Estadístico

Estadística descriptiva mediante tablas de distribución de frecuencia y porcentaje de valores absolutos, medido de tendencia central (moda, mediana, media) y medido de dispersión (desviaciones), como la representación gráfica en barras, sectorial, lineal e histogramas. Esto se realizó mediante el programa de análisis estadístico SPSSv22.

En todos los casos, como grado de significación estadística se empleó un valor de $p < 0,05$ y la aplicación estadística fue el paquete SPSS® versión 22.

3.10. Limitaciones

Tomando en consideración que la dinámica prevista para recoger las informaciones de la investigación establecía la aplicación de un cuestionario previamente estructurado, y autoaplicable, sin embargo se vio la necesidad de obviar la autoaplicabilidad en algunas provincias, debido a:

1. Los entrevistados no respondían las preguntas acorde a la lógica de la escala utilizada al no entenderla por su bajo nivel de instrucción educativa.
2. Una parte considerable hubo de aplicarse de forma personalizada debido al alto nivel de analfabetismo que persiste aún en aquellos que decían ser recién graduados en el programa de alfabetización “Quisqueya aprende contigo”.
3. Algunos prefirieron el acompañamiento personalizado porque entendían que tomaría menos tiempo dado que el cuestionario lo percibían extenso, y en verdad creían que el proceso de entendimiento de las informaciones que se requerían lo podían adquirir más ágilmente si el encuestador hacía las preguntas y sus respectivas explicaciones cada vez que fuera necesario.

Otro elemento a hacer notar es que, en el caso de los inmigrantes haitianos, un porcentaje alto presentó inconvenientes para dar su nombre. Unos optaron por dar nombres sin apellidos, mientras otros prefirieron dar nombres falsos o un simple apodo.



Los instrumentos utilizados no han sido validados para población dominicana y haitiana. Aunque sí han sido validados y utilizados en múltiples ocasiones para este tipo de estudio en Cuba, Argentina, Chile, España, entre otros.





CAPÍTULO 4. RESULTADOS





4.1. Caracterización de los factores sociodemográficos de la población estudiada.

Distribución por provincia y país de nacimiento

La distribución de la muestra (n=352) por país de nacimiento estuvo comprendida en un 46.3% (n=163) para la población haitiana y un 53.7% (n=189) para la población dominicana (Ver tabla 4.1.1. y Gráfico 4.1.2.). El Municipio de menor representatividad para ambas poblaciones fue Montecristi. (Ver Tabla 4.1.1. y Gráfico 4.1.1. sobre la distribución de la muestra por Municipio y país de nacimiento)

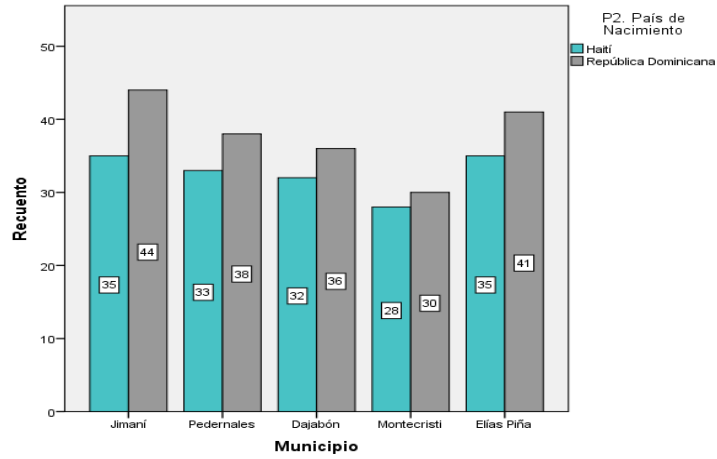
Tabla 4.1.1. Identificación muestral por provincia y país de nacimiento

Municipio	P2. País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Jimaní	35	44.3%	44	55.7%	79	100.0%
Pedernales	33	46.5%	38	53.5%	71	100.0%
Dajabón	32	47.1%	36	52.9%	68	100.0%
Montecristi	28	48.3%	30	51.7%	58	100.0%
Elías Piña	35	46.1%	41	53.9%	76	100.0%
Total	163	46.3%	189	53.7%	352	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

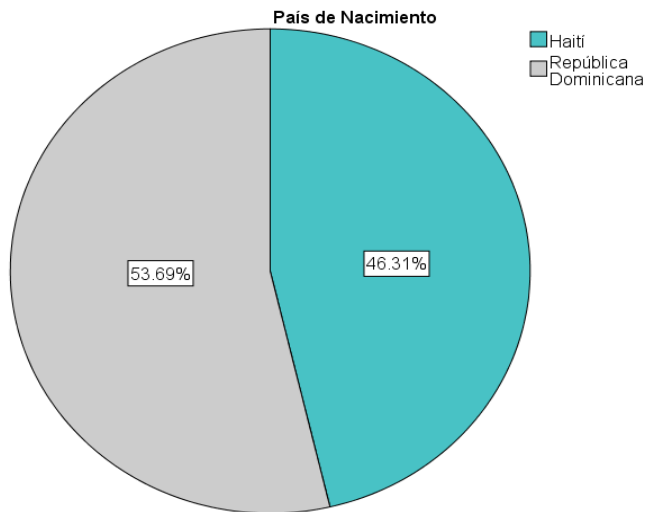


Gráfico 4.1.1.1. Identificación muestral por provincia y país de nacimiento



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.1.1.2. Identificación muestral por país de nacimiento



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Distribución por provincia y país de nacimiento según sexo

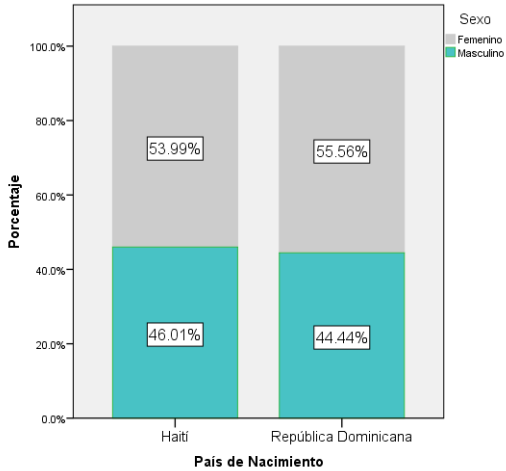
El 54.86 % (n=352) de la muestra correspondió al sexo femenino. Esta distribución fue similar para ambas poblaciones (Ver Gráfico 4.1.2.1 y Gráfico 4.1.2.2)

Tabla 4.1.2. Identificación muestral por provincia y país de nacimiento según sexo

Municipio	Haití		República Dominicana		Total	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Jimaní	21	14	30	14	51	28
Pedernales	18	15	24	14	42	29
Dajabón	19	13	9	27	28	40
Montecristi	12	16	18	12	30	28
Elias Piña	18	17	24	17	42	34
Total	88	75	105	84	193	159

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

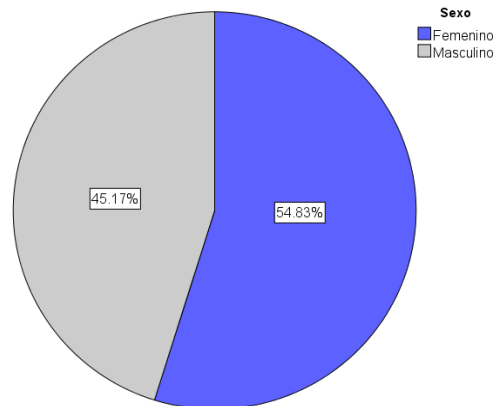
Gráfico 4.1.2.1. Identificación muestral por país de nacimiento según sexo



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.1.2.2. Identificación muestral por sexo

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Distribución de la población según grupo de edad

La media de edad de la muestra fue de un 37.91 (n=342 para un 97.2% de la muestra, correspondientes a los casos válidos), con un mínimo de 18 y un máximo de 90 años de edad. Al hacer la distribución por grupo de edad se identificó que la población haitiana residente en la frontera es más joven que la población dominicana estudiada. (ver tabla 4.1.3. y Gráfico 4.1.3.1.) La media de la población haitiana fue de 30.54 mientras que la dominicana fue de 44.16 años de edad.

Tabla 4.1.3. Identificación muestral por país de nacimiento según grupos de edad.

Grupos de edad	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
24 años o menos	54	34.4%	32	17.3%	86	25.1%
25 a 34 años	60	38.2%	30	16.2%	90	26.3%
35 a 44 años	23	14.6%	32	17.3%	55	16.1%
45 a 54 años	13	8.3%	39	21.1%	52	15.2%
55 a 64 años	5	3.2%	25	13.5%	30	8.8%
65 a 74 años	2	1.3%	20	10.8%	22	6.4%
75 años o más	0	0.0%	7	3.8%	7	2.0%
Total	157	100.0%	185	100.0%	342	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		P2. País de Nacimiento
Chi-cuadrado		63.293
Grupos de Edad	gl	6
	Sig.	.000*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.

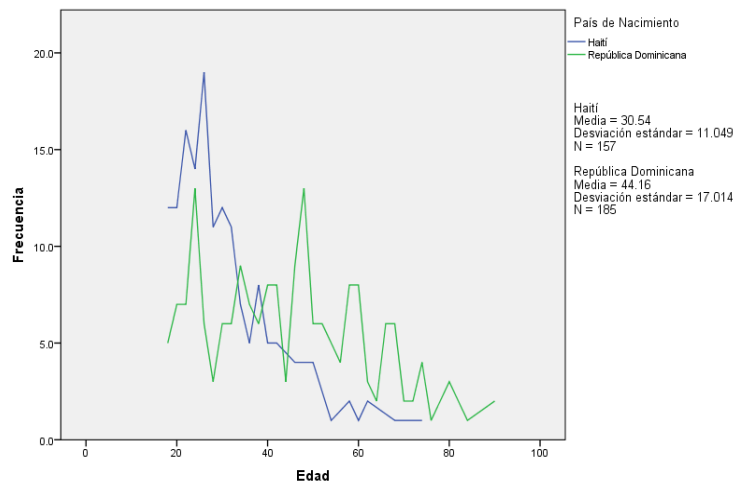
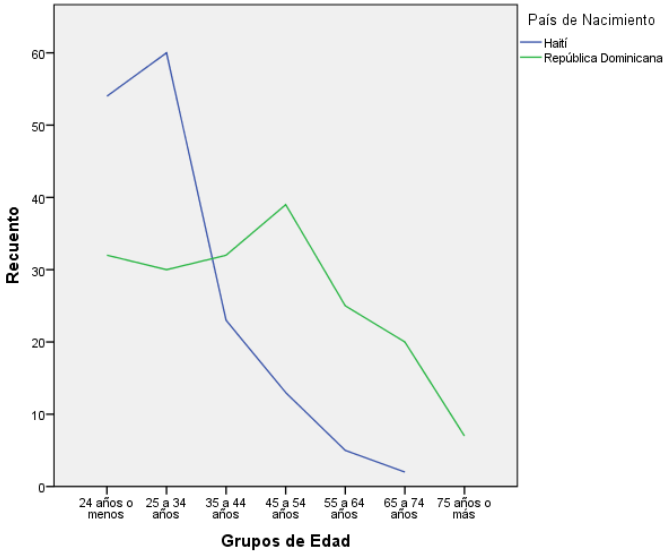
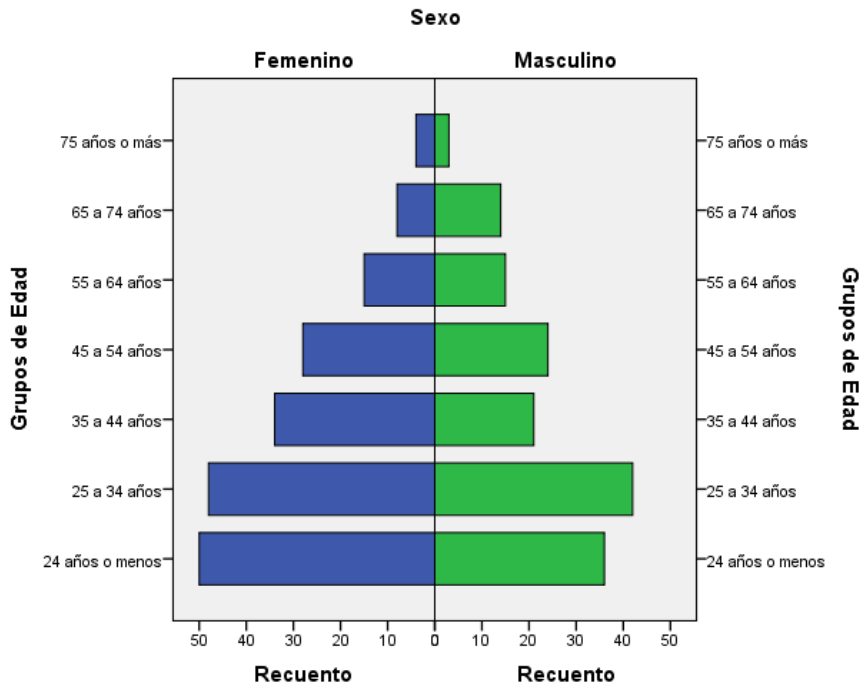


Gráfico 4.1.3.1. Identificación muestral por país de nacimiento según grupos de edad.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.1.3.2. Identificación muestral por país de nacimiento según grupos de edad y sexo.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Distribución de la población según su estado civil

El 36.4 % de la muestra se encuentra en Unión Libre (ver Tabla 4.1.4. y Gráfico 4.1.4.1.), siendo su mayoría de origen dominicano. La población haitiana se encuentra en su mayoría en el estado de soltero o en unión libre, mientras que la dominicana predomina en unión libre con aproximadamente igual proporción en la condición de Soltero (33%). La población haitiana presentó mayor porcentaje en relación a los dominicanos en el estado de Casado.

Tabla 4.1.4. Identificación muestral por país de nacimiento según el estado civil.

Estado Civil	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Casado	44	28.6%	26	13.9%	70	20.5%
Unión Libre	48	31.2%	76	40.6%	124	36.4%
Divorciado/Separado	4	2.6%	13	7.0%	17	5.0%
Viudo	6	3.9%	9	4.8%	15	4.4%
Soltero	52	33.8%	63	33.7%	115	33.7%
Total	154	100.0%	187	100.0%	341	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		P2. País de Nacimiento
P3. Estado Civil	Chi-cuadrado	20.011
	gl	5
	Sig.	.001*

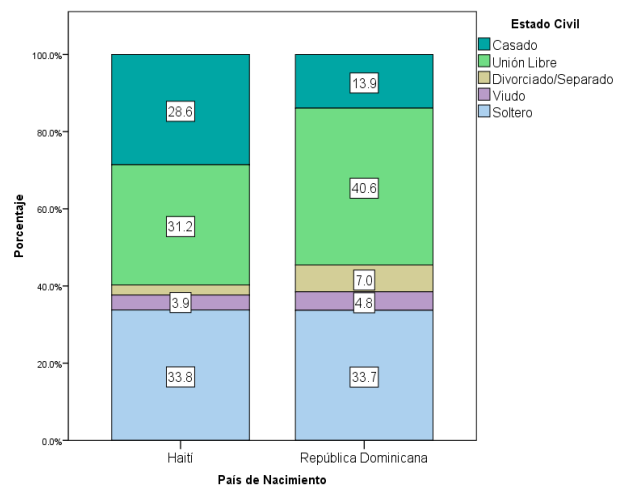
Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.1.4.1. Identificación muestral por país de nacimiento según el estado civil.

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Tiempo de residencia de la población haitiana

La mayor cantidad de la población haitiana estuvo en el rango de 5 años o menos de residencia para un 36.8% (Ver Tabla 4.1.5 y Gráfica 4.1.5.1.A.), con una media de 11.58 años residiendo en la provincia. Con relación a la media por sexo, fue para las Mujeres de 11.24 y los Hombres 11.98 (Ver Gráfico 4.1.5.1.B). La provincia con menor tiempo de residencia fue Dajabón con una media de 6.33 años (Ver informe: cantidad de años residiendo en la provincia)

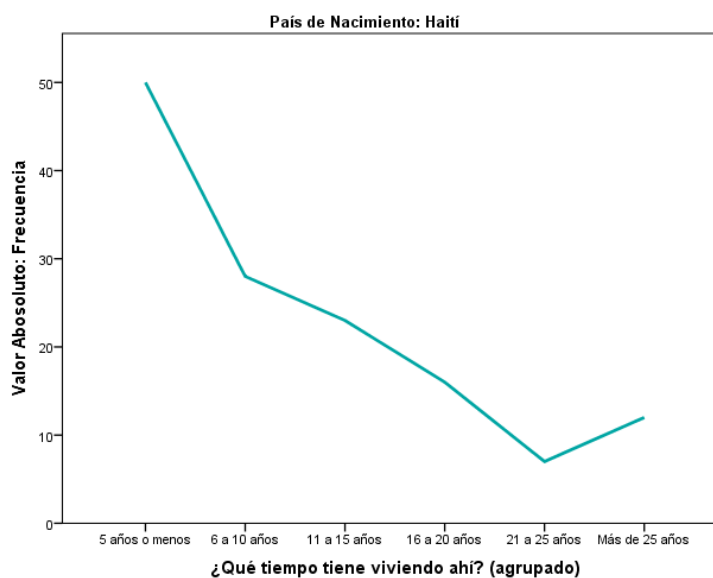
Tabla 4.1.5. Distribución de la población haitiana por tiempo de residencia en la frontera según sexo.

¿Qué tiempo tiene viviendo ahí? (agrupado)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Recuento	% del N columna	Recuento	% del N columna	Recuento	% del N columna
5 años o menos	31	41.9%	19	30.6%	50	36.8%
6 a 10 años	14	18.9%	14	22.6%	28	20.6%
11 a 15 años	10	13.5%	13	21.0%	23	16.9%
16 a 20 años	8	10.8%	8	12.9%	16	11.8%
21 a 25 años	3	4.1%	4	6.5%	7	5.1%
Más de 25 años	8	10.8%	4	6.5%	12	8.8%
Total	74	100.0%	62	100.0%	136	100.0%

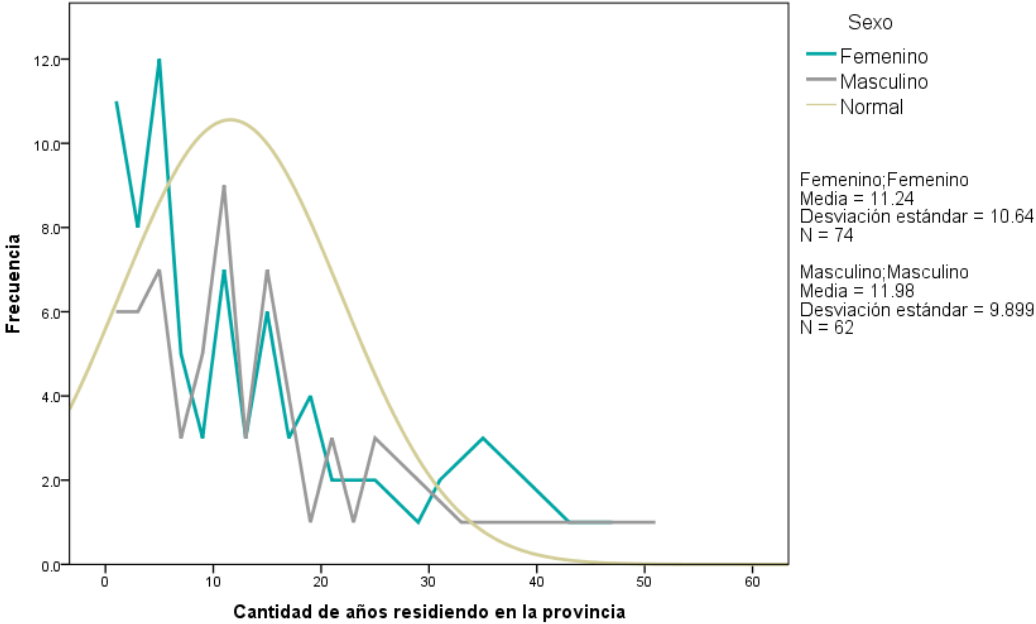
Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfica 4.1.5.1.A.
Distribución de la población haitiana por tiempo de residencia en su provincia.

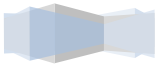
Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Gráfica 4.1.5.1.B. Distribución de la población haitiana por tiempo de residencia en su provincia según sexo



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Tipo de vivienda en la que vive en su lugar de residencia.

El 64% de la población haitiana reside en viviendas alquiladas, a diferencia de la población dominicana que presenta el 60% de casa propia. (Ver tabla 4.1.6 y Gráfico 4.1.6.1)

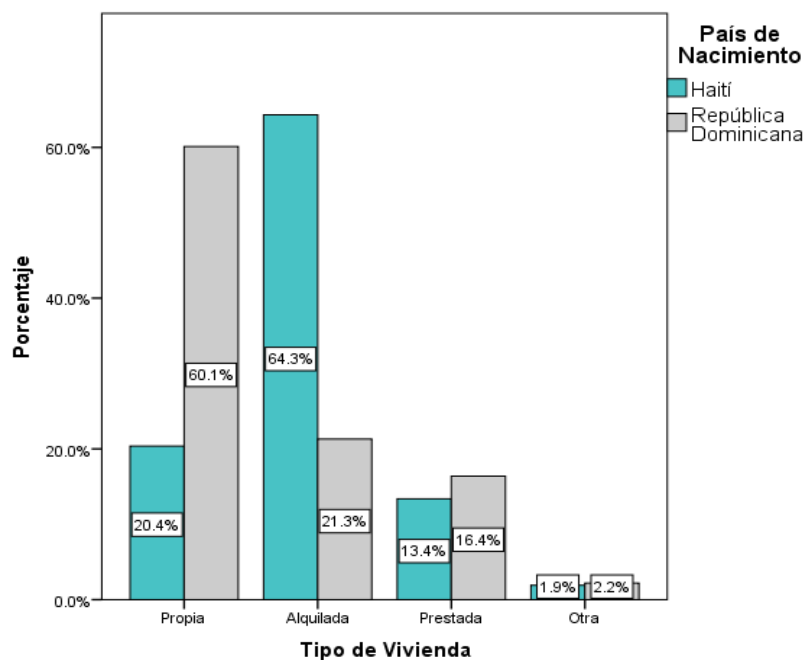
Tabla 4.1.6. Distribución de la población estudiada de acuerdo al tipo de vivienda y país de nacimiento.

Tipo de Vivienda	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Propia	32	20.4%	110	60.1%	142	41.8%
Alquilada	101	64.3%	39	21.3%	140	41.2%
Prestada	21	13.4%	30	16.4%	51	15.0%
Otra	3	1.9%	4	2.2%	7	2.1%
Total	157	100.0%	183	100.0%	340	100.0%

N=340 / Se excluyeron 12 casos con valor=0 (Sin respuesta)

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.1.6.1 Distribución porcentual de la población estudiada de acuerdo al tipo de vivienda y país de nacimiento.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Estadísticos descriptivos

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media		Desviación estándar
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico
P5. Tipo de Vivienda	352	4	0	4	1.71	.044	.827
N válido (por lista)	352						

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de persona	-.205	.053	-3.926	.000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.264	.053	-5.115	.000 ^c
N de casos válidos		352			

- a. No se supone la hipótesis nula.
- b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.
- c. Se basa en aproximación normal.



Estado de alfabetización y nivel educativo de la población estudiada

El 28.8% de la población haitiana es iletrada. La población dominicana presentó un índice de analfabetismo de 7.9%. (Ver Tabla 4.1.7 y Gráfico 4.1.7.1)

De los haitianos alfabetizados, el 65.1% alcanzó un nivel primario y solo 31.1% un nivel secundario. Con relación al nivel universitario, los nacionales haitianos presentaron un 1.9% a diferencia de los dominicanos que alcanzaron en este nivel un 30% (Ver tabla 4.1.8 y Gráfico 4.1.8.1)

Tabla 4.1.7. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.

¿Sabe leer y escribir?	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla
Si	113	69.3%	174	92.1%	287	81.5%
No	47	28.8%	15	7.9%	62	17.6%
Sin respuesta	3	1.8%	0	0.0%	3	.9%
Total	163	100.0%	189	100.0%	352	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Tabla 4.1.8. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.

Nivel Educativo Alcanzado	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla
Primaria	69	65.1%	60	35.3%	129	46.7%
Secundaria	33	31.1%	57	33.5%	90	32.6%
Técnica	2	1.9%	2	1.2%	4	1.4%
Universitario	2	1.9%	51	30.0%	53	19.2%
Total	106	100.0%	170	100.0%	276	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

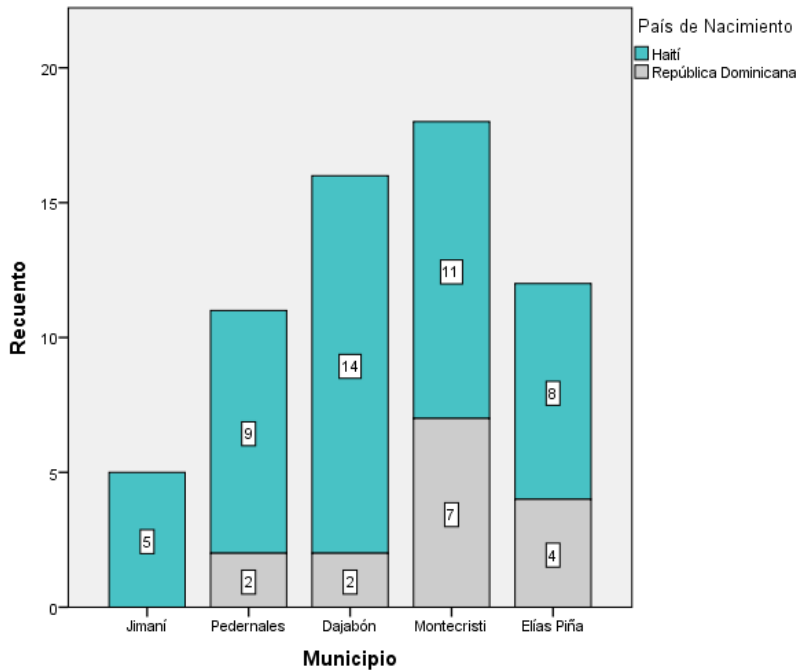
Bootstrap para Medidas simétricas

	Valor	Bootstrap ^a				
		Sesgo	Error estándar	95% de intervalo de confianza		
				Inferior	Superior	
Intervalo por intervalo R de persona	- .181	.003	.050	- .269	- .072	
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	.173	.005	.051	.077	.281	
N de casos válidos	352	0	0	352	352	

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados del bootstrap se basan en 352 muestras de bootstrap

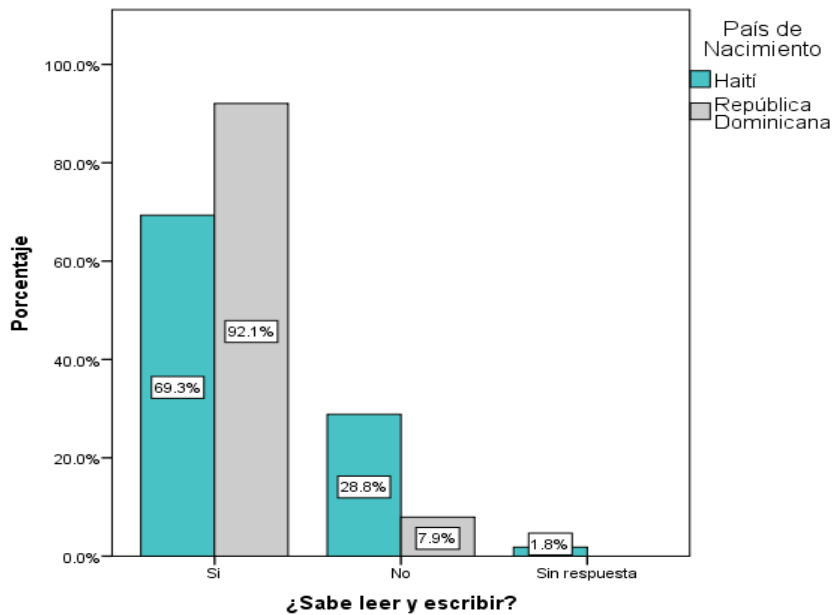


Gráfico 4.1.7.1. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

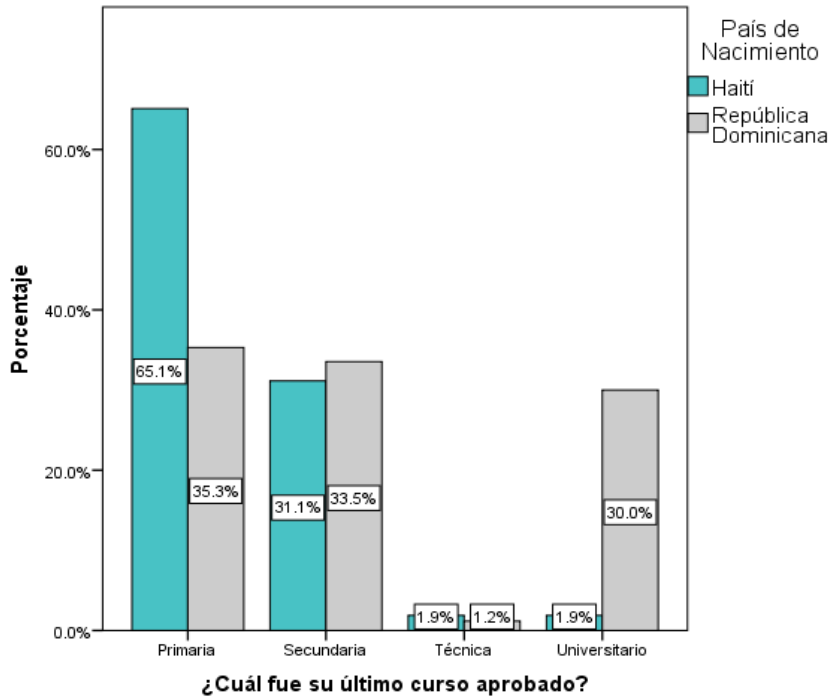
Gráfico 4.1.7.2. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Gráfico 4.1.8.1. Identificación muestral por país de nacimiento según estado de alfabetización.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Estado laboral de la población estudiada

En ambas poblaciones el mayor porcentaje correspondió a los que si trabajan, siendo esta proporción mayor en el sexo masculino tanto para nacionales haitianos (59.1%) como para nacionales dominicanos (62.9%). (Ver Tabla 4.1.9. y Gráfico 4.1.9.1)

La actividad económica más predominante en la población haitiana fue el comercio al por mayor y menor, siendo Elías Piña la de mayor predominio. Mientras que la población dominicana obtuvo un mayor dato porcentual en la categoría de otros servicios correspondientes al servicio doméstico, trabajo técnico, empleado privado y relacionados a la educación. (Ver Tabla 4.1.10 y Gráfico 4.1.10.1)

Tabla 4.1.9. Identificación muestral por país de nacimiento según estado laboral y sexo

		P2. País de Nacimiento					
		Haití		República Dominicana		Total	
Sexo	¿Trabaja?	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Femenino	Si	52	59.1%	66	62.9%	118	61.1%
	No	32	36.4%	36	34.3%	68	35.2%
	Sin respuesta	4	4.5%	3	2.9%	7	3.6%
	Total	88	100.0%	105	100.0%	193	100.0%
Masculino	Si	63	84.0%	67	79.8%	130	81.8%
	No	10	13.3%	16	19.0%	26	16.4%
	Sin respuesta	2	2.7%	1	1.2%	3	1.9%
	Total	75	100.0%	84	100.0%	159	100.0%
Total	Si	115	70.6%	133	70.4%	248	70.5%
	No	42	25.8%	52	27.5%	94	26.7%
	Sin respuesta	6	3.7%	4	2.1%	10	2.8%
	Total	163	100.0%	189	100.0%	352	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Estadísticos descriptivos

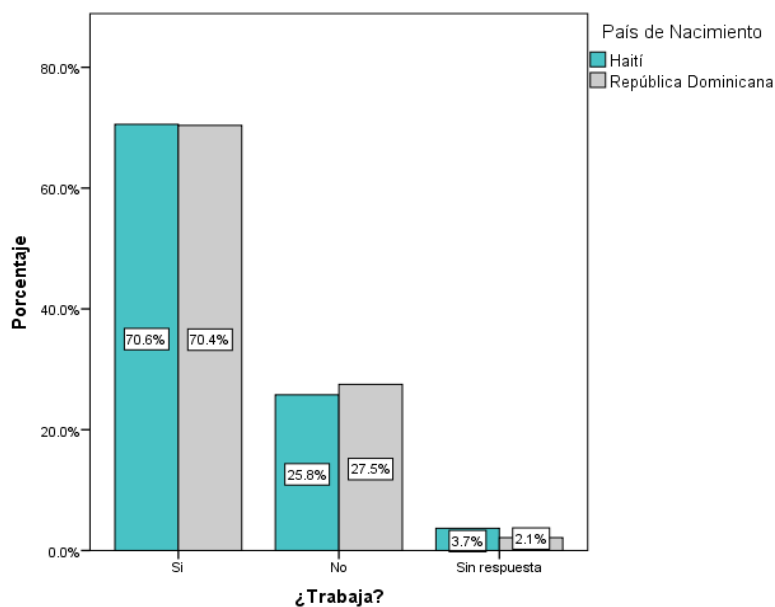
		Estadístico	Error estándar	Bootstrap ^a			
				Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza a 95%	
						Inferior	Superior
P8. ¿Trabaja?	N	352		0	0	352	352
	Rango	2					
	Media	1.24	.026	.00	.03	1.18	1.29
	Desviación estándar	.489		.000	.018	.448	.525
	N	352		0	0	352	352
	Desviación estándar	.489		.000	.018	.448	.525

Tabla 4.1.10. Tipo de actividad económica que realiza la población estudiada según país de nacimiento

Actividad Económica	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Agricultura y ganadería	4	4.3%	5	4.3%	9	4.3%
Explotación de minas y canteras	3	3.2%	0	0.0%	3	1.4%
Industrias manufactureras	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Suministro de electricidad, gas y agua	2	2.1%	7	6.0%	9	4.3%
Construcción	12	12.8%	7	6.0%	19	9.0%
Comercio al por mayor y menor	46	48.9%	12	10.3%	58	27.5%
Hoteles y restaurantes	5	5.3%	2	1.7%	7	3.3%
Transporte y almacenamiento	3	3.2%	9	7.7%	12	5.7%
Intermediación financiera y seguros	1	1.1%	0	0.0%	1	.5%
Administración pública y defensa	2	2.1%	14	12.0%	16	7.6%
Otros servicios**	16	17.0%	61	52.1%	77	36.5%
Total	94	100.0%	117	100.0%	211	100.0%

** Otros servicios corresponden al servicio doméstico, trabajo técnico, empleado privado y relacionados a la educación.
 Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

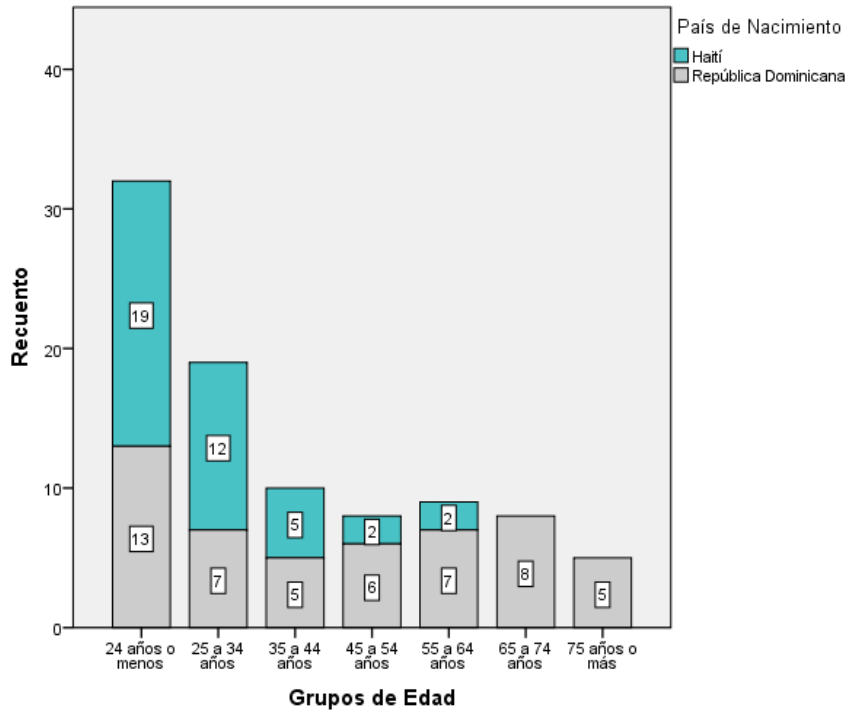
Gráfico 4.1.9.1. Estado laboral de la población estudiada según país de nacimiento



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

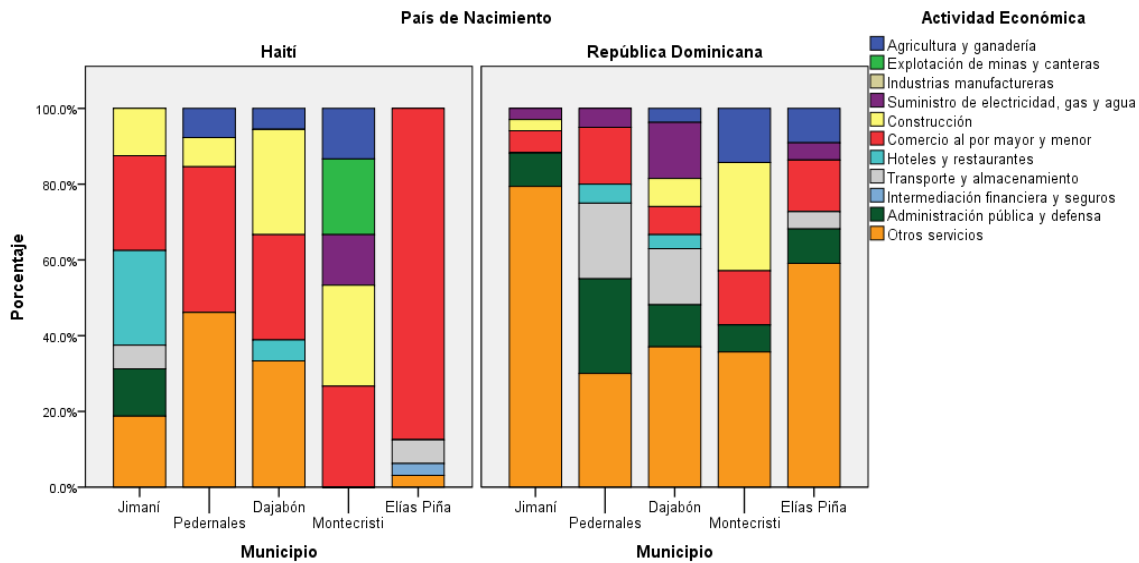


Grafico 4.1.9.2. Población que no trabaja según país de nacimiento y grupos de edad.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Grafico 4.1.10.1. Actividad Económica de la población estudiada según país de nacimiento y Municipio de residencia



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



4.2. Descripción de las probables alteraciones psicosociales identificados en el cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ28) de las poblaciones estudiadas.

Estado de Salud General (GHQ28) de la población estudiada

En la muestra, las puntuaciones en las escalas del Cuestionario GHQ de Golberg son diferentes entre las dos poblaciones. La población haitiana obtuvo una mayor cantidad de personas puntuadas por encima del punto de corte 5 en todas las subescalas, con mayor frecuencia en la subescala A y subescala B. (Ver tabla 4.2.1)

En las puntuaciones totales del Cuestionario, se observa la mayor presencia de casos para la población haitiana, con un chi-cuadrado significativo en el nivel .05. La población haitiana presenta casos positivos en un 62.7% (GHQ total, punto de corte ≥ 6) y 65.1% (CGHQT total, punto de corte ≥ 13) respecto a la población dominicana. (Ver tabla 4.2.2.)

Tabla 4.2.1. Distribución de la población muestral por país de nacimiento según su estado de salud general (GHQ28) por subescalas

Ítem s del GHQ28		País de Nacimiento					
		Haití		República Dominicana		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Presencia de síntomas somáticos (SubEscala A)	No caso (≤ 5)	135	82.8%	172	91.0%	307	87.2%
	Caso (≥ 6)	28	17.2%	17	9.0%	45	12.8%
	Total	163	100.0%	189	100.0%	352	100.0%
Ansiedad e insomnio (SubEscala B)	No caso (≤ 5)	137	84.0%	170	89.9%	307	87.2%
	Caso (≥ 6)	26	16.0%	19	10.1%	45	12.8%
	Total	163	100.0%	189	100.0%	352	100.0%
Disfunción social (SubEscala C)	No caso (≤ 5)	157	96.3%	188	99.5%	345	98.0%
	Caso (≥ 6)	6	3.7%	1	.5%	7	2.0%
	Total	163	100.0%	189	100.0%	352	100.0%
Depresión Grave (SubEscala D)	No caso (≤ 5)	146	89.6%	186	98.4%	332	94.3%
	Caso (≥ 6)	17	10.4%	3	1.6%	20	5.7%
	Total	163	100.0%	189	100.0%	352	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Tabla 4.2.2. Distribución de la población muestral por país de nacimiento según su estado de salud general (GHQ28)

País de Nacimiento	Puntuación GHQ Total (agrupado)						Puntuación CGHQ Total (agrupado)					
	Caso (>=6)		No Caso (<=5)		Total		Caso (>=13)		No Caso (<=12)		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Haití	111	62.7%	52	29.7%	163	46.3%	110	65.1%	53	29.0%	163	46.3%
República Dominicana	66	37.3%	123	70.3%	189	53.7%	59	34.9%	130	71.0%	189	53.7%
Total	177	100.0%	175	100.0%	352	100.0%	169	100.0%	183	100.0%	352	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Puntuación GHQ Total (agrupado)	Puntuación CGHQ Total (agrupado)
P2. País de Nacimiento	Chi-cuadrado	38.536	46.121
	gl	1	1
	Sig.	.000*	.000*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.



Caracterización Socio demográfica de los casos identificados en el GHQ28

Distribución Geográfica Fronteriza.

De acuerdo a la distribución geográfica de la población los mayores casos para la población inmigrante de acuerdo a las puntuaciones totales del GHQ, se encontraron en Pedernales, mientras que en la dominicana fue Elías Piña (Ver Tabla 4.2.2). En la población inmigrante haitiana por subescala, se evidenció que el mayor porcentaje de las Subescalas A (32.1%) y B (30.8%) se encontró en Elías Piña y Pedernales (25% y 26.9%). Mientras que, la Subescala D sobre Depresión Grave, fue mayor en Pedernales (47.1%). (Ver Tabla 4.2.9)

Tabla 4.2.2. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Municipio

Municipio	Haití				República Dominicana				Total			
	GHQT Caso (>=6)		CGHQT Caso (>=13)		GHQT Caso (>=6)		CGHQT Caso (>=13)		GHQT Caso (>=6)		CGHQT Caso (>=13)	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Jimaní	13	11.7%	18	16.4%	12	18.2%	10	16.9%	25	14.1%	28	16.6%
Pedernales	31	27.9%	32	29.1%	11	16.7%	13	22.0%	42	23.7%	45	26.6%
Dajabón	21	18.9%	17	15.5%	10	15.2%	7	11.9%	31	17.5%	24	14.2%
Montecristi	20	18.0%	22	20.0%	13	19.7%	12	20.3%	33	18.6%	34	20.1%
Elías Piña	26	23.4%	21	19.1%	20	30.3%	17	28.8%	46	26.0%	38	22.5%
Total	111	100.0%	110	100.0%	66	100.0%	59	100.0%	177	100.0%	169	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		P2. País de Nacimiento			
		Haití		República Dominicana	
		Puntuación GHQ Total (agrupado)	Puntuación CGHQ Total (agrupado)	Puntuación GHQ Total (agrupado)	Puntuación CGHQ Total (agrupado)
Municipio	Chi-cuadrado	26.431	22.656	6.937	7.042
	gl	4	4	4	4
	Sig.	.000*	.000*	.139	.134

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.



Grupos de Edad

En los inmigrantes haitianos el grupo de Edad más afectado estuvo entre los 25 y los 34 años de edad (Ver Tabla 4.2.3.), mayormente en las Subescalas A y B (Ver Tabla 4.2.9). En los dominicanos el grupo más afectado fue el de 45 a 54 años (Ver Tabla 4.2.3.), estos presentaron mayores síntomas en la Subescala B. (Ver tabla 4.2.10.)

Tabla 4.2.3. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Grupos de Edad

Grupos de edad	País de Nacimiento							
	Haití				República Dominicana			
	Puntuación GHQ Total		Puntuación CGHQ Total		Puntuación GHQ Total		Puntuación CGHQ Total	
	Caso (>=6)		Caso (>=13)		Caso (>=6)		Caso (>=13)	
Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	
24 años o menos	34	31.8%	35	33.3%	12	18.8%	12	21.1%
25 a 34 años	42	39.3%	41	39.0%	10	15.6%	9	15.8%
35 a 44 años	18	16.8%	18	17.1%	11	17.2%	12	21.1%
45 a 54 años	8	7.5%	6	5.7%	18	28.1%	13	22.8%
55 a 64 años	4	3.7%	4	3.8%	5	7.8%	2	3.5%
65 a 74 años	1	.9%	1	1.0%	7	10.9%	5	8.8%
75 años o más	0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%	4	7.0%
Total	107	100.0%	105	100.0%	64	100.0%	57	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Puntuación GHQ Total (agrupado)	Puntuación CGHQ Total (agrupado)
Grupos de Edad	Chi-cuadrado	12.768	20.677
	gl	6	6
	Sig.	.047*	.002*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.

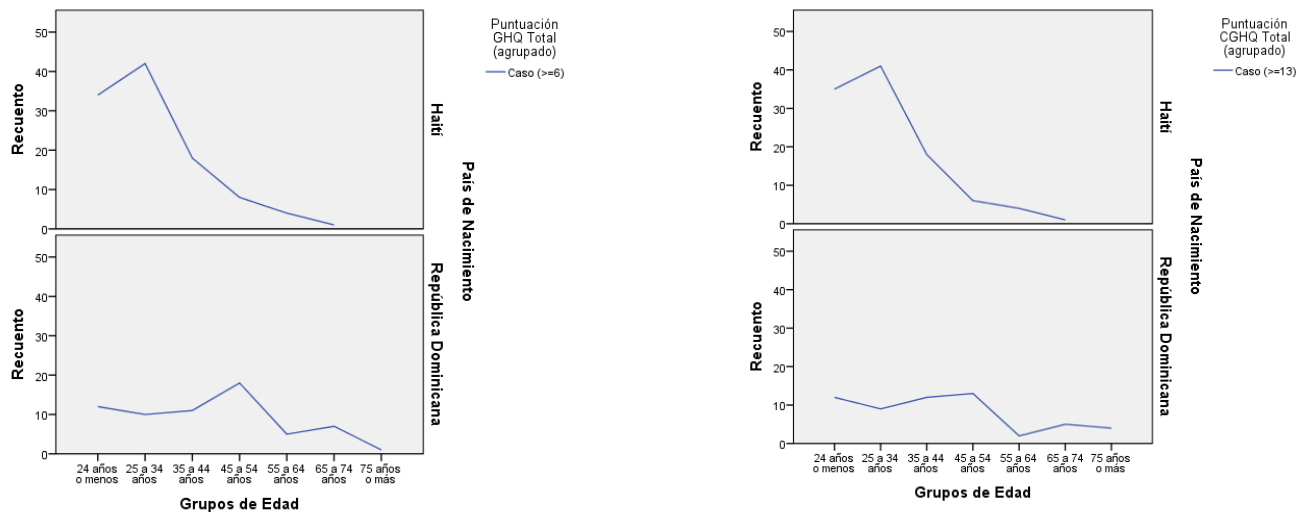


Bootstrap para Medidas simétricas

P2. País de Nacimiento			Valor	Bootstrap ^a			
				Sesgo	Error estándar	95% de intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
Haití	Intervalo por intervalo	R de persona	.045	.006	.086	-.123	.206
	Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	.070	.007	.086	-.110	.236
	N de casos válidos		157	0	9	138	175
República Dominicana	Intervalo por intervalo	R de persona	-.064	.002	.073	-.214	.089
	Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.059	.002	.074	-.213	.101
	N de casos válidos		185	0	9	167	204
Total	Intervalo por intervalo	R de persona	-.158	.001	.050	-.266	-.066
	Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.137	.002	.052	-.248	-.036
	N de casos válidos		342	0	0	342	342

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados del bootstrap se basan en 342 muestras de bootstrap

Gráfico 4.2.3.1. Distribución de la muestra con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según grupos de edad.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Sexo

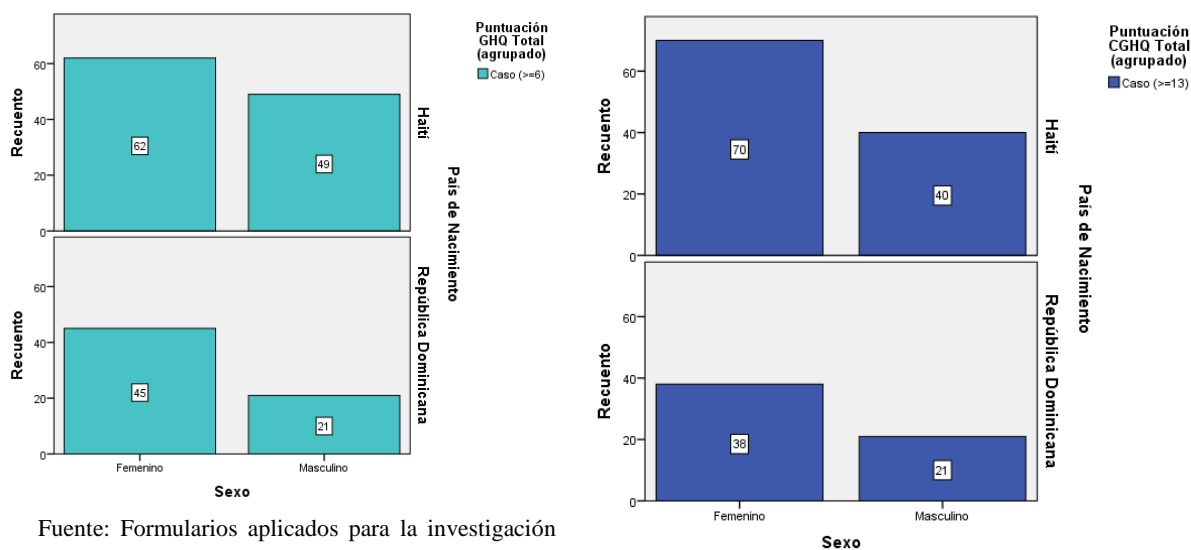
El sexo femenino presentó mayores casos en ambas poblaciones (Ver Tabla 4.2.4 y Gráfico 4.2.4.1), obteniendo la población haitiana mayor cantidad de casos en la Subescala A (17 casos), seguidos de la Subescala B (15 casos) y la Subescala D (13 casos). En el sexo masculino se encontraron 11 casos positivos para las Subescalas A y B en la población haitiana (Ver tabla 4.2.9) y 5 casos para ambas Subescalas en la domininicana (Ver Tabla 4.2.10).

Tabla 4.2.4. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Sexo

Sexo	País de Nacimiento							
	Haití				República Dominicana			
	Puntuación GHQ Total		Puntuación CGHQ Total		Puntuación GHQ Total		Puntuación CGHQ Total	
	Caso (>=6)		Caso (>=13)		Caso (>=6)		Caso (>=13)	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Femenino	62	55.9%	70	63.6%	45	68.2%	38	64.4%
Masculino	49	44.1%	40	36.4%	21	31.8%	21	35.6%
Total	111	100.0%	110	100.0%	66	100.0%	59	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.2.4.1. Distribución de la muestra con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según sexo.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Estado Civil

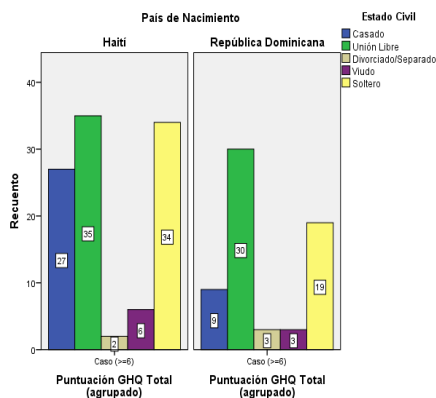
Sobre el Estado Civil, en ambas poblaciones se presentaron mayores casos en las puntuaciones totales del GHQ y CGHQ, en aquellos que se encontraban en Unión Libre (Ver Tabla 4.2.5 y Gráfico 4.2.5.1). La mayor cantidad de casos en dominicanos fueron las personas en Unión Libre con mayor representación en las Subescalas A y B (Ver Tabla 4.2.10). Mientras que, los inmigrantes haitianos Casados presentaron mayores casos de presencia de síntomas somáticos en la Subescala A (42.3%) y aquellos bajo Unión Libre en la Subescala B casos de ansiedad e insomnio (41.7%). El 50% de los casos de disfunción social que se encontraron en la Subescala C pertenecieron al grupo de los solteros (Ver tabla 4.2.9).

Tabla 4.2.5. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según su Estado Civil

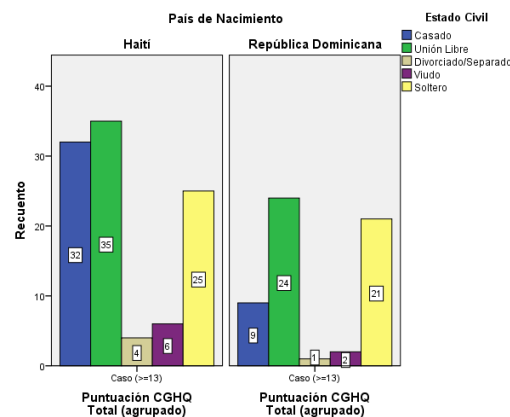
Estado Civil	País de Nacimiento							
	Haití				República Dominicana			
	Puntuación GHQ Total		Puntuación CGHQ Total		Puntuación GHQ Total		Puntuación CGHQ Total	
	Caso (>=6)		Caso (>=13)		Caso (>=6)		Caso (>=13)	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Casado	27	26.0%	32	31.4%	9	14.1%	9	15.8%
Unión Libre	35	33.7%	35	34.3%	30	46.9%	24	42.1%
Divorciado/Separado	2	1.9%	4	3.9%	3	4.7%	1	1.8%
Viudo	6	5.8%	6	5.9%	3	4.7%	2	3.5%
Soltero	34	32.7%	25	24.5%	19	29.7%	21	36.8%
Total	104	100.0%	102	100.0%	64	100.0%	57	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.2.5.1. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según su Estado Civil



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Alfabetización

Más del 30% de la población haitiana que se identificaron en el Cuestionario GHQ28 no sabe leer ni escribir (Ver tabla 4.2.6 y Gráfico 4.2.6.1), con mayor número de casos en la Depresión Grave (Subescala D) y en Ansiedad e Insomnio (Subescala B), con 8 y 7 casos respectivamente (Ver tabla 4.2.9). En el Caso de la población dominicana iletrada, se encontraron mayor cantidad de casos en las Subescala B (6 casos), seguida de la Subescala A (5 casos). (Ver Tabla 4.2.10)

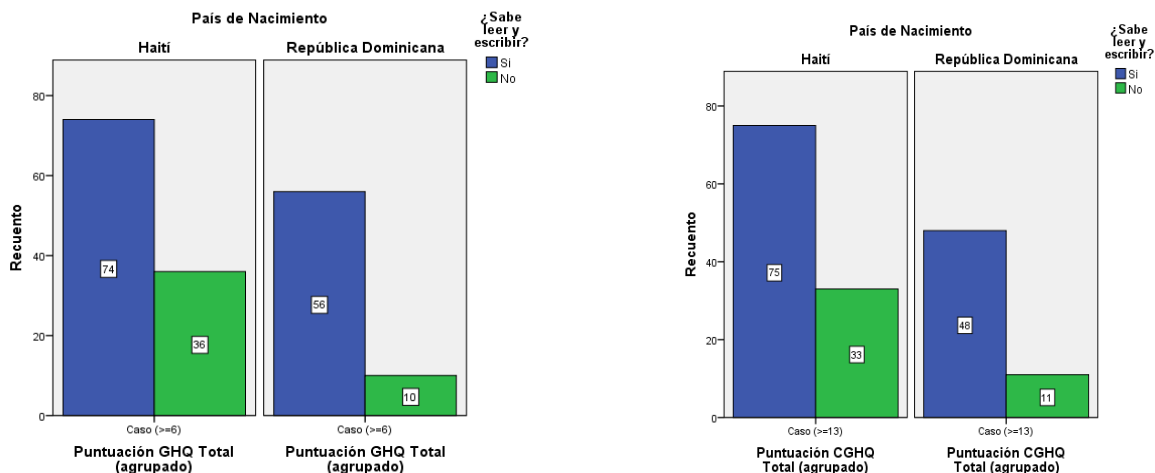
Tabla 4.2.6. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según estado de Alfabetización

P2. País de Nacimiento								
¿Sabe leer y escribir?	Haití				República Dominicana			
	Puntuación GHQ Total (agrupado)		Puntuación CGHQ Total (agrupado)		Puntuación GHQ Total (agrupado)		Puntuación CGHQ Total (agrupado)	
	Caso (≥ 6)		Caso (≥ 13)		Caso (≥ 6)		Caso (≥ 13)	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Si	74	67.3%	75	69.4%	56	84.8%	48	81.4%
No	36	32.7%	33	30.6%	10	15.2%	11	18.6%
Total	110	100.0%	108	100.0%	66	100.0%	59	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.2.6.1. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según estado de Alfabetización

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Situación Laboral

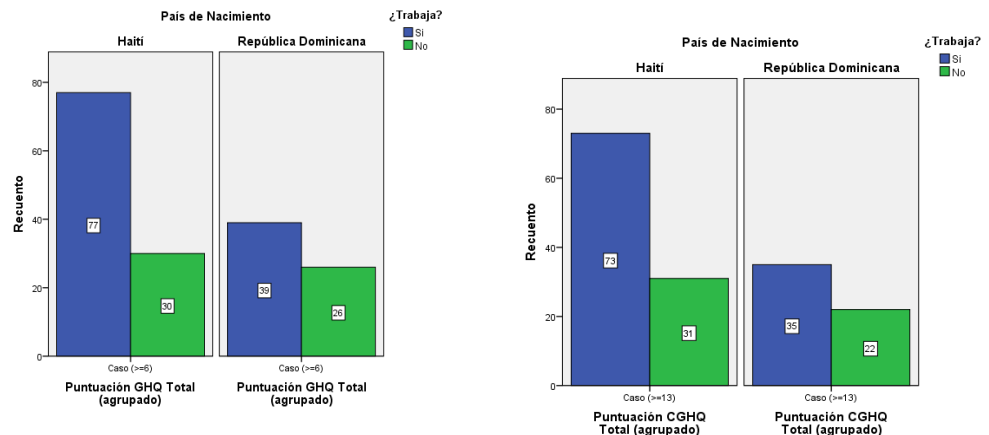
El mayor porcentaje de los casos encontrados para ambas poblaciones está en las personas que trabajan, siendo la mayoría inmigrantes haitianos. En el caso de las personas que no trabajan, los casos encontrados fueron mayores en los dominicanos, en relación a la proporción de país (Ver Tabla 4.2.7 y Gráfico 4.2.7.1). En el caso de los inmigrantes haitianos, los mayores casos se presentaron en la población que trabaja en las Subescalas A y B sobre Síntomas Somáticos (58.8%) y de Ansiedad (78.8%) (Ver Tabla 4.2.9). En la población dominicana se observa el mismo comportamiento en los resultados de las Subescalas A y B (Ver tabla 4.2.10).

Tabla 4.2.7. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Situación Laboral

¿Trabaja?	País de Nacimiento							
	Haití				República Dominicana			
	Puntuación GHQ Total (agrupado)		Puntuación CGHQ Total (agrupado)		Puntuación GHQ Total (agrupado)		Puntuación CGHQ Total (agrupado)	
	Caso (>=6)		Caso (>=13)		Caso (>=6)		Caso (>=13)	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Si	77	72.0%	73	70.2%	39	60.0%	35	61.4%
No	30	28.0%	31	29.8%	26	40.0%	22	38.6%
Total	107	100.0%	104	100.0%	65	100.0%	57	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.2.7.1. Distribución de la población estudiada con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según Situación Laboral



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Tiempo de residencia de inmigrantes haitianos en la Frontera

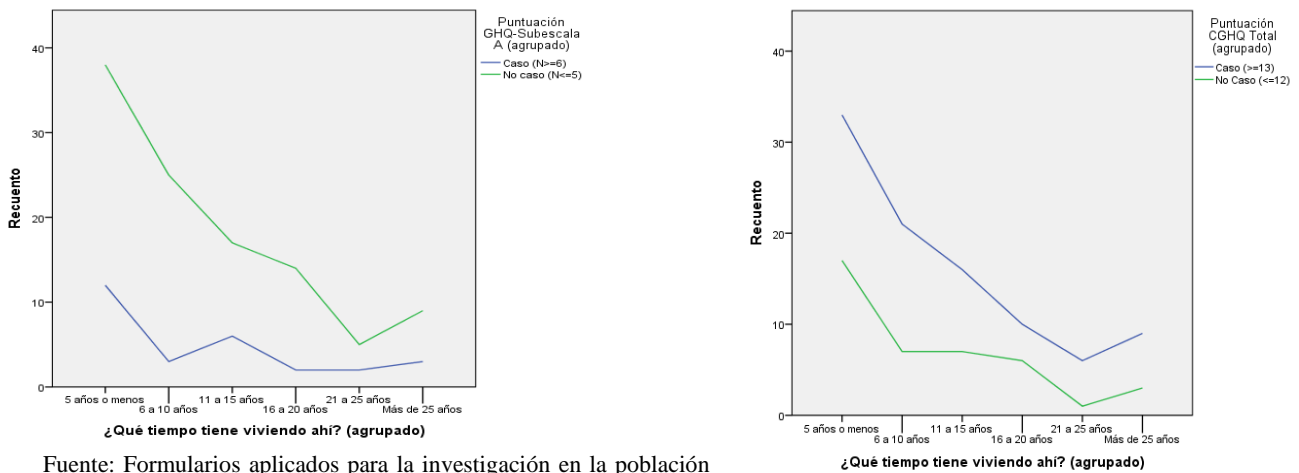
Los síntomas de alteraciones mentales más predominantes se encontraron las poblaciones que tienen 5 años o menos residiendo en la provincia (Ver Tabla 4.2.8 y Gráfico 4.2.8.1), siendo los síntomas somáticos y la depresión los que obtuvieron la mayoría de los casos (Ver tabla 4.2.9).

Tabla 4.2.8. Distribución de inmigrantes haitianos con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según tiempo de residencia

¿Qué tiempo tiene viviendo ahí? (agrupado)	Puntuación GHQ Total (agrupado)		Puntuación CGHQ Total (agrupado)	
	Caso (>=6)		Caso (>=13)	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
5 años o menos	38	38.0%	33	34.7%
6 a 10 años	18	18.0%	21	22.1%
11 a 15 años	18	18.0%	16	16.8%
16 a 20 años	12	12.0%	10	10.5%
21 a 25 años	6	6.0%	6	6.3%
Más de 25 años	8	8.0%	9	9.5%
Total	100	100.0%	95	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.2.8.1. Distribución de inmigrantes haitianos con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28) según tiempo de residencia



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Tabla 4.2.9. Caracterización de inmigrantes haitianos con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28)

Variables de perfil sociodemográfico	Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-							
	Síntomas somáticos (SubEscala A)		Ansiedad e insomnio (SubEscala B)		Disfunción social (SubEscala C)		Depresión Grave (SubEscala D)	
	Caso (>=6)		Caso (>=6)		Caso (>=6)		Caso (>=6)	
	R	%	R	%	R	%	R	%
Municipio								
Jimaní	1	3.6%	1	3.8%	2	33.3%	1	5.9%
Pedernales	7	25.0%	7	26.9%	3	50.0%	8	47.1%
Dajabón	4	14.3%	5	19.2%	0	0.0%	5	29.4%
Montecristi	7	25.0%	5	19.2%	1	16.7%	2	11.8%
Elías Piña	9	32.1%	8	30.8%	0	0.0%	1	5.9%
Grupos de Edad								
18 a 24	5	18.5%	6	24.0%	1	16.7%	8	47.1%
25 a 34	10	37.0%	11	44.0%	5	83.3%	8	47.1%
35 a 44	7	25.9%	4	16.0%	0	0.0%	1	5.9%
45 a 54	4	14.8%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%
55 a 64	0	0.0%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%
65 a 74	1	3.7%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%
Sexo								
Femenino	17	60.7%	15	57.7%	3	50.0%	13	76.5%
Masculino	11	39.3%	11	42.3%	3	50.0%	4	23.5%
Estado Civil								
Casado	11	42.3%	6	25.0%	2	33.3%	5	33.3%
Unión Libre	8	30.8%	10	41.7%	1	16.7%	5	33.3%
Divorciado/Separado	1	3.8%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%
Viudo	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%
Soltero	5	19.2%	7	29.2%	3	50.0%	4	26.7%
¿Sabe leer y escribir?								
Si	23	82.1%	18	72.0%	3	50.0%	8	50.0%
No	5	17.9%	7	28.0%	3	50.0%	8	50.0%
¿Trabaja?								
Si	10	58.8%	15	78.9%	1	100.0%	1	33.3%
No	7	41.2%	4	21.1%	0	0.0%	2	66.7%
Cantidad de años residiendo en el país								
5 años o menos	12	42.9%	10	45.5%	2	33.3%	9	56.3%
6 a 10 años	3	10.7%	6	27.3%	0	0.0%	2	12.5%
11 a 15 años	6	21.4%	1	4.5%	2	33.3%	2	12.5%
16 a 20 años	2	7.1%	0	0.0%	2	33.3%	2	12.5%
21 a 25 años	2	7.1%	2	9.1%	0	0.0%	1	6.3%
Más de 25 años	3	10.7%	3	13.6%	0	0.0%	0	0.0%



Tabla 4.2.10. Caracterización de población dominicana con casos identificados en el cuestionario de salud general (GHQ28)

Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-								
Variables de perfil sociodemográfico	Síntomas somáticos (SubEscala A)		Ansiedad e insomnio (SubEscala B)		Disfunción social (SubEscala C)		Depresión Grave (SubEscala D)	
	Caso (>=6)		Caso (>=6)		Caso (>=6)		Caso (>=6)	
	R	%	R	%	R	%	R	%
Municipio								
Jimaní	3	17.6%	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%
Pedernales	0	0.0%	1	5.3%	1	100.0%	0	0.0%
Dajabón	3	17.6%	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%
Montecristi	4	23.5%	2	10.5%	0	0.0%	1	33.3%
Elías Piña	7	41.2%	10	52.6%	0	0.0%	2	66.7%
Grupos de Edad								
18 a 24	2	11.8%	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%
25 a 34	2	11.8%	1	5.3%	0	0.0%	1	33.3%
35 a 44	4	23.5%	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%
45 a 54	2	11.8%	8	42.1%	1	100.0%	1	33.3%
55 a 64	2	11.8%	2	10.5%	0	0.0%	1	33.3%
65 a 74	5	29.4%	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%
75 o más	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Sexo								
Femenino	12	70.6%	14	73.7%	1	100.0%	2	66.7%
Masculino	5	29.4%	5	26.3%	0	0.0%	1	33.3%
Estado Civil								
Casado	2	11.8%	3	16.7%	0	0.0%	0	0.0%
Unión Libre	12	70.6%	11	61.1%	0	0.0%	1	50.0%
Divorciado/Separado	1	5.9%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%
Viudo	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Soltero	1	5.9%	3	16.7%	1	100.0%	1	50.0%
¿Sabe leer y escribir?								
Si	12	70.6%	13	68.4%	1	100.0%	3	100.0%
No	5	29.4%	6	31.6%	0	0.0%	0	0.0%
¿Trabaja?								
Si	10	58.8%	15	78.9%	1	100.0%	1	33.3%
No	7	41.2%	4	21.1%	0	0.0%	2	66.7%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



4.3. Identificación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de inmigrantes haitianos y dominicanos (Escala SF 12)

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la población estudiada

Para la determinación de la Calidad de Vida percibida en relación a su salud, la media de la población estudiada se encontró en el percentil 50 para el componente de Salud Física y más próximo a este percentil en el componente de Salud Mental. (Ver Tabla 4.3.1 y Gráfico 4.3.1.1). En la población inmigrante haitiana la media fue de 4.25 en el Componente de Salud Mental (Ver Tabla 4.3.2 y Gráfico 4.3.2.1). En el caso de la población dominicana se destaca en el componente de Salud Física una media de 2.84 correspondiente al percentil 25 significando menor calidad de vida autopercibida (Ver Tabla 4.3.2 y Gráfico 4.3.2.2)

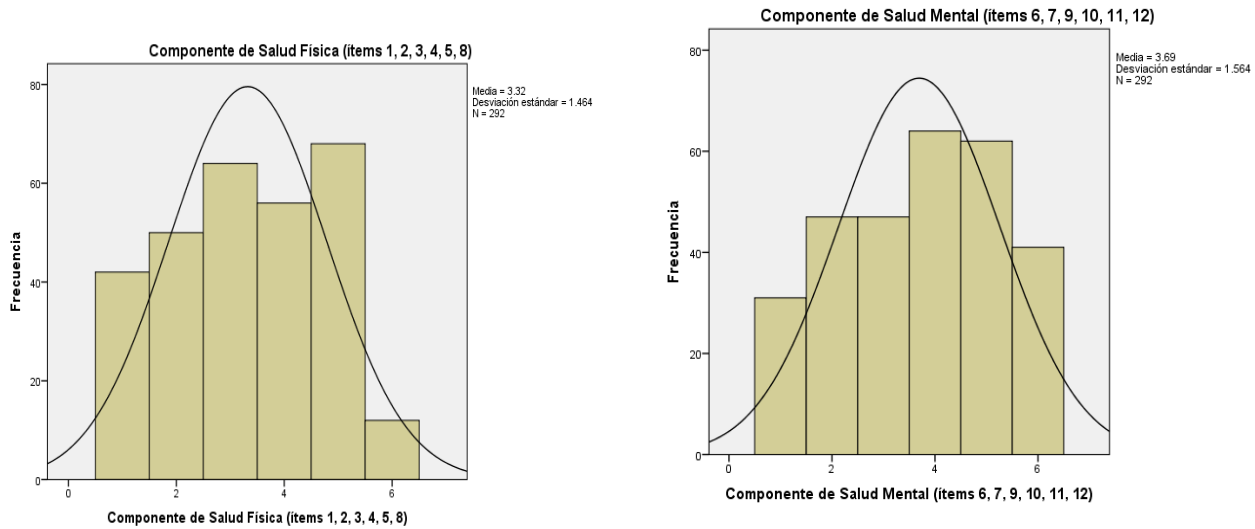
Tabla 4.3.1. Estadística descriptiva de la Calidad de vida autopercibida relacionada a la salud en la población estudiada.

		Estadísticos	
		Componente de Salud Física (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8)	Componente de Salud Mental (ítems 6, 7, 9, 10, 11, 12)
N	Válido	292	292
	Perdidos	0	0
Media		3.32	3.69
Desviación estándar		1.464	1.564
Percentiles	25	2.00	2.00
	50	3.00	4.00
	75	5.00	5.00

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

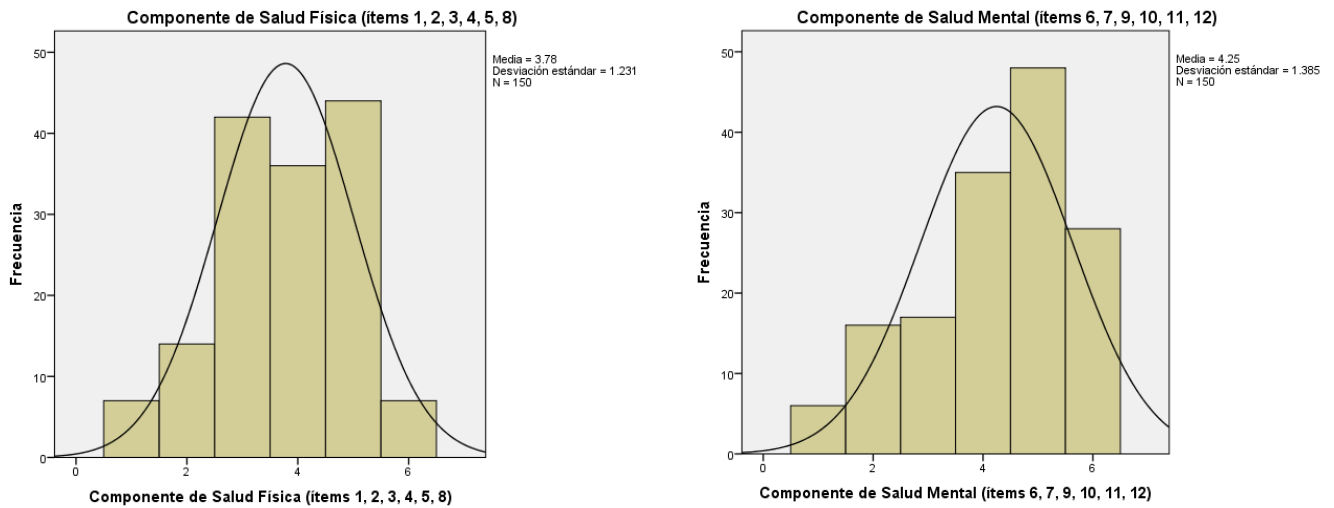


Gráfico 4.3.1. Estadística de la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población estudiada.



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

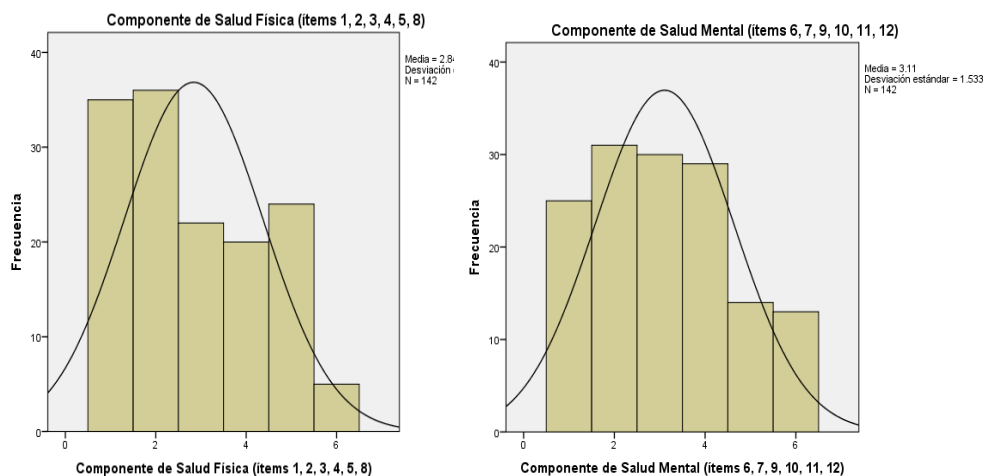
Gráfico 4.3.1.1. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población haitiana



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Gráfico 4.3.1.2. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población Dominicana



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Tabla 4.3.2. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud en la población estudiada

P2. País de Nacimiento		Componente de Salud Física (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8)	Componente de Salud Mental (ítems 6, 7, 9, 10, 11, 12)
Haití	Media	3.78	4.25
	N	150	150
	Desviación estándar	1.231	1.385
República Dominicana	Media	2.84	3.11
	N	142	142
	Desviación estándar	1.537	1.533
Total	Media	3.32	3.69
	N	292	292
	Desviación estándar	1.464	1.564

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		P2. País de Nacimiento
Componente de Salud Física (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8)	Chi-cuadrado	55.770
	gl	6
	Sig.	.000*
Componente de Salud Mental (ítems 6, 7, 9, 10, 11, 12)	Chi-cuadrado	65.361
	gl	6
	Sig.	.000*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los casos identificados por el GHQ28

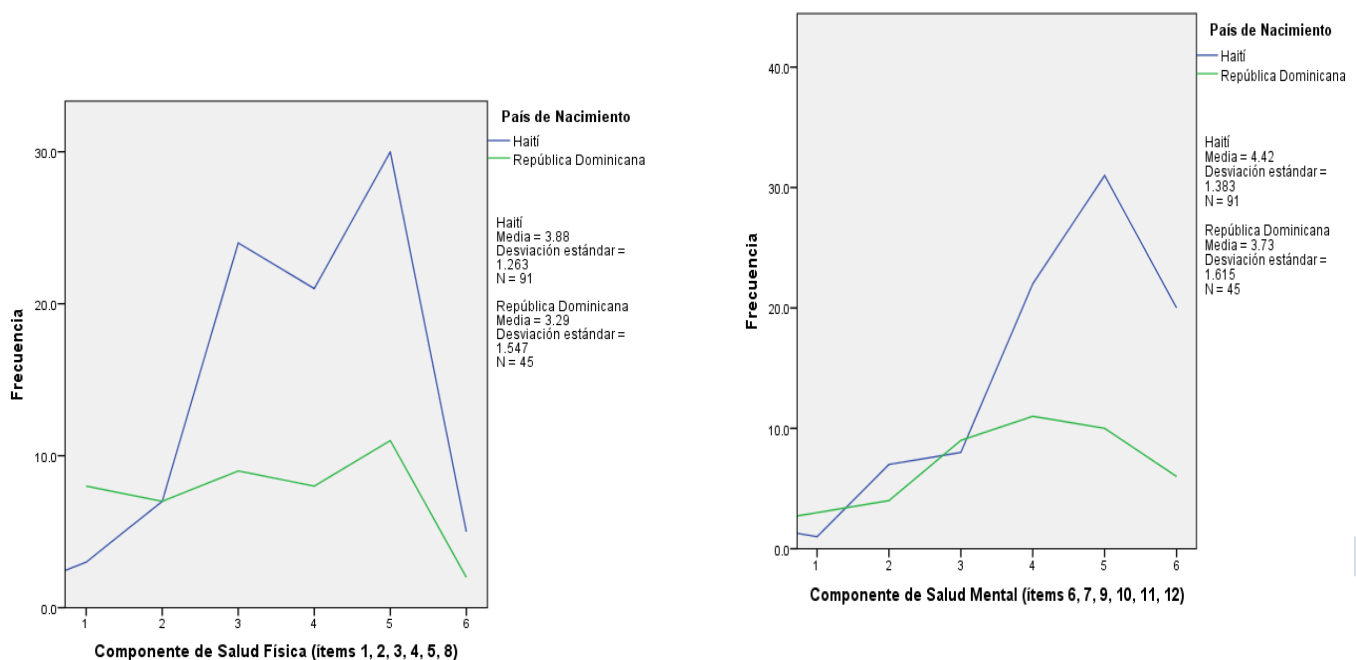
De las poblaciones identificadas con probable alteración en la puntuación global del GHQ (Ver Tabla 4.3.3), se encontraron que obtuvieron una media mayor de 3, correspondiente al percentil 50. La población haitiana mostró una media mayor frente a la dominicana en los Componentes de Salud Física (3.88) y Salud Mental (4.42). (Ver Tabla 4.3.3 y Gráfico 4.3.3.1)

Tabla 4.3.3. Medias Comparadas del SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud por país de residencia en los con casos identificados por GHQ28

Informe							
País de Nacimiento			Statistic	Bootstrap ^a			
				Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza a 95%	
Inferior	Superior						
Haití	Media	Componente de Salud Física	3.88	-.01	.13	3.61	4.17
		Componente de Salud Mental	4.42	-.01	.15	4.09	4.67
	Desviación estándar	Componente de Salud Física	1.263	-.007	.096	1.076	1.465
		Componente de Salud Mental	1.383	-.012	.123	1.133	1.636
República Dominicana	Media	Componente de Salud Física	3.29	-.01	.23	2.89	3.77
		Componente de Salud Mental	3.73	-.03	.25	3.24	4.18
	Desviación estándar	Componente de Salud Física	1.547	-.021	.104	1.319	1.727
		Componente de Salud Mental	1.615	-.026	.152	1.275	1.878

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados del bootstrap se basan en 352 muestras de bootstrap
Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Gráfico 4.3.3.1. Resultados estadísticos de la SF12 sobre la Calidad de vida autopercebida relacionada a la salud por país de residencia en los con casos identificados por GHQ28



4.4. Caracterización del nivel de resiliencia de la población estudiada (Escala de Resiliencia)

Niveles de resiliencia de la población estudiada

El 61.6% de la población estudiada presentó mayor capacidad de resiliencia. Los inmigrantes haitianos presentaron menor proporción (44.2%) en el nivel de mayor capacidad de resiliencia en relación a lo obtenido por la población dominicana (76.7%). El estadístico fue significativo con un valor de $p=0.05$. (Ver Tabla 4.4.1)

Tabla 4.4.1. Nivel de Resiliencia según País de Nacimiento

Nivel de Resiliencia	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Escasa Resiliencia	37	22.7%	9	4.8%	46	13.1%
Moderada Resiliencia	54	33.1%	35	18.5%	89	25.3%
Mayor Capacidad de Resiliencia	72	44.2%	145	76.7%	217	61.6%
Total	163	100.0%	189	100.0%	352	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Nivel de Resiliencia
País de Nacimiento	Chi-cuadrado	43.977
	gl	2
	Sig.	.000*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.

Bootstrap para Medidas direccionales

			Bootstrap ^a				
			Valor	Sesgo	Error estándar	95% de intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
Nominal	Eta	Nivel de Resiliencia dependiente	.352	-.003	.048	.254	.435
por	P2.	País de Nacimiento dependiente	.353	.000	.048	.258	.441
intervalo							

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados del bootstrap se basan en 352 muestras de bootstrap



Nivel de Resiliencia en los Población identificada con puntuación GHQ Total

En ambas población se obtuvo un elevado nivel de resiliencia, con predominio porcentual en el Nivel de Mayor Capacidad de Resiliencia en la población dominicana (71% dominicanos y 37.4% haitianos). Los inmigrantes haitianos presentaron un porcentaje mayor que los dominicanos en el nivel de Escasa Resiliencia (24.2% haitianos y 11.1% dominicanos). (Ver Tabla 4.4.2 y Gráfico 4.2.2.1)

Tabla 4.4.2. Casos identificados en el GHQ global según el Nivel de Resiliencia y país de nacimiento

Nivel de Resiliencia	País de Nacimiento					
	Haití		República Dominicana		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Escasa Resiliencia	22	24.2%	5	11.1%	27	19.9%
Moderada Resiliencia	35	38.5%	8	17.8%	43	31.6%
Mayor Capacidad de Resiliencia	34	37.4%	32	71.1%	66	48.5%
Total	91	100.0%	45	100.0%	136	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

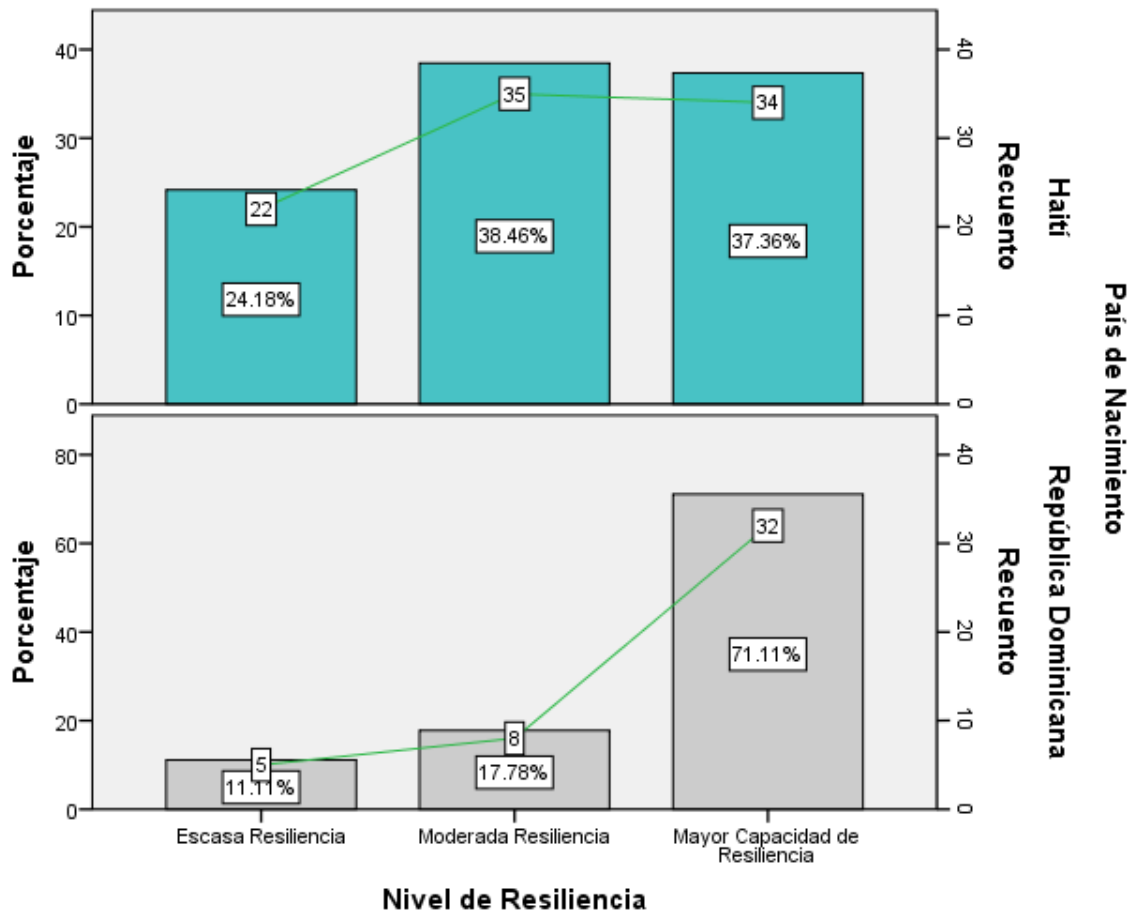
		P2. País de Nacimiento
Nivel de Resiliencia	Chi-cuadrado	13.730
	gl	2
	Sig.	.001*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.



Gráficos 4.4.2.1. Casos identificados en el GHQ global según el Nivel de Resiliencia y país de nacimiento



Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



4.5. Acceso a servicios de salud que percibe la población estudiada (acceso a servicios de salud, afiliación a seguro médico)

El 83.5% de la población estudiada ha visitado algún servicio de salud en su comunidad. El 49.1% tiene seguro médico, sin embargo el 89.1% de los inmigrantes haitianos no tienen seguro médico (estadísticamente significativo en el nivel 0.05); y 9 de los 10 casos que sí tienen pertenecen al régimen subsidiado de SENASA. El 26.9% (32 casos) de los inmigrantes haitianos refirió sentirse discriminado o rechazado por el personal de salud al solicitar un servicio, en relación a un 10.4% en la población dominicana, estadísticamente significativo en el nivel 0.05. (Ver Tabla 4.5.1)

Tabla 4.5.1. Distribución de la población en relación al Acceso a Servicios de Salud y su País de Nacimiento.

Acceso a Servicios de Salud		País de Nacimiento					
		Haití		República Dominicana		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
¿Ud. ha visitado algún servicio de salud?	Si	127	79.9%	162	86.6%	289	83.5%
	No	32	20.1%	25	13.4%	57	16.5%
	Total	159	100.0%	187	100.0%	346	100.0%
¿Tiene seguro médico?	Si	17	10.9%	151	81.2%	168	49.1%
	No	139	89.1%	35	18.8%	174	50.9%
	Total	156	100.0%	186	100.0%	342	100.0%
¿Cuál régimen?	Subsidiado	9	90.0%	53	37.1%	62	40.5%
	Contributivo	1	10.0%	90	62.9%	91	59.5%
	Total	10	100.0%	143	100.0%	153	100.0%
¿A cuál seguro está afiliado?	SENASA	9	90.0%	97	66.4%	106	67.9%
	Humano	0	0.0%	13	8.9%	13	8.3%
	Palic Salud	0	0.0%	4	2.7%	4	2.6%
	Universal	1	10.0%	9	6.2%	10	6.4%
	SEMMA	0	0.0%	11	7.5%	11	7.1%
	AGM	0	0.0%	1	.7%	1	.6%
	Renacer	0	0.0%	4	2.7%	4	2.6%
	Otro	0	0.0%	7	4.8%	7	4.5%
	Total	10	100.0%	146	100.0%	156	100.0%
¿Conoce algún servicio de salud en su comunidad?	Si	135	88.8%	164	89.1%	299	89.0%
	No	17	11.2%	20	10.9%	37	11.0%
	Total	152	100.0%	184	100.0%	336	100.0%
¿Se ha sentido discriminado o rechazado por personal de salud al solicitar un servicio?	Si	32	26.9%	14	10.4%	46	18.1%
	No	87	73.1%	121	89.6%	208	81.9%
	Total	119	100.0%	135	100.0%	254	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		P2. País de Nacimiento
¿Ud. ha visitado algún servicio de salud?	Chi-cuadrado	3.427
	gl	1
	Sig.	.064
¿Tiene seguro médico?	Chi-cuadrado	179.048
	gl	1
	Sig.	.000*
¿Cuál régimen?	Chi-cuadrado	10.867
	gl	1
	Sig.	.001*.b
¿A cuál seguro está afiliado?	Chi-cuadrado	3.877
	gl	7
	Sig.	.794 ^{b,c}
¿Conoce algún servicio de salud en su comunidad?	Chi-cuadrado	.001
	gl	1
	Sig.	.971
¿Se ha sentido discriminado o rechazado por personal de salud al solicitar un servicio?	Chi-cuadrado	15.269
	gl	1
	Sig.	.000*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.

b. Más del 20% de las casillas de la subtabla han esperado recuentos de casilla menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

c. El recuento de casilla mínimo esperado en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.



4.6. Participación social de la población estudiada (integración a grupos religiosos, culturales, deportivos)

El 54% no pertenece a algún grupo social y comunitario, dentro de la población inmigrante haitiana esto se observa en un 67.1%, en relación a la población dominicana con un 43.3%. Este dato es estadísticamente significativo en el nivel 0.05

El 67.4% pertenece a algún grupo religioso. El 73.9% de los inmigrantes haitianos pertenecen a alguna religión, mientras que la población dominicana obtuvo un 62%. Esta diferencia entre ambas poblaciones es estadísticamente significativa en el nivel 0.05

Solo el 19.9% pertenece a algún grupo cultural. Mientras que solo el 28.7% practica algún deporte. El 16% de la población estudiada recibe apoyo de alguna organización en su comunidad.

Tabla 4.6.1. Distribución de la población en su Participación Social y su País de Nacimiento.

Participación Social		País de Nacimiento					
		Haití		República Dominicana		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
¿Pertenece a algún grupo social y comunitario?	Si	48	32.9%	102	56.7%	150	46.0%
	No	98	67.1%	78	43.3%	176	54.0%
	Total	146	100.0%	180	100.0%	326	100.0%
¿Pertenece a algún grupo religioso?	Si	113	73.9%	114	62.0%	227	67.4%
	No	40	26.1%	70	38.0%	110	32.6%
	Total	153	100.0%	184	100.0%	337	100.0%
¿Pertenece a algún grupo cultural?	Si	30	19.9%	36	19.9%	66	19.9%
	No	121	80.1%	145	80.1%	266	80.1%
	Total	151	100.0%	181	100.0%	332	100.0%
¿Práctica algún deporte?	Si	48	30.0%	51	27.6%	99	28.7%
	No	112	70.0%	134	72.4%	246	71.3%
	Total	160	100.0%	185	100.0%	345	100.0%
¿Recibe apoyo de alguna organización?	Si	26	16.7%	30	16.1%	56	16.4%
	No	130	83.3%	156	83.9%	286	83.6%
	Total	156	100.0%	186	100.0%	342	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.



Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		P2. País de Nacimiento
¿Pertenece a algún grupo social y comunitario?	Chi-cuadrado	18.366
	gl	1
	Sig.	.000*
¿Pertenece a algún grupo religioso?	Chi-cuadrado	5.380
	gl	1
	Sig.	.020*
¿Pertenece a algún grupo cultural?	Chi-cuadrado	.000
	gl	1
	Sig.	.996
¿Práctica algún deporte?	Chi-cuadrado	.248
	gl	1
	Sig.	.618
¿Recibe apoyo de alguna organización?	Chi-cuadrado	.018
	gl	1
	Sig.	.894

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.



Tabla 4.6.2. Distribución de la población por país con casos identificados por el GHQ28 según su Participación Social.

Participación social		País de Nacimiento							
		Haití				República Dominicana			
		Puntuación GHQ Total (agrupado)		Puntuación CGHQ Total (agrupado)		Puntuación GHQ Total (agrupado)		Puntuación CGHQ Total (agrupado)	
		Caso (>=6)		Caso (>=13)		Caso (>=6)		Caso (>=13)	
		Recuento	% del N de subtabla	Recuento	% del N de subtabla	Recuento	% del N de subtabla	Recuento	% del N de subtabla
¿Pertenece a algún grupo social y comunitario?	Si	30	30.0%	33	34.0%	34	54.8%	30	55.6%
	No	70	70.0%	64	66.0%	28	45.2%	24	44.4%
	Total	100	100.0%	97	100.0%	62	100.0%	54	100.0%
¿Pertenece a algún grupo religioso?	Si	74	71.8%	76	76.0%	48	75.0%	36	63.2%
	No	29	28.2%	24	24.0%	16	25.0%	21	36.8%
	Total	103	100.0%	100	100.0%	64	100.0%	57	100.0%
¿Pertenece a algún grupo cultural?	Si	22	21.4%	23	23.5%	13	20.6%	13	22.4%
	No	81	78.6%	75	76.5%	50	79.4%	45	77.6%
	Total	103	100.0%	98	100.0%	63	100.0%	58	100.0%
¿Práctica algún deporte?	Si	27	25.0%	25	23.4%	16	24.6%	18	30.5%
	No	81	75.0%	82	76.6%	49	75.4%	41	69.5%
	Total	108	100.0%	107	100.0%	65	100.0%	59	100.0%
¿Recibe apoyo de alguna organización?	Si	15	14.0%	21	19.8%	15	23.1%	14	23.7%
	No	92	86.0%	85	80.2%	50	76.9%	45	76.3%
	Total	107	100.0%	106	100.0%	65	100.0%	59	100.0%

Fuente: Formularios aplicados para la investigación en la población de frontera, Julio-Septiembre 2016.





CAPÍTULO 5. Discusión





5.1. Factores sociodemográficos de la población estudiada.

En el estudio sobre alteraciones psicosociales en la inmigración haitiana de la Región Fronteriza dominicana la muestra estuvo conformada por 352 personas entrevistadas, el 46.3% (n=163) correspondió a población inmigrante haitiana. El 53.7% (n=189) correspondió a población dominicana residente en los Municipios de la frontera. (Ver Gráfico 4.1.1.1.)

El sexo predominante en ambas poblaciones fue el femenino (n=88 haitianas; n=105 dominicanas), con menor proporción en Monte Cristi para inmigrantes haitianos y Dajabón para población dominicana. (Ver Tabla 4.1.2. y Gráfico 4.1.2.1). Como se puede observar, los datos que arroja la presente investigación tendente a la feminización de la inmigración haitiana de frontera no se aleja de datos arrojados por investigaciones anteriores, en la que se señala que “el aumento de la inmigración haitiana femenina se destaca en lo planteado en la llamada "Nueva inmigración" donde migración femenina alcanzó un 25 por ciento más que la población masculina que viene en busca de trabajo. (Silie, Segura, & Cabral, 2002).

En la distribución de la pirámide poblacional por sexo y edad se determinó que la mayor proporción de la población encuestada para ambos países, son adultos jóvenes, siendo los rangos de edad más predominantes para ambos sexos el de 20 a 24 años. La media de edad para el total de la población encuestada fue de 36.83, con una diferencia significativa al comparar la media de ambas poblaciones, los inmigrantes haitianos resultaron ser una población predominantemente joven (media=29) respecto a la población dominicana (media=43). Esto se corrobora con los datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes ENI-2012, la cual presenta que la mayoría de la población inmigrante son jóvenes entre 24 y 34 años de edad (ENI, 2012).

El hecho de que la media de edad de la población dominicana residente en frontera sea mayor (Media=43 años) puede estar relacionado con el hecho de que las provincias de frontera presentan menor desarrollo socioeconómico lo que impulsa a mayor flujo emigratorio (Oficina Nacional de Estadística, 2009). Sin embargo, no es lo mismo para inmigrantes haitianos, quienes por condiciones propias del comercio fronterizo y tipo de trabajo se mantienen como parte de la



población productiva de las provincias de frontera. (Ver Tabla 4.1.3., Gráfico 4.1.3.1 y Gráfico 4.1.3.2.)

El 59.8% de los inmigrantes haitianos refieren tener pareja bajo unión libre (n=48 para 31.2%) o matrimonio (n=44 para un 28.6%). Lo mismo se refleja en la población dominicana con un 40.6% en unión libre (n=76), sumado a un 13.9% casados (n=26), para un 54.5% de la población total dominicana.

Ambas poblaciones presentaron mayor representatividad en el Estado de Unión Libre, con una diferencia mayor porcentual en la población haitiana en el Estado de Casado frente a la población dominicana. Este dato de la población inmigrante se corrobora con la Encuesta aplicada a inmigrantes en el 2012, la cual plantea que la mayoría de hombres y mujeres migrantes están unidos en una relación consensual (ENI, 2012).

En el presente estudio, tomando en cuenta que la población haitiana es mayormente joven y se encuentra casada, habría que identificar si existe una construcción del valor del matrimonio mayor en la cultura haitiana respecto a la población dominicana. Resaltando que, en el caso del estado de Divorciado/Separado fue minoría mayormente en la población haitiana con un 2.6%, respecto a la minoría dentro de la población dominicana con un 7%. (Ver tabla 4.1.4) El estadístico de chi-cuadrado fue significativo en el nivel 0.05 en esta tabla.

Ambas poblaciones presentaron un 33% con estado civil Soltero, lo que se corresponde con los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Inmigrantes que sitúa el estado de soltero con un 34% de la población extranjera. (ENI, 2012)

Para la variable de cantidad de años de residencia en la provincia, tomada exclusivamente para la población inmigrante haitiana, un 36.8% tiene 5 años o menos viviendo allí, seguidos de aquellos con 6 a 10 años (20.6%). La mayoría (64.3%) residen en viviendas alquiladas. Solo un 20.6% refirió tener una vivienda propia. (Ver Tabla 4.1.6)

La Media de años de residencia en la provincia fue de 11.58 (Mujeres 11.24 y Hombres 11.98), siendo la provincia de Dajabón la que presentó menor tiempo de residencia con una media de 6.33 años. (Ver Tabla 4.1.5.A y Tabla 4.1.5.B)



En la población total estudiada se encontró un 17.6% de personas iletradas (n=62). El 28.8% (n=47) de la población inmigrante haitiano y un 7.9% (n=15) en la población dominicana (Ver tabla 4.1.7). Al distribuir la población por Provincia de residencia se encontró que la mayor cantidad de iletrados inmigrantes reside en Monte Cristi y Dajabón, mientras que en el caso de los dominicanos iletrados se encontraron mayormente en Monte Cristi (Ver gráfico 4.1.7.2).

Sin embargo, este dato contrasta con informaciones levantadas en el Boletín No.187 sobre los avances del Programa Quisqueya Aprende Contigo, de la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia, que señala que la Provincia de Dajabón ha superado la meta de iletrados alfabetizados en un 110%, lo que puede evidenciar la posibilidad de un subregistro en el número de iletrados alcanzados en proceso de alfabetización debido a que socio demográficamente no fue tomada en cuenta la población inmigrante residente en la captación de iletrados de la Provincia, aun contando con el dato de la Encuesta Nacional del Inmigrante (ENI, 2012) de que a nivel de país, un 28.9% de los inmigrantes haitianos no están alfabetizados.

Por lo anterior, se hace necesario la armonización de políticas de Estado integrales, tomando en cuenta las variables sociodemográficos del contexto comunitario y la inclusión de todas las poblaciones residentes, tomando en cuenta la particularidad fronteriza de asentamientos de poblaciones haitianas.

El nivel educativo alcanzado para la mayoría de ambas poblaciones fue el Nivel Primario con un 46.7%, es decir que han realizado algún curso de la educación primaria. Solo en el caso de la población dominicana se encontró un porcentaje significativo en el nivel universitario (n=51 para un 18.5%), a diferencia de la población haitiana (Ver tabla 4.1.8).

En el caso de la situación laboral, medida por la generación de ingresos a partir de una actividad productiva, se identificó que el 70.5% (n=248) de la población encuestada si trabaja, siendo solo 0.2% la diferencia entre ambas poblaciones trabajadoras. El comportamiento estadístico fue similar para aquellos grupos que no trabajan (25.8% en haitianos y 27.5% en dominicanos). Al relacionarlo por sexo, la fuerza laboral fue mayoritariamente masculina. El nivel de menor productividad económica lo obtuvo el sexo femenino en ambas poblaciones (36.4% haitianas y 34.3% dominicanas). (Ver Tabla 4.1.9.)



En ambas poblaciones, el estudio arrojó que la mayoría de las personas que no trabajan se encuentra entre las edad de 24 a 34 años de edad (Ver Gráfico 4.1.9.2.). Lo que se corresponde con la razón de migración interna en población joven dominicana hacia otras provincias que le garanticen oportunidad de empleo. Por igual, se cumple en la población inmigrante quienes dejan su país de origen en busca de oportunidades de empleo.

En el caso de los inmigrantes haitianos, tomando en cuenta el elevado porcentaje desempleado en el rango de edad de 24 a 34 años, habrá que hurgar más adelante su incidencia como factor de riesgo en el proceso de asentamiento e inclusión social del inmigrante, ya que los problemas laborales se constituyen en un factor de exclusión social con tendencias a riesgo de padecer fobia social o depresión. (Arrivillaga, 2004; Urrego, 2007; Rueda, 2008).

5.2. Alteraciones psicosociales identificados en el cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ28) de las poblaciones estudiadas.

Para medir las alteraciones psicosociales de la población estudiada, se utilizó el cuestionario GHQ28, el cual detecta nuevos problemas (GHQT) con un punto de corte ≥ 6 puntos para casos probables, y la detección de problemas crónicos (CGHQT) con un punto de corte ≥ 13 para casos probables. Además, se estudió la presencia de casos en cada dimensión o subescala de la GHQ (síntomas somáticos (a), ansiedad e insomnio (b), Disfunción Social (c) y depresión grave (d)).

En las puntuaciones totales del Cuestionario, se observa la mayor presencia de casos para la población haitiana, con un chi-cuadrado significativo en el nivel .05. La población haitiana presenta casos positivos en un 62.7% (GHQ total, punto de corte ≥ 6) y 65.1% (CGHQT total, punto de corte ≥ 13) respecto a la población dominicana, la cual presentó 37.3% para casos nuevos detectados (GHQT) y 34.9% para los casos crónicos (CGHQT). (Ver tabla 4.2.2.). Ambas poblaciones presentaron mayor número de casos en las Dimensiones A y B que valoran la presencia de síntomas somáticos y la ansiedad e insomnio (Ver Tabla 4.2.9 y Tabla 4.2.10).

Como se puede observar se manifestó un elevado porcentaje en el caso de la población inmigrante haitiana frente a la población nativa. Esta relación asimétrica no se aleja de otros



trabajos de investigación ya realizados, en las que ha quedado demostrado que los inmigrantes que tienen barreras idiomáticas –como es el caso de la población objeto de este estudio- suelen estar más estresados, especialmente en la etapa inicial de asentamiento en su condición de inmigrantes en el país receptor. La relación entre el estrés y la barrera del idioma conduce a mala salud de los inmigrantes (Ding & Hargraves, 2009).

En la población inmigrante haitiana, los casos identificados se encontraron mayormente en la Provincia de Pedernales (GHQT=27.9%; CGHQT=20.1%), tomando en cuenta que la media de residencia en esta provincia es de 18.10 años, lo que verifica una posible relación entre la aparición de los casos en relación a mayor tiempo de residencia en esta provincia en específico. Al valorar la provincia de Dajabón, la cual presentó una media menor de años de residencia (6.33 años), la investigación arrojó un menor número de casos crónicos identificados en el CGHQT (15.5%). Los casos identificados en la población dominicana se encontraron en la Provincia de Elías Piña GHQT=30.3%; CGHQT=28.8%).

La mayoría de los casos identificados varía en las generaciones de edad en ambas poblaciones. En la población inmigrante los casos encontrados fueron en población joven, ubicados en los rangos de edad comprendida entre los 24 años o menos y de 25 a 34 años (GHQT=71.1%; CGHQT=72.3%). Mientras que en la población dominicana el rango de edad más afectado estuvo entre población madura, correspondiente al rango de 45 a 54 años de edad (GHQT=28.1%; CGHQT=22.8%).

Tomando en consideración que la muestra estudiada fue mayormente femenina, se concluye que ambas poblaciones el predominio de casos identificados fueron femeninos. Aunque cabe señalar que en el caso de los inmigrantes haitianos ya se ha demostrado que existe un impacto y unos costos emocionales fruto de la migración, como el estudios en el que concluyen que se da una asociación entre migración, sucesos estresantes y salud, vinculadas a las mujeres de inmigrantes (Rivera-Heredia et. Al, 2013).

Cabe destacar que dentro de los puntajes totales de la GHQ en los casos nuevos detectados no hubo diferencia significativa entre los sexos para la población inmigrante, a diferencia de la población dominicana que presentó mayor predominio del sexo femenino (inmigrantes=11.8% de diferencia entre masculinos y femeninos; dominicanos=36.4% de diferencia con predominio



femenino).

Para casos crónicos detectados se encontró una diferencia porcentual mayor para el sexo femenino frente al sexo masculino en ambas poblaciones (haitianas=63.6%; dominicanas=64.4%). Se pone de relieve que esta diferencia puede estar relacionada con el alto nivel de desempleo que se manifestó en la población femenina estudiada. Habría que profundizar en investigaciones futuras al respecto, dado que ya se ha demostrado anteriormente que la discriminación de clase y etnia interacciona con la de género, lo cual condiciona una mayor vulnerabilidad a las mujeres (Nazroo, 2003). Como también lo corrobora la investigación de Halpern & Nazroo (2000), señalando que las enfermedades mentales como la ansiedad, la somatización y la depresión pueden aparecer en las poblaciones inmigrantes.

Existe un comportamiento similar en la aparición del mayor número de casos para ambas poblaciones en la condición de unión libre. Sin embargo, tomando en consideración la cantidad de casos identificados en aquellos bajo matrimonios formales, se observa una diferencia significativa entre la población dominicana respecto a la población haitiana, en razón de que la población dominicana presentó solo 9 casos en el GHQT y CGHQT y la población inmigrante presentó 27 casos para GHQT y 32 casos para la CGHQT. Observando la posibilidad de valorar el matrimonio dentro de la cultura dominicana como un factor protector. (Ver Tabla 4.2.5 y Gráfico 4.2.5.1)

En segundo lugar, la mayor distribución porcentual de los casos identificados en el GHQT y CGHQT, relacionados con el Estado Civil para ambas poblaciones, se encontró en el grupo de los solteros, conformados por población joven y adulta joven. La cantidad de casos de jóvenes y adultos jóvenes solteros puede estar relacionado con su estado laboral, debido a que estos grupos poblacionales fueron los que se encontraron como mayoría entre la población que no trabaja (Ver Gráfico 4.1.9.2)

En relación a la alfabetización, de los 47 casos identificados como iletrados de la población haitiana, 36 de ellos fueron detectados como casos nuevos GHQT (76.6%) y 33 como casos crónicos CGHT (70.2%). En el caso de la población dominicana, de los 15 casos de personas iletradas, 10 fueron detectados como casos nuevos GHQT (66.7%) y 11 como casos crónicos CGHQT (73.3%). Es decir, que puede existir una relación de vulnerabilidad entre la condición



de iletrado para la aparición de síntomas de alteración a la salud mental de la población estudiada. (Ver Tabla 4.1.7 y Tabla 4.2.6)

En los casos identificados en relación a la condición laboral, la investigación arrojó mayor distribución porcentual de casos en la población laboral activa en ambas poblaciones. Al valorar el comportamiento de esta variable por nacionalidad, se evidencia mayor cantidad de casos entre la población inmigrante activa laboralmente, en relación a la población dominicana (existe una diferencia porcentual entre los que trabajan y no trabajan en los casos de inmigrantes de 44% para GHQT y 40.4% para CGHQT; en los dominicanos es de 20% para el GHQT y 22.8% para CGHQT). Esto se traduce, en que el inmigrante haitiano activo laboralmente tiene mayor probabilidad de ser un posible caso de detectado por el GHQT que la población dominicana. (Ver Tabla 4.2.7 y Gráfico 4.2.7.1)

De acuerdo al tiempo de residencia de la población inmigrante haitiana, se encontró que a menor tiempo de residencia mayor cantidad de casos identificados por el GHQT y CGHQT (Ver Tabla 4.2.8 y Gráfico 4.2.8.1) con mayor presencia de síntomas en las Subescalas A y B (Síntomas somáticos y Ansiedad e Insomnio respectivamente) (Ver Tabla 4.2.9). Exceptuando la Provincia de Pedernales, que presentó la particularidad de que los casos identificados tenían una media de 18 años de residencia. Habría que investigar los trabajos de inclusión social, o acercamiento y diálogo intercultural realizados o no en Pedernales frente al resto de las provincias de frontera.

El hecho de que en la población inmigrante haitiana se encontró que a menor tiempo de residencia mayor cantidad de casos identificados por el GHQT y CGHQT se corresponde con lo planteado por Sundquist, (2001) que expresa que a mayor tiempo de estancia en el país de recepción mayor percepción de buena salud. Lo que podría explicarse por los estresores propios del fenómeno de adaptación a la cultura de acogida en el periodo inicial de recepción del país de acogida. De igual forma se relaciona con el concepto de bienestar subjetivo que relaciona con su productividad y la capacidad de relacionarse con su medio y controlar su ambiente (Victoria Garcia- Viniegras, 2000).

En la población inmigrante haitiana, si a menor tiempo de residencia mayor cantidad de casos identificados de Síntomas somáticos y Ansiedad e Insomnio respectivamente (Ver Tabla 4.2.9), se evidencia que como grupo vulnerable por su condición de inmigrante y los desafíos



psicosociales que se pueden presentar al inicio y durante el proceso migratorio en la adaptación e integración al lugar de acogida, como a sus características sociodemográficas particulares, pudiera incidir en la aparición de síntomas de afectación a la salud mental (Cabildo, 2014). En otro estudio, que evalúa la relación entre la depresión y los factores sociodemográficos en la provincia de Ontario en Canadá (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007), se corrobora al tratar de explicar la relación de los factores sociodemográficos de edad, género, estado civil, educación, estatus migratorio e ingresos como factores que dan cuenta de las tasas de prevalencia de la depresión.

Al hacer la valoración del cuestionario GHQ28, de acuerdo a las dimensiones se encontraron que los casos identificados en ambas poblaciones presentaron mayor presencia de síntomas somáticos (Subescala A) y de Ansiedad e Insomnio (Subescala B), en tercer lugar la Depresión Grave (Subescala D) y la Disfunción Social en cuarto lugar. Sociodemográficamente se comportan de manera distinta, ambas poblaciones, frente a las subescalas A y B. (Ver Tabla 4.2.1)

En la Dimensión Subescala A (Ver tabla 4.2.1), la cual mide la presencia de síntomas somáticos arrojó que el 17.2% de la población inmigrante haitiana presentó casos positivos (punto de corte ≥ 6). De los casos identificados, el 36.1% reside en la provincia de Elías Piña, la edad comprendida entre 25 a 34 años de edad fue la predominante (37%). El sexo Femenino fue el más afectado (60.7%). En relación al estado civil, el 42.3% es casado. Un 17.9% de los casos identificados son iletrados, y 40.2% no tiene trabajo. El tiempo de residencia de la población mayormente afectada en la Dimensión A se encontró entre 12 años o menos. A diferencia de la población dominicana, que presentó solo un 9% de casos positivos para la Dimensión A. Al igual que en la población haitiana, la mayoría de los casos se encontraron en Elías Piña. El grupo de edad más afectado fue el 65 a 74 años (29,4%). El sexo femenino por igual fue el más afectado. El estado civil de Unión Libre fue el más predominante. De los casos identificados en esta población, el 29.4% no sabe leer ni escribir. El 41.2% de dominicanos con presencia de síntomas somáticos no trabajan.

En la Dimensión Subescala B (Ver tabla 4.2.1), la cual mide la presencia de ansiedad e insomnio arrojó que el 16.0% de la población inmigrante haitiana presentó casos positivos (punto de corte



≥6), mientras que la población obtuvo un 10.1%. De los casos identificados, el 30.8% reside en la provincia de Elías Piña para la población inmigrante, la población dominicana obtuvo un 52.6%. En relación al grupo de edad más afectado en esta dimensión se encontró que en la población inmigrante haitiana el rango entre 25 a 34 años de edad fue la predominante (44%), mientras que la población dominicana se encontró en el rango de edad de 45 a 54 años (42.1%). El sexo Femenino fue el más afectado en ambas poblaciones con mayor predominancia en la población dominicana (Haitianas=57.7%; Dominicanas=73.7%). Se observa el mismo comportamiento del dato en relación al estado civil de Unión Libre, donde los inmigrantes haitianos obtuvieron un 41.7% frente a un 61.1% de la población dominicana. En relación a estado de alfabetización de la población estudiada, la mayor cantidad de población dominicana y haitiana que está alfabetizada presentó síntomas de ansiedad e insomnio. En relación al estado laboral ambas poblaciones obtuvieron un 78.9% de presencia de síntomas en esta subescala en la población laboralmente activa. (Ver Tabla 4.2.9 y Tabla 4.2.10)

5.3. Percepción de calidad de vida relacionada con la salud de inmigrantes haitianos y dominicanos (Escala SF 12)

El cuestionario SF12 para calidad de vida, mide dos componentes el de salud mental y el físico, partiendo de una media de la población general como parámetro de calidad de vida (percentil 50). Se obtuvo el percentil de la población estudiada para determinar la calidad de vida desde la perspectiva de los sujetos. La autopercepción de la salud es considerada también como el principal indicador que permite valorar la salud psicosocial (Toselli et.al, 2014).

La media para la población general estudiada fue de 3, correspondiente al percentil 50, presentando en el Componente de Salud Física una Media=3.32, y el Componente de Salud Mental presentó una Media=3.69; lo que conlleva a una buena percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, para ambos componentes. (Ver tabla 4.3.1.)

Al relacionar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud por nacionalidad se evidenció una media mayor en ambos componentes en la población inmigrante haitiana (Salud Física Media=3.78; Salud Mental Media=4.25) frente a la población dominicana (Salud Física



Media=2.84; Salud Mental Media=3.11) (Ver Tabla 4.3.2 y Gráficos 4.3.1. y 4.3.1.2). Esta diferencia puede estar relacionada con el hecho de que la población inmigrante haitiana tiene mayor percepción de calidad de vida en la comunidad de acogida en referencia a características de lugar de procedencia, es decir; las dificultades y carencias socioeconómicas y demográficas del país de procedencia.

Sin embargo, la población inmigrante haitiana posee mayor porcentaje en la presentación de síntomas asociados a alteración mental (en estos casos la percepción de calidad de vida fue Salud Física Medica=3.88 y Salud Mental Media=4.42), y esto se debe a que si bien es cierto que al igual que la población dominicana, la población inmigrante haitiana presenta niveles de desempleo y de analfabetismo, en los haitianos también puede incidir el factor de exclusión social que se presenta en la comunidad de acogida. (Ver Tabla 4.3.3). Tal parece que los datos arrojados apoyan la necesidad de dar atención a la calidad de vida en general como lo hace el estudio comparativo, realizado por Akinvemi et. al (2012), en torno a la salud mental a largo plazo dirigido a refugiados y a poblaciones no refugiada que también hace el mismo señalamiento además de mencionar las necesidades sanitarias.

El concepto de mayor calidad de vida en los inmigrantes haitianos que arroja este estudio se acerca al utilizado por Urzúa (2012), en el trabajo en que plantea que el concepto de calidad de vida se traduce a partir de las creencias individuales y colectivas sobre esperanza, bienestar y preocupaciones lo cual se corrobora en la población. La relación per se no es algo aislado, dado que a nivel de los inmigrantes latinos también se ha relacionado la salud mental y la calidad de vida (Eisenman, Golberg & Shapiro, 2003).

5.4. Nivel de resiliencia de la población estudiada (Escala de Resiliencia)

En el caso de la resiliencia, se interpreta la escala tomando los parámetros cuantitativos, para medir el nivel de resiliencia en ambas poblaciones. Se evidencio una diferencia significativa en el nivel 0.05 entre ambas poblaciones estudiadas, en relación a la categoría de mayor capacidad de resiliencia. Cuando se disgrega por país, se verifica que los inmigrantes haitianos obtuvieron un 44.2% de menor capacidad de resiliencia (el 33.1% obtuvo moderada resiliencia y el 22.7



nivel escaso), respecto de los dominicanos que obtuvieron un 76.7% (mayor capacidad de resiliencia). (Ver Tabla 4.4.1)

Murray (2010) y García-Campayo & Sanz Carrillo (2002) postulan que la aculturización del inmigrante haitiano en zona fronteriza no ocurre, ya que la cultura haitiana se mantiene inflexible frente a la cultura receptora dominicana. Este resultado sumado al estigma y la discriminación racial, podría incrementar la vulnerabilidad del inmigrante haitiano.

Al valorar ambas poblaciones se evidencia que la población inmigrante haitiana presenta un menor nivel de resiliencia en los casos identificados mediante el GHQ28 (Ver Tabla 4.4.2 y Gráfico 4.4.2.1) frente a la población dominicana (con una significancia estadística en el nivel 0.05). Estos coinciden con los datos arrojados en otro estudio en el cual se establece que los migrantes con buen nivel de resiliencia tienden a una mejor salud mental (Siriwardhana, Ali, Roberts, & Stewart, 2014) (Arnetz, Rofa, Arnetz, Ventimiglia, & Jamil, 2013). En otro trabajo al respecto de Aroian, K. J., & Norris, A. E. (2000), en que se relaciona la resiliencia con los inmigrantes, la resiliencia es un factor protector frente al riesgo de padecer depresión.

5.5. Acceso a servicios de salud que percibe la población estudiada (acceso a servicios de salud, afiliación a seguro médico)

El 86% de la población estudiada ha visitado algún servicio de salud en su comunidad. Las variables de seguro médico y la percepción de discriminación y rechazo fueron las que obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el nivel 0.05 al estudiar ambas poblaciones. El 49.1% tiene seguro médico, sin embargo, en relación a la población dominicana, el 89.1% de los inmigrantes haitianos no tienen seguro médico; y 9 de los 10 casos que sí tienen pertenecen al régimen subsidiado de SENASA. El 26.9% (32 casos) de los inmigrantes haitianos refirió sentirse discriminado o rechazado por el personal de salud al solicitar un servicio, en relación a un 10.4% en la población dominicana. (Ver Tabla 4.5.1)

La ENI-2012 En cuanto a la afiliación a un seguro de salud, establece que el 91.8% de los nacidos en Haití reportó no contar con un seguro de salud. Lo cual se corrobora en los resultados



de la investigación. En el Análisis de Salud de la Población Extranjera de la ENI -2014 se plantea que esto se debe a la situación de "ilegalidad" del inmigrante lo que identifica la falta de provisión de seguros de salud o cobertura sanitaria por el estado o la empresa privada. Esto corrobora la situación de exclusión en que viven los inmigrantes haitianos de la frontera. En tanto que esta fue una población que al parecer no se tuvo en cuenta en el desarrollo del Plan Nacional de alfabetización recién implementado; por lo que la presente investigación arroja un porcentaje alto en falta de seguro de salud en inmigrantes.

5.6. Participación social de la población estudiada (integración a grupos religiosos, culturales, deportivos)

El 46% de la población pertenece a un grupo social y comunitario. Al diferenciar entre ambas poblaciones se destaca que los inmigrantes haitianos presentan una mayor proporción en relación a la dominicana en aquellos que no pertenece a algún grupo social y comunitario (67.1% de haitianos; 43.3% de dominicanos). Este dato es estadísticamente significativo en el nivel 0.05. (Ver Tabla 4.6.1). Al valorar esta variable por nacionalidad de la población con casos identificados por el GHQ28 se encontró un mayor porcentaje de casos en la población inmigrante que no pertenecen a algún grupo social comunitaria. Esta diferencia porcentual no es significativa en la población dominicana pues tienen un comportamiento similar a nivel porcentual, evidenciando que no es relevante para la aparición de los casos el que pertenezca o no a algún grupo social o comunitario (Ver Tabla 4.6.2).

Por lo anterior, podrá deducirse que los datos de la presente investigación sugiere la necesidad de que se impulse el desarrollo de programas con enfoque multiculturales en que se pongan a disposición actividades socioculturales que faciliten la integración de los inmigrantes a la comunidad de acogida; como de igual forma se destaca y concluye el estudio de Martínez (2012) sobre la “Inmigración y salud psicosocial: creando puentes, formando redes”.

En relación a si la población pertenece a algún grupo religioso se encontró que el 67.4% si pertenece. De estos, el 73.9% de los inmigrantes haitianos pertenecen a alguna religión, mientras que la población dominicana obtuvo un 62%. Esta diferencia entre ambas poblaciones es



estadísticamente significativa en el nivel 0.05. (Ver Tabla 4.6). En los casos identificados por el GHQ28 el componente de filiación religiosa no presentó gran relevancia como factor protector debido a que la mayoría de casos identificados en la población inmigrante y dominicana pertenecen a algún grupo religioso.





CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES





Capítulo 6. Conclusiones

6.1. La población inmigrante haitiana presentó **mayor cantidad de probables casos psiquiátricos** detectados por los valores totales del cuestionario GHQ28, que la población dominicana ($p < 0.05$).

6.2. La población estudiada reflejó en el cuestionario SF 12 una **buena calidad de vida autopercibida** en relación a la salud (En el percentil 50 del SF 12).

6.3. Entre los casos identificados por el GHQ, la **calidad de vida autopercibida** en relación a la salud, medida por la escala SF12, **fue mejor en los inmigrantes haitianos** que en población dominicana ($p < 0.05$).

6.4. La **resiliencia** de la población estudiada fue mayor en la población dominicana que entre los inmigrantes haitianos ($p < 0.05$).

6.5. La población afectada fueron mayoritariamente **mujeres** en ambos grupos, jóvenes en la población inmigrante haitiana y en edad madura la población dominicana.

6.7. Las **mujeres haitianas** tuvieron una probabilidad mayor que las dominicanas de presentar una alteración mental crónica detectada en la CGHQ ($p < 0.05$).

6.8. La población haitiana presentó menor **acceso a seguro médico** y mayor **percepción de discriminación y rechazo** en personal de salud ($p < 0.05$).

6.9. La mayor probabilidad de presentar alteraciones mentales detectadas por el GHQ 28 se la presentó la población inmigrante haitiana que **no pertenecían a algún grupo social y comunitario** ($p < 0.05$).





BIBLIOGRAFIA



American Psychiatric Association. (2002). *Dsm iv tr: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Quinta edición ed.). Editora Médica Panamericana.

Amnistía Internacional. (2006). *¡No me avergüenzo! El VIH/SIDA y los derechos humanos en la República Dominicana y Guyana*. Londres.

Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M., & Jamil, H. (2013). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 167.

Arrivillaga, M. C. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.

Asociación Mundial De Psiquiatría Cultural. (2015). Declaración sobre la Crisis Migratoria Mundial. *Rev Neuropsiquiatria*, 78(4), 258-264. Obtenido de Rev Neuropsiquiatr: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034

Báez Evertsz, F. (2006). *La cambiante inmigración haitiana*. Santo Domingo.

Barudy, e. a. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. España: Gedisa.

Beiser, M. (1985). Un estudio de la depresión entre los africanos tradicionales, urbanos norteamericanos y refugiados del sudeste asiáticos. *Cultura y la depresión: estudios en la antropología y la Psiquiatría transcultural del afecto y el trastorno*, 272-298.

Beiser, M. (1985). Un estudio de la depresión entre los africanos tradicionales, urbanos norteamericanos y refugiados del sudeste asiáticos. *Cultura y la depresión: estudios en la antropología y la Psiquiatría transcultural del afecto y el trastorno*, 272-298.

Bhugra D, B. K. (1999). Racism in psychiatry: paradigm lost--paradigm regained. *Int Rev Psychiatry*, 11, 236-43.

Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(2), 84-93.

Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Botero de Mejía, B. E. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Hacia la Promoción de la Salud. 12(1), 11-24.



- Cabildo, H. (2014). La higiene mental en la salud pública. *Salud Pública de México*, 1(2), 173-175.
- Cabildo, H. M. (1973). Servicios de salud mental en centros de salud.
- Cabildo, M. H. (1991). *Salud mental enfoque preventivo*. México: Editorial Unión.
- Caplan, S., Escobar, J., Paris, M., Alvidrez, J., Dixon, J. K., Desai, M. M., . . . Whittemore, R. (2012). Cultural Influences on Causal Beliefs About Depression Among Latino Immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(1), 68 - 77.
- Cardona A., D., & Agudelo G., H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 79-90.
- Chinchilla, A. M. (2011). *La Depresión y sus mascararas aspectos terapéuticos* (Vol. Tomo I). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Collinson, H. (2006). *Dejados al margen: Discriminación contra los inmigrantes haitianos y sus descendientes en la República*. Londres: Christian Aid.
- Crush, J. (2013). Linking Food Security, Migration and Development. *International Migration*, 51(5).
- Cuello J, I. (1997). *Contratación de mano de obra haitiana destinada a la industria azucarera dominicana, 1952-1986*. República Dominicana: Editora Taller 1997.
- Desamours, J. (2008). La familia haitiana inmigrante en la república dominicana. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, REMHU*, 16(30), 239-247.
- Eisenman, D., Gelberg, L., Liu, H., & Shapiro, M. (6 de Agosto de 2003). Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA*, 290(5), 627-634.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales . (2003). *Base de datos de la Encuestas FLACSO/OIM sobre la población haitiana en la República Dominicana*. Santo Domingo: FLACSO/OIM.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (2004). *Encuesta sobre inmigrantes haitianos en República Dominicana*. FLASCO.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2015). *Terremoto de Haití: Informe de avance de cinco años*. Ginebra. Obtenido de Informe de avance.
- Félix, W. D. (2004). *División Político-Territorial Dominicana 1944-2004*. Santo Domingo: CONAU.



- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA. (Diciembre de 2014). *Características y Análisis de Salud de la Población de Origen Extranjero*. Recuperado el 28 de 12 de 2016, de ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ENI-2014: <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/AnálisisSaludPoblacionExtranjera.pdf>
- Francisco, G. (2008). *Desafío de Bienestar: viviendo más allá del estrés*. Barcelona: Gedisa.
- García Viniegras, C. R. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-99.
- García-Campayo, J., & Sanz Carrillo, C. (2002). Mental Health in immigrants: the new challenge. *Medicina clínica*, 118, 118(5), 187-191.
- Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85(24), 19-28.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: NFER.
- Gómez Restrepo, e. a. (2008). *Psiquiatría Clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (Tercera edición ed.). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- González, M., & Ibáñez, I. (2001). Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación de dos modelos factoriales. *Psiquiatría.com*, 5(1).
- Guasasco, C., Heuer, L. J., & Lausch, C. (2002). Providing Health Care and Education to Migrant Farm workers in Nurse-managed Centers. *Nursing Education Perspectives*(4), 164-171.
- Halpern D, N. J. (2000). The ethnic density effect: results from a national community survey of England and Wales. *Int J Soc Psychiatry*, 46(1), 34-46.
- Halpern, D., & Nazroo, J. (2000). The ethnic density effect: results from a national community survey of England and Wales. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(1), 34-46.
- Hernández, A. L. (s.f.). *Biblioteca Virtual en Salud*. Recuperado el 10 de 09 de 2016, de Biblioteca Virtual en Salud: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-3-1975-4.pdf>
- Hernández, P., & León, A. (1975). Las enfermedades psicosociales como problema de salud pública. Concepto, situación actual y perspectivas de solución. *Revista médica*, 43.
- Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Central del Este. (2013). *Perfil socioeconómico y medio ambiental de la provincia*. Elías Piña: Editora Amigo del Hogar.



- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., Pataki, C. S., & Sussman, N. (2015). *Síntesis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica* (Undécima edición ed.). LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH.
- Kirmayer, L. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 22-30.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *45*(7), 607-616.
- Kristiansen, M., Mygind, A., & Krasnik, A. (2007). Health effects of migration. *Danish medical bulletin*, *54*(1), 46-47.
- Lawyers' Committee for Human Rights . (1991). *A childhood abducted: Children cutting sugarcane in the Dominican Republic*. New York.
- Luo, X. G. (2003). Reliability, validity, and responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain. *Spine*, *28*(15), 1739-1745.
- Márquez-Montero, G., Loret de Mola, C., Bernabé-Ortiz, A., Smeeth, L., Gilman, R. H., & Miranda, J. J. (2011). Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú. *Revista Peru*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Quinta edición ed.). Editora Médica Panamericana.
- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. (2011). *Movimientos Migratorios Desde y Hacia la República Dominicana, Tomo I*. Santo Domingo: Editora Alfa y Omega.
- Moseley-Williams, R., Gilles, C., & Tejeda, E. (2005). *Empoderamiento de inmigrantes haitianos y sus descendientes en República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana.: documento preparado para el proyecto del mismo nombre, Federación Luterana Mundial (FLM), Programa Caribe/Haití y Consorcio de Organizaciones No Gubernamentales/Movimiento Socio Cultural de los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA), febrero.
- Muennig, P., & Fahs, M. (2002). Health status and hospital utilization of recent immigrants to New York City. *Prev Med*, *35*(3), 225-231.
- Mui, A. C., Kang, S. Y., Kang, D., & Domanski, M. D. (2007). Dominio del idioma inglés y la calidad de vida relacionada con la salud entre inmigrantes chinos y coreanos. *Health & social work*, *32*(2), 119-127.



- Murray, C., & Lopez, A. D. (1996). A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Global Burden Of Disease and Injury Series*, 4, 1241 - 1243.
- Murray, G. (2010). Lenguaje y raza en la frontera dominico-haitiana: Apuntes antropológicos. En D. A. al, *La Frontera dominico-haitiana* (págs. 241-208). Santo Domingo: Ciudades y Fronteras.
- Nazroo, J. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health*, 93(2), 277-84.
- Oficina Nacional de Estadística. (2009). *Las migraciones interprovinciales en República Dominicana (1997-2002)*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística.
- Oficina Nacional de Estadística. (2012). *IX Censo Nacional de Población y Vivienda. Informe Básico*. Santo Domingo.
- Oficina Nacional de Estadística ONE. (2002). *VIII CENSO Población y vivienda*. Santo Domingo.
- Oficina Nacional de Estadística ONE. . (2013). *VIII CENSO Población y vivienda 2002*. Santo Domingo: ONE.
- Oficina Nacional de Estadística, ONE. (2008). *Perfil Socio demográfico y Provincial Pedernales*. Pedernales: ONE.
- Organización Internacional para las Migraciones OIM. (12 de 2012). *Organización Internacional para las Migraciones OIM*. Recuperado el 10 de 09 de 2016, de Pautas para mejorar el bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes y en situación de vulnerabilidad: https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/pautas_para_mejorar.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones OIM. (s.f.). http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf. Recuperado el 10 de 09 de 2016, de Migración y Salud: http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf
- Organización Mundial de la Salud & Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. (2004). *Informe Compendiado: Prevención de los trastornos mentales - Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo -Forjemos el futuro*. Recuperado el 13 de 01 de 2017, de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>

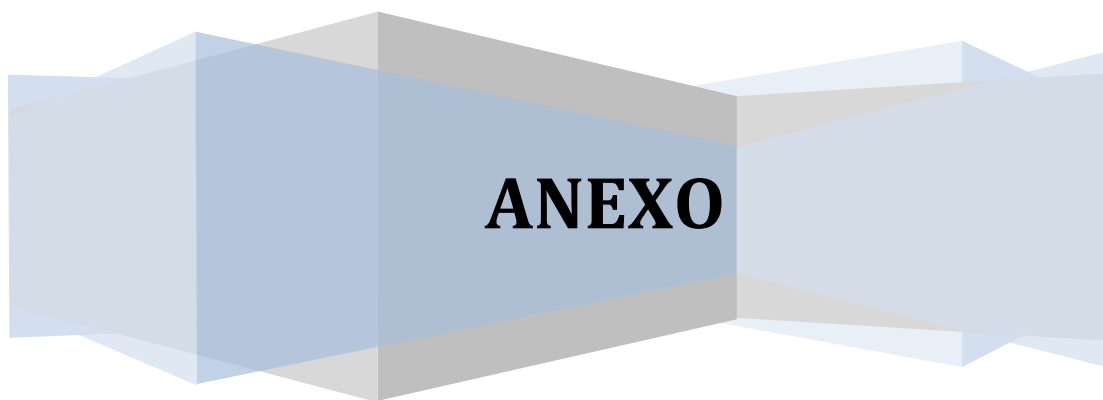


- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría*. Recuperado el 17 de 1 de 2017, de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf
- Pérez, R. (10 de 06 de 2014). En Hospitales de la frontera nacen dos haitianos por cada parturienta de RD. *El Nacional*.
- Razum, O., Zeeb, H., & Rohrmann, S. (2000). The 'healthy migrant effect'—not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology*, 29(1):191-192.
- Rueda, M. D. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 159-168.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2012). *Sipnosis de Psiquiatría*. España: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH.
- Sánchez Martínez, F., & Barrientos, G. (2001). *Psiquiatria social y comunitaria* (Primera edición ed.). Santo Domingo: Editora Buho.
- Serrano, G. L. (2008). Estudio nacional de salud mental en Colombia.
- Silié, R., Segura, C., & Cabral, C. (2002). *La nueva inmigración haitiana*. Santo Domingo: FLACSO.
- Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014). Una revisión sistemática de la resistencia y los resultados de salud mental de inmigrantes forzados adultos impulsado por el conflicto. *Conflict and Health*, 8(13).
- Sociedad Dominicana de Psiquiatría. (20 de 10 de 2016). *Declaración República Dominicana Migraciones y Salud Mental*. Recuperado el 29 de 12 de 2016, de World Psychiatric Association WPA: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=1831
- Suarez Ojeda, e. a. (2004). *Resiliencia, tendencias y perspectivas*. Argentina.
- Sundquist K, F. G. (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden 2004;184:293-8. *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 893-298.
- Sundquist, J. (2001). Migration, equality and access to health care services. *J Epidemiol Community Health*, 55(10), 691-692.



- Tuesca-Molina, R., Romero, H. C., Salgado, M. O., Delgado, N. G., & López, J. L. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 1(24), 53-63.
- UNICEF & OIM. (2002). *Tráfico de niños haitianos hacia la República Dominicana*. Santo Domingo.
- Unidad de Estudios de Políticas Económicas y Sociales del Caribe. (22 de 04 de 2015). *Informe País: Haití*. Recuperado el 28 de 12 de 2016, de Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo: <http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/uepesc/informe-pais/2015/Hait%C3%AD.pdf>
- Uriarte Arciniega, J. d. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. . *Revista de Psicodidáctica*, 61-79.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de Salud Mental en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 307-319.
- Urzúa, A. &.-U. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 30(1), 61-71.
- Vallejo, J. e. (2012). *Tratado de psiquiatría* (Segunda edición ed.). Madrid: Marbán.
- Veling WA, M. J. (2004). Acculturation Stress as an explanation for the increased incidence of schizophrenia among inmigrants. *Ethnicity and Health*, 9, 98.
- Veling, W., Mackenbach, J., & Hoek, H. (2004). Acculturation Stress as an explanation for the increased incidence of schizophrenia among inmigrants. *Ethnicity and Health*, 9, 98.
- Vera-Villaruel, P. S.-A. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1275-1283.
- Victoria García-Viniegras, C. R. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*16(6), 16(6), 586-592.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. . *Gaceta sanitaria*, 2(19), 135-150.
- Wagnild, G. e. (2002). Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Perú: Novella.
- Wooding, B., & Moseley-Williams, R. (2004). *Inmigrantes haitianos y dominicanos de ascendencia haitiana en la República Dominicana*. Santo Domingo: SJRM/CID.





PROYECTO DE TESIS DOCTORAL

"TRASTORNOS PSICOSOCIALES DE LA INMIGRACION HAITIANA EN LA REGION FRONTERIZA DE LA REPUBLICA DOMINICANA"

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha: _____ Hora: _____

Provincia: _____ Municipio _____ Sector: _____

Nombre: _____ Edad: _____

P01. Sexo: (1) Femenino ____ (2) Masculino ____

P02. País de nacimiento: (1) Haití ____ (2) Rep. Dominicana ____

P03. Estado Civil: (1) Casado ____ (2) Unión libre ____ (3) Divorciado/Separado ____ (3) Viudo ____ (4) Soltero ____

P04. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo allí? Meses ____ Años ____

P06. Tipo de vivienda: (1) Propia ____ (2) Alquilada ____ (3) Vive con Familiar ____ (4) Otra: Especificar _____

P09. ¿Sabe leer y Escribir? (1) Si ____ (2) No ____

P10. ¿Cuál es su último curso aprobado? _____

P11. ¿Le pagan por hacer algún trabajo? (1) Si ____ (2) No ____ P12. ¿Cuál trabajo realiza? _____

P13. ¿Pertenece a algún grupo social o comunitario? (1) Si ____ (2) No ____ Especificar _____

P14. ¿Pertenece a algún grupo religioso? (1) Si ____ (2) No ____ Especificar _____

P15. ¿Pertenece a algún grupo cultural? (1) Si ____ (2) No ____ Especificar _____

P16. ¿Práctica algún deporte? (1) Si ____ (2) No ____ Especificar _____

P17. ¿Recibe apoyo de alguna organización? (1) Si ____ (2) No ____ P18. ¿Cuál institución? _____

P19. ¿Usted ha visitado algún servicio de salud? (1) Si ____ (2) No ____ P20. ¿Cuál? _____

P21. ¿Te han diagnosticado algún problema de salud? (1) Si ____ (2) No ____ P22. ¿Cuál? _____

P23. ¿Ha padecido de algún problema de depresión, ansiedad, tristeza? (1) Si ____ (2) No ____

P24. ¿Alguien en su familia ha padecido de depresión, ansiedad, tristeza, agitación? (1) Si ____ (2) No ____

P25. ¿Tiene seguro médico? (1) Si ____ (2) No ____ P26. ¿Cuál régimen? (1) Subsidiado ____ (2) Contributivo ____

P27. ¿A cuál seguro está afiliado? _____

P28. ¿Conoce algún servicio de salud en su Comunidad? (1) Si ____ (2) No ____

P29. ¿A cuál servicio de salud acude? _____

p30. ¿Se ha sentido discriminado o rechazado por personal de salud al solicitar un servicio?

(1) Si ____ (2) No ____ (comente su experiencia brevemente).

