



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Migración y salud mental: psicopatología y síndromes

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Autor: Michelle Fabiola Ruz Aranguren

Tutor: Mar Álvarez Segura

Grado en: Psicología

Universitat Abat Oliba CEU

Curso académico: 2020-2021

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.



Firma:

Michelle Fabiola Ruz Aranguren

La historia de la humanidad es una historia de migraciones, de movimientos, de población de una esquina a la otra del planeta

JAMES BOTEY

Resumen

Las migraciones son un proceso relevante en la historia que afecta a un importante número de personas. Este complejo fenómeno comprende un factor de riesgo psicopatológico para desarrollar trastornos mentales en quienes lo experimentan, al ser un proceso capaz de generar altos niveles de estrés, amenazando la capacidad de adaptación del individuo. Este trabajo tiene como objeto describir y especificar la relación entre la migración y ciertos cuadros psicopatológicos, así como los distintos factores de riesgo y de protección para la salud mental de los migrantes.

Para ello, se realiza una aproximación teórica, desde una revisión no sistemática de distintos estudios y trabajos científicos en relación con la temática. Gracias a esto, pudimos referenciar las sintomatologías más prevalentes y su expresión en la población migrante, como son la ansiedad y la depresión, entre otros, así como otros cuadros más específicos de los migrantes, como el Duelo migratorio y el Síndrome de Ulises. Se trata de una temática de vital importancia, y dada la relevancia de la migración y sus consecuencias, resaltamos la urgencia de realizar más investigaciones acerca del tema, para tomar conciencia de los efectos que tal fenómeno puede provocar en la salud mental de los migrantes y en la salud pública del país receptor.

Resum

Les migracions són un procés rellevant en la història que afecta un important nombre de persones. Aquest complex fenomen comprèn un factor de risc psicopatològic per desenvolupar trastorns mentals en les persones que experimenten, a l'ésser un procés capaç de generar alts nivells d'estrès, amenaçant la capacitat d'adaptació de l'individu. Aquest treball té com a objecte descriure i especificar la relació entre la migració i certs quadres psicopatològics, així com els diferents factors de risc i de protecció per a la salut mental dels migrants.

Per a això, es realitza una aproximació teòrica, des d'una revisió no sistemàtica de diferents estudis i treballs científics en relació amb la temàtica. Gràcies a això, vam poder referenciar les simptomatologies més prevalents i la seva expressió en la població migrant, com ho són l'ansietat i la depressió, entre d'altres, així com altres quadres més específics dels migrants, com el Dol migratori i el Síndrome d'Ulisses. Es tracta d'una temàtica de vital importància, i donada la rellevància de la migració i les

seves conseqüències, ressaltem la urgència de realitzar més investigacions sobre el tema, en pro a prendre consciència dels efectes que aquest fenomen pot crear a la salut mental dels migrants i en la salut pública de país receptor.

Abstract

Migrations are a relevant process in history that affect a significant number of people. This complex phenomenon comprises a psychopathological risk factor for developing mental disorders in those who experience it, as it is a process capable of generating high levels of stress, threatening the individual's ability to adapt. This work aims to describe and specify the relationship between migration and certain psychopathological conditions, as well as the different risk and protective factors for the mental health of migrants.

For this, we apply a theoretical approach, from a non-systematic review of different studies and scientific works in relation to the subject. Thanks to this, we were able to reference the most prevalent symptoms and their expression in the migrant population, such as anxiety and depression, among others, as well as other more specific syndromes of migrants, such as the Migratory grief and Ulysses syndrome. It is a matter of vital importance, and given the relevance of migration and its consequences, we highlight the urgency of conducting more research on the subject, in order to become aware of the effects that such a phenomenon can create on the mental health of migrant people and the public health of the recipient country.

Palabras claves / Keywords

Migración – Salud mental – Síndrome de Ulises – Duelo migratorio – Estrés

Sumario

Introducción	10
1. Migración	13
1.1. Concepto de migración	13
1.2. Tipologías	15
1.3. Aspectos relevantes en la migración	17
1.4. Estadísticas relacionadas	20
1.4.1 Migrantes en España	20
1.5. Valores positivos del fenómeno	22
2. Salud mental	24
2.1. Definiciones y conceptos	24
2.2. Salud mental en migrantes	25
2.2.1 Factores de riesgo	29
2.2.2 Factores de protección	34
3. Psicopatología en migrantes	37
3.1. Sintomatología y trastornos mentales	37
3.2. Duelo migratorio	43
4. Síndrome de Ulises	49
4.1. Concepto	49
4.2. Estresores	51
4.3. Sintomatología	54
4.4. Diagnóstico diferencial	57
4.5. Intervención	58
Conclusiones	60
Referencias	63

Introducción

La migración supone uno de los fenómenos más relevantes y trascendentes de la historia de la humanidad, conllevando consigo aspectos emocionales, situacionales y de adaptación muy intensos. Hoy en día, es un tema con gran relevancia social y, especialmente, de salud pública, al afectar a un importante número de personas en el mundo. Según datos de la ONU, más de 270 millones de personas viven fuera de su país. Quienes emigran se ven expuestos a niveles de estrés y situaciones que amenazan la capacidad de adaptación e integración del individuo. A pesar de los cambios positivos (y buscados, como objetivo del proyecto migratorio), la cantidad y calidad de los cambios que conlleva este fenómeno constituye un duelo ante la pérdida de distintos aspectos (entre los que encontramos la familia y allegados, la tierra y la cultura, entre otros), que puede llevar a la aparición de estrés psicopatológico y problemas emocionales, de mayor o menor intensidad.

El estudio y la asociación entre la migración y las enfermedades mentales ha ganado relevancia en las últimas décadas. Así, la psicología clínica ha estudiado los síndromes más frecuentes en la población migrante. El duelo migratorio, y, más recientemente, el Síndrome de Ulises, se encuentran en el núcleo de estas investigaciones. En cuanto al diagnóstico de síntomas o trastornos mentales ya clasificados, parece haber una prevalencia significativa de algunos, que ya especificaremos más adelante. Aunque, la prevalencia mostrada varía según múltiples factores, entre los cuales podemos encontrar la motivación migratoria, la cultura y nacionalidad del migrante, las características del país receptor, entre otras, influyen y determinan el bienestar de la población migrante.

Personalmente, soy una joven venezolana que ha vivido múltiples procesos migratorios, encontrándome actualmente en el medio de mi segundo proyecto migratorio y en un segundo país receptor. Hace cinco años tomé la decisión de irme a España a perseguir una educación de mejor calidad y para cumplir mi sueño de ser psicóloga. Hoy, me encuentro en Estados Unidos, luchando por un nuevo plan y un futuro prometedor. Por ello he decidido realizar mi Trabajo de Fin de Grado sobre este tema, como fruto de mi experiencia y vivencias propias, buscando entender mejor los procesos que he atravesado tanto yo, como mi familia, y cómo pueden afectar a la población de migrantes, la cual tiene una representación importante entre mis hermanos de país, los millones de venezolanos que se han visto forzados a emigrar debido a la situación de Venezuela. Tengo también un interés clínico, el cual me lleva a querer aprender y comprender cómo un migrante, especialmente aquellos en situaciones de estrés límite,

responde a los cambios y dificultades del proceso migratorio, en ocasiones en forma de dificultades emocionales y/o trastornos mentales. Son aspectos y cambios que, en parte, he podido ver en mi propio proceso, así como en allegados y seres queridos.

Al contrario de las típicas investigaciones del fenómeno migratorio, centradas en aspectos demográficos, económicos, estadísticos, laborales, etcétera del proceso, en este trabajo nos centramos en el migrante como persona, desde una perspectiva humanista, social y clínica, dando luz a las dificultades y procesos emocionales que sobrellevan.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es conocer la relación entre la migración y la aparición de ciertas sintomatologías y/o trastornos mentales en la población migrante, especialmente el Duelo migratorio y el Síndrome de Ulises. Se tendrá en cuenta cuáles son los factores influyentes, que pueden resultar tanto de riesgo como protectores. Para lograrlo, buscamos también describir y estudiar los conceptos de migración y salud mental, así como variables relevantes a estos.

El enfoque dado a la temática elegida es general, teniendo un pequeño énfasis en la inmigración en España. Es decir, la investigación e información utilizada no discrimina según país de procedencia, pero hemos incluido un apartado de estadísticas relacionadas con los migrantes en España, al ser el país que me recibió y me ha visto crecer como estudiante y, al mismo tiempo, profesionalmente. Este apartado sirve el propósito, a su vez, de ayudar a contextualizar la información aportada y relacionarla con los múltiples estudios españoles citados en el trabajo, así como para ayudarnos a entender la situación de la población migrante en el país. Asimismo, hemos de resaltar la importancia y relevancia de los trabajos realizados por el Dr. Joseba Achotegui, autor del Síndrome de Ulises y profesional de la Universitat de Barcelona.

El presente trabajo se comprende de cuatro partes, en el cual la primera se centra en la definición, tipologías, aspectos relevantes, estadísticas y valores positivos de la migración. El segundo apartado trata la salud mental, su definición y expresión en la población migrante, así como los factores de riesgo y de protección que influyen en la aparición de sintomatología psicopatológica en los inmigrantes. La tercera parte define de manera más específica la psicopatología en tal población, definiendo cómo suelen aparecer y cuáles son las más prevalentes. Se entra en más detalle, también, en el Duelo migratorio, sus características y expresiones. Por último, el cuarto apartado describe el Síndrome de Ulises, detallando sus estresores y sintomatología típica, así como el diagnóstico diferencial y la intervención recomendada.

Para lograr realizar este trabajo, nos hemos basado en una revisión no sistemática de literatura científica, en castellano y en inglés, realizando una aproximación teórica y utilizando distintas bases de datos, las cuales proveyeron 108 artículos y libros con información relevante y descriptiva sobre las temáticas de interés.

Por último, pero no menos importante, es agradecer a las personas que ayudaron a finalizar este Trabajo de Fin de Grado: en primer lugar, mi profesora y tutora de TFG, Mar Álvarez, quien con su guía y experticia encauzó mi camino, dándome las herramientas, correcciones y consejos necesarios para realizar un trabajo de esta importancia y dificultad. Me gustaría agradecer, también, a mi tutora Laura Amado, que me ha acompañado en los cuatro años de estudio en la Universidad Abat Oliba CEU, siempre guiándome y apoyándome. A mi familia y amigos, estoy infinitamente agradecida por el apoyo que me han dado, tanto en mi proceso migratorio como en mi trayecto universitario, agradeciendo en especial a mi mamá, Yulmir Aranguren, mi papá, Martín Ruz, y mis mejores amigas, Beatriz Fernández y Paola Arcilagos. Ustedes son mi roca. Este TFG no hubiese podido ser llevado a cabo sin cada una de las personas que han estado detrás de mí, empujando y guiándome a ser la mejor estudiante y profesional que puedo ser. Como explicamos en el presente trabajo, una red de apoyo estable y positiva es uno de los factores protectores más importantes para mantener una salud mental estable en los procesos migratorios.

1. Migración

1.1. Concepto de migración

Se ha definido a la migración en numerosas ocasiones por diferentes autores, con las ambigüedades que ello puede conllevar. En su aspecto más básico, la Real Academia Española (RAE, 2001) considera que la migración es el «desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales». Por tanto, podríamos afirmar que se trata de un «desplazamiento de personas a una distancia significativa y con un carácter relativamente permanente» (Cortizo, 1993, p.9), dándole importancia al aspecto temporal y espacial del proceso.

En esta línea, múltiples autores consideran esencial en la definición el movimiento espacial y la permanencia temporal del mismo, como lo entiende Beijer (1972, citado en Herrera, 2006).

Por otro lado, Grinberg y Grinberg (1996) la consideran un fenómeno que comprende el traslado prolongado en el tiempo, implicando vivir y desarrollarse en un país o región distante y diferente al anterior. Se trata de una definición que tiene en cuenta aspectos típicos del proceso migratorio, y reconoce también los aspectos psicológicos y psicosociales asociados.

En cambio, Eisenstadt (1954, citado en Kosinski & Prothero, 1975) otorga relevancia al cambio sociocultural, definiendo la migración en base a la transición física de un sujeto de una sociedad a otra y el abandono del estadio social previo. A pesar de ello, sí considera importantes la distancia y el tiempo involucrado.

Otros autores, como Páez de Naïr y Bideau (1996, citado en Pereda, 2006) consideran al tiempo como variable central, definiendo al migrante como quien se traslada de su país al extranjero en un período superior a un año. Este tiempo se ve avalado por las consideraciones de las Naciones Unidas.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), considera que un migrante es aquel que se haya desplazado dentro o fuera de un país diferente a su lugar de residencia, independientemente de su situación jurídica, voluntariedad o involuntariedad del desplazamiento, las causas del mismo o la duración de su estancia.

Juntando otras variables encontramos a Bogue (1968, citado en Herrera, 2006), quien considera la distancia y el cambio sociocultural como los factores básicos involucrados en la migración. De esta manera, podemos ver que los aspectos más relevantes en las

definiciones de migración suelen ser el tiempo, la distancia y, en menor medida, aunque no menos importante, el cambio sociocultural.

Hägerstrandt (1957, citado en Kosinski & Prothero, 1975), por otro lado, considera al aspecto demográfico como lo más relevante de la definición, definiendo la migración como el cambio de residencia de una comunidad a otra. Igualmente, Oso (1998) hace énfasis en dicho aspecto geográfico y demográfico del fenómeno, afirmando:

Desde el punto de vista demográfico, se suele denominar migración al desplazamiento que trae consigo el cambio de residencia del individuo, de un lugar de origen a uno de acogida y que conlleva el traspaso de divisiones geográfico-administrativas, bien sea al interior de un país (regiones, provincias, municipios) o entre países. Se habla de estadías no inferiores a un año, sin embargo, la medición está determinada por la definición que al respecto haga cada país. (p. 33)

Aunque, hemos de considerar también los fines y propósitos del proceso migratorio. De tal manera, autores describen la migración como un cambio de residencia realizado en búsqueda de mejores condiciones de vida, conllevando así una decisión económica e individual (Morrison, 1977). Así, se trataría de un camino elegido tras sopesar y calcular las ventajas y desventajas tanto de quedarse como irse del país de origen. Bogue (1977) considera, sin embargo, que no siempre se busca un beneficio económico, siendo otros aspectos igualmente importantes en la racionalidad de la decisión.

Dicho proceso puede verse de dos maneras: emigrar, correspondiente al país propio, e inmigrar, referente al país de destino. Es decir, emigrante es el que se va e inmigrante es el que llega.

En esta línea, Blanco (2000, citado en Micolta, 2005) considera que la migración abarca tres subprocesos: la emigración, la inmigración y el retorno. Para combatir la ambigüedad de ciertas definiciones, la autora especifica las dimensiones espacial, temporal y social como criterios definitorios del fenómeno, ayudando a la precisión en la determinación de sujetos migrantes. La dimensión espacial refiere al movimiento que ha de producirse entre dos delimitaciones geográficas significativas (provincias, regiones, países, entre otros). La temporal considera que el desplazamiento no debe ser esporádico, sino duradero. Por último, la dimensión social supone que el traslado causa un cambio significativo de entorno físico y social.

De esta manera, Blanco define la migración como aquellos movimientos que supongan para el sujeto un cambio de entorno político administrativo, social y/o cultural relativamente duradero, implicando así una reorganización vital.

Como podemos ver, se trata de un fenómeno multidimensional, con muchas variables y perspectivas a considerar. Aunque, en este trabajo de investigación realizaremos un enfoque más psicológico, relacionándolo con aspectos de la salud mental, factores de riesgo y protección y psicopatología asociadas.

1.2. Tipologías

Podemos encontrar diversos aspectos según los cuales dividir los diferentes tipos de migración, siguiendo diferentes criterios. Asimismo, hemos de considerar que la migración puede seguir diversos patrones (Simmons, 1991). En un primer lugar, se puede especificar una tipología en base a los movimientos espaciales de la población (Noin, 1979): a) movimientos migratorios, aquellos que implican un cambio de actividad y dados por una búsqueda de mejor calidad de vida, pueden ser de duración media, larga o definitiva y de distancia interior o inclusive internacional; b) movimientos habituales, que suelen ser de corta duración y no buscan responder a un desequilibrio o intención de cambio de actividades, sino a necesidades laborales, vacacionales, entre otras.

Asimismo, las migraciones internacionales corresponden a aquellas que comprenden traspasar una frontera, en las cuales los sujetos dejan su país. Esta puede ser de carácter legal, cuando se cumplen los requisitos de admisión y se regulariza la situación jurídica del migrante, o ilegal, cuando esto no sucede y, a pesar de ello, el migrante decide instalarse en el país de destino (Micolta, 2005). Mientras que, las migraciones nacionales conllevan el traslado dentro de las fronteras del país.

Por otro lado, y en el caso de Tizón et al. (1993), se establecen las siguientes tipologías:

- **Según el tiempo:**
 - a) *Estacionales*. Individuos que se trasladan para trabajos realizados únicamente en ciertas temporadas del año.
 - b) *Temporales reiteradas*. Debido a renovaciones de contratos de trabajo hasta la finalización del mismo.
 - c) *De varios años*. Fantasía de solo estar algunos años fuera del país de origen. No suele ocurrir, dado que muchos casos suelen convertirse en emigración definitiva.

- d) *Indefinidas*. Partida sin la intención de volver al lugar de origen, con excepción de vacaciones o viajes ocasionales.
- **Según el modo de vida:** Se hace referencia a las preferencias de estilo de vida, normalmente según las actividades realizadas. Por ejemplo, últimamente se ha normalizado el migrar de pueblos a ciudades.
 - **Según las demandas y necesidades profesionales:**
 - e) *Buscando un estatus profesional estable*. Como, por ejemplo, trabajadores que buscan incorporarse a una industria más moderna y estable, en consonancia a las tendencias.
 - f) *Exigencia de la actividad profesional*. Debido a reubicaciones laborales, como en el caso de militares y diplomáticos.
 - g) *Búsqueda de un desarrollo superior*. Como es el caso de aquellos que emigran buscando nuevas oportunidades profesionales, buscando ampliar su formación intelectual.
 - **Según la edad:**
 - a) *Infantil*. Suele ocurrir por acompañamiento de padres migrantes, aunque incluso puede ser posterior a los mismos. Si ello ocurre, el niño puede sufrir de privación afectiva en mayor o menor medida. La migración infantil supone una facilidad para integrarse en la nueva cultura.
 - b) *De adultos*. Suelen ser líderes del proceso en consonancia con sus necesidades y criterios propios.
 - c) *De ancianos*. Puede ocurrir dada una obligación de abandonar el lugar de origen, reuniéndose con hijos fuera del mismo. Suele conllevar dificultades psicosociales en el anciano.
 - **Según el grado de libertad:**
 - a) *Voluntarias*. Suelen ocurrir en aquellos casos en los que el migrante persigue un fin económico, en búsqueda de mejores compensaciones.
 - b) *Forzosas*:

- i) *Esclavos*. Típico en épocas de colonización, en las cuales se desplazaron a sujetos con el fin de explotarlos por parte de colonizadores.
- ii) *Deportados o desterrados*. Sucede por la obligación de dejar su lugar de origen ante la remoción de dicha tierra.
- iii) *Refugiados*. Sujetos que deciden abandonar su país debido a pobres condiciones de vida y peligros significativos. Suelen encontrar altas dificultades para asentarse en el país de acogida.

En otra línea, Pries (1999) asegura que está emergiendo un nuevo tipo de migrante, el **transmigrante**, aquel que «vive ubicado en espacios sociales que trascienden los clásicos lugares monolocales de residencia geográfica» (p. 57). Es decir, sujetos que cambian de residencia (en diferentes localidades, regiones o países) con tanta regularidad que se vuelve su normalidad. Son personas que no se limitan a una localidad, abriéndose a diferentes espacios geográficos.

Por último, encontramos también el concepto de la **migración de retorno**, la cual podrá definirse como el proceso en el cual un migrante regresa a su país de origen tras haber permanecido en el extranjero durante un período significativo de tiempo (King, 1986). Este puede, a su vez, ser clasificado según (Gmelch, 1980):

- a) *Migrantes temporales*. Aquellos que se desplazan por motivos específicos, retornando tras conseguir su objetivo. Por ejemplo, juntar dinero para comprar una casa.
- b) *Retorno forzado*. Sería el caso de migrantes con la intención de desplazarse de manera definitiva, más forzados a regresar por factores externos. Por ejemplo, la enfermedad de un familiar en el lugar de origen.
- c) *Retorno voluntario*. En este, los migrantes con la intención de desplazarse de manera definitiva deciden volver a su lugar de origen debido a condiciones adversas en el lugar de destino.

1.3. Aspectos relevantes en la migración

La migración trata de un proceso frecuente e histórico en el mundo, especialmente debido a la globalización (Passalacqua et al., 2013), formando así parte esencial de nuestra historia y siendo tan antiguo como el mismo ser humano. Por tanto, se ha

convertido en uno de los fenómenos políticos y socioculturales más relevantes de este siglo y el anterior.

De cierta manera, el principal motivo de los migrantes es conseguir una mejor calidad de vida en el país receptor. Puede haber múltiples razones para tomar la decisión, entre las cuales podemos encontrar: laborales, políticas, bélicas, familiares, económicas, religiosas, entre otras. Cualquier sujeto es un migrante potencial. Por ello, los migrantes pueden pertenecer a cualquier clase social, vistas políticas, situación económica, cultura, etcétera.

Aunque, son aquellos migrantes de bajo estatus económico y provenientes de países con problemáticas políticas los que se ven más afectados y sufren de problemas de adaptación, recayendo también en ellos las problemáticas que se consideran relacionadas con la inmigración, como lo pueden ser, por ejemplo, la prostitución, el trabajo ilegal, las estancias ilegales, el tráfico de drogas, etc. (Ochoa et al., 2005).

La migración puede conllevar implicaciones políticas y económicas, más si tenemos en cuenta los acuerdos internacionales negociados entre las naciones para permitir dicho proceso, el cual, en aquellos casos de búsqueda de estabilidad económica y en otros casos, implica una salida de un país de bajo ingreso a uno de alto ingreso. Así, vemos que en la actualidad dicho factor económico es el propulsor del proceso migratorio en Europa y América, siendo estos los mayores receptores (Vilar & Eibenschutz, 2007). Aunque, según la OIM, el principal continente acogedor de inmigrantes es Asia, seguido de Europa y América.

Para Tizón (1989), la migración debe considerarse como un conflicto social, ya que debe ser elaborado por sus implicados (quienes emigran y quienes los reciben o despiden) y sus respectivas sociedades, pudiendo expresarse a nivel cultural, sociocultural y de forma psicopatológica y/o somática (cuando no se elabora el conflicto de forma suficiente).

Asimismo, y en relación con la salud mental de los migrantes, es relevante considerar las percepciones que se tienen hacia los mismos, por parte tanto de la sociedad en general como aquella específica que les recibe, ya que ello puede afectar la experiencia migratoria y la salud tanto mental como física de los migrantes. En muchos casos, podemos encontrar la presencia de actitudes de rechazo que pueden llevar a la exclusión social, discriminación y/o xenofobia (Reig-Botella et al., 2018). Esto se puede dar por estereotipos sobre el migrante o el país del que proviene, ideologías políticas, percepción de amenaza social o cultura, entre otros.

Un factor contribuyente a dicha percepción podría ser las acciones informativas de los medios de comunicación, donde pueden llegar a generar imágenes de exclusión social y de discriminación hacia los migrantes, tal y como estudió Van Dijk (2003, citado en Reig-Botella et al., 2018). El enfoque que realizan tiende a destacar y asociar a la inmigración con organizaciones delictivas, delincuencia, detenciones de inmigrantes e incluso actos terroristas (Igartua et al., 2006). De manera que, es una actuación con consecuencias cognitivas en la opinión pública, causando una visibilidad negativa de la inmigración, lo suficientemente relevante como para considerarle una problemática social. Según Moya y Puertas (2008), estudios reflejan que los españoles perciben, cada vez más, a la inmigración como algo problemático.

Por último, hemos de tener en cuenta las diferentes etapas de este proceso, por lo que citaremos la propuesta de Tizón et al. (1993):

- 1) *Primera etapa: La preparación.* Previo al acto migratorio *per se*, el sujeto suele planificarse y realizar diferentes valoraciones e investigaciones en preparación para tal cambio de vida. Esta etapa dependerá de las condiciones de partida, de llegada y del sujeto en sí. Se valoran las expectativas y limitaciones del proceso venidero. La preparación conlleva, a su vez, las pertinentes necesidades en el lugar de llegada: modo de viaje (p.ej, coche, avión, etc.), cómo entrar (p.ej, documentos legales necesarios), dónde y con quién vivir, etcétera.
- 2) *Segunda etapa: El acto migratorio.* Se trata del desplazamiento desde el lugar de salida al de llegada, el cual varía según el medio de transporte, pudiendo ser directo o por etapas. Dicho desplazamiento tiene un componente temporal, según el cual se concibe como esporádico o duradero y afectará los componentes emocionales del migrante (por ejemplo, un sujeto convencido de regresar a su propio país puede tener más facilidad y convicción al momento de emigrar).
- 3) *Tercera etapa: El asentamiento.* Refiere al período que comprende la llegada y la resolución de dificultades de subsistencia inmediata, lo que implica cambios personales y ambientales, con cierta aceptación y convivencia. Es esencial que el migrante inicie el proceso de adaptación, integrando el modelo de vida de la comunidad receptora y el suyo propio. Una inadaptación permanente impide el desarrollo del individuo a nivel social, debido a la incompatibilidad de las costumbres con el entorno social del país receptor. En esta etapa, la capacidad emocional del sujeto será de gran importancia.

4) *Cuarta etapa: La integración.* Si el proceso migratorio fue elaborado adecuadamente, se logra la última etapa de este. Esto ocurre mediante la incorporación, aceptación e inmersión de la nueva cultura, sintiéndola incluso como propia; aunque, esto no implica la negación u olvido de la cultura de origen. No obstante, puede darse también una acomodación, es decir, la aceptación mínima de dichas normas sin el deseo de incorporarlas como suyas propias, buscando evitar el conflicto de negarlas.

1.4. Estadísticas relacionadas

Globalmente y según datos de las Naciones Unidas, a fecha del 2019, 272 millones de personas viven fuera de su país, siendo la mayor cantidad registrada nunca y aumentando cada año. De hecho, el número de inmigrantes se ha duplicado en los últimos 35 años. Así, los migrantes corresponden un 3,5% de la población mundial (Organización de las Naciones Unidas, 2019). Según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA) de la ONU, en el 2020 se registraron 280,6 millones de migrantes internacionales. Hubo un aumento de un 2,4% anual en promedio en los últimos veinte años. Aunque, dichos datos podrían aumentar, ya que no considera aquellos migrantes temporales y/o estacionales. Asimismo, se ha de considerar que los migrantes en situación de ilegalidad y ausencia de documentación no suelen tener el derecho de participar en las encuestas de los organismos nacionales e internacionales. En el caso de los migrantes forzados, las cifras son las más altas desde la Segunda Guerra Mundial (Comisión Española de Ayuda al Refugiado, 2016).

1.4.1 Migrantes en España

En la historia española del siglo pasado, el país había sido un territorio emisor de migrantes, dadas las condiciones políticas, económicas y sociales asociadas con la Guerra Civil y el gobierno de Francisco Franco, vinculado a su vez al éxodo relacionado con la Segunda Guerra Mundial, la cual afectó de gran manera a Europa. Según el V Informe Foessa y Anuario de Migraciones, la evolución del fenómeno migratorio de españoles ha ido en declive. A partir de la década de los 70 y 80, España tuvo un aumento significativo de su población extranjera, ante la llegada de personas migrantes y refugiadas al país. En estos inicios, el país recibía, en su mayoría, migraciones del Magreb, países latinoamericanos, subsaharianos y europeos del este. A fecha del 2007, España conformaba uno de los tres primeros países del mundo receptores de

inmigrantes (Pajares, 2007), aunque ello se vio grandemente afectado tras la crisis que sufrió el país en el 2008.

Así, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019), España cuenta con más de 4.8 millones de emigrantes que llegaron al país, lo que representa un 10.33% de los 46.934.632 residentes de España. Los datos atribuyen el crecimiento poblacional del país en el año 2018 a la población migrante, siendo aquellos con nacionalidad extranjera mayores en números que los nacionales españoles, los cuales se redujeron. De manera que, en 2018 unos 643.037 extranjeros se desplazaron a España para residir, aumentando un 20,8% en comparación con el año anterior. De dicho número, 83.728, solo un 13%, contaban con la nacionalidad española, mientras que un 559.309 no. En aquellos casos de nacionales desplazándose a España, más sin retornar al no haber nacido en el país, se trataba en su mayoría de poblaciones provenientes de Venezuela, Ecuador y Reino Unido. La comunidad que más acoge inmigrantes es Cataluña, seguida de Madrid, la Comunidad Valenciana, las Canarias y Andalucía, en tal orden.

En general, las principales nacionalidades de extranjeros en España corresponden, en orden descendente, a: Marruecos, Rumanía, Reino Unido, Italia, Colombia, China, Alemania, Ecuador, Venezuela, etc. Mientras que los mayores crecimientos de población del 2018 al 2019 corresponden a los residentes de Venezuela (47%), Honduras (32,4%) y Colombia (25,1%).

No obstante, y como hemos mencionado anteriormente, estos estudios tienen como limitación la ausencia de inmigrantes no documentados en los datos utilizados para el censo.

A su vez, y respondiendo a la evolución del fenómeno migratorio en el país, aumentó el número de asociaciones y centros que atienden a las necesidades socioculturales de los inmigrantes, buscando realizar acciones educativas y sociales que repercutan en una mejora de los derechos de dicha población, junto a un compromiso social y ético en pro a un cambio de percepción en la sociedad de acogida.

No es sorpresa, por tanto, que el intenso ritmo de crecimiento de inmigrantes en el país, así como los problemas de integración asociados, causen dificultades que han de ser referenciadas y solventadas, buscando así resolver las carencias del modelo actual de acogida y las demandas realizadas a la economía española (Tezanos & Tezanos, 2006).

1.5. Valores positivos del fenómeno

En palabras de Horacio Capel (1997): «la sociedad, en general, y las ciudades, en particular, obtienen grandes beneficios con la inmigración». Se trata de un fenómeno que, a lo largo de la historia, ha contribuido con la mejora de las condiciones de vida de la humanidad.

Comentado [MR1]: Es una revista electrónica, no me deja saber cuál sería la página donde dice esta cita. (Se presenta en formato HTML)

Económicamente, la llegada de población migrante trabajadora al país ha contribuido en el crecimiento del PIB (Godenau, 2012), así como el aumento de las afiliaciones a la Seguridad Social y llenar puestos de trabajos donde previamente la oferta de mano de obra nacional era escasa, como, por ejemplo, empleados del hogar y construcción, contribuyendo a flexibilizar el mercado de trabajo y complementando las actividades laborales de la población nativa (Ordóñez, 2009). Asimismo, hay evidencias que vinculan un impacto positivo en los flujos de comercio e inversión gracias a los flujos migratorios, formando un bucle de retroalimentación positiva. A su vez, hay una relación positiva a largo plazo entre inmigración, innovación, dinamismo económico y productividad, en relación con los flujos de inmigración cualificada (Defensor del Pueblo, 2020).

Por otro lado, hemos de mencionar que la inmigración ofrece una ayuda para combatir la problemática del aumento de número de ciudadanos de la tercera edad en el país, siendo un mecanismo de compensación demográfico esencial, conocido como «migración de reemplazo», ayudando a fortalecer la fuerza laboral y aliviando el impacto del envejecimiento poblacional en la economía (Defensor del Pueblo, 2020). El aporte significativo que proveen las mujeres inmigrantes a la natalidad en España no se deja de lado, así como la integración social resultante de las tendencias de matrimonios mixtos entre españoles e inmigrantes latinoamericanos (López de Lera & Oso, 2007).

Desde un punto de vista cultural, es innegable que la presencia de inmigrantes contribuye a la generación de una mayor diversidad cultural, así como lingüística y religiosa. Esta integración ha sido menos problemática en España, dado que la mayoría de migrantes provienen de ámbitos culturales o lingüísticos cercanos. Se han creado comunidades bilingües importantes en el país, siendo las más importantes: el árabe, el rumano, el inglés, el alemán, etc. Culturalmente, la llegada de poblaciones migratorias enriquece al país receptor. La presencia de culturas diferentes en un territorio tiene el potencial de transformar a una sociedad cerrada en una abierta (Bastide, 1972, citado en Carbonell i Paris, 1995), trabajando la tolerancia y siendo factores de progreso en el país.

En términos profesionales, aquellos migrantes que dejan su país en busca de mejores oportunidades profesionales y mejor calidad de vida, aportan sus conocimientos y profesionalismo en empresas extranjeras, así como posiblemente el continuar capacitándose fuera de su país, según expresan Castillo y Reguant (2017), lo que puede causar efectos positivos en el mercado laboral del país recipiente.

Por lo que, habríamos de considerar a los procesos migratorios como un recurso necesario que garantiza el desarrollo y el progreso de la sociedad receptora en diferentes ámbitos, especialmente en la fuerza laboral y en el intercambio cultural.

A modo de reflexión, citaremos las palabras de Claude Lévi-Strauss (1969, citado en Carbonell i Paris, 1995, p. 10): «La civilización implica la coexistencia de culturas que se brindan mutuamente el máximo de diversidad, ya que consiste, de hecho, en esta misma diversidad».

2. Salud mental

2.1. Definiciones y conceptos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la salud mental se define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (1994, citado en Restrepo-Espinosa, 2006) la definió como «la relación armoniosa y productiva entre el hombre, el medio ambiente y las instituciones de manera constructiva y tendiente a la justicia y la equidad».

Se trata de un concepto que recoge el bienestar en sus varios espectros: emocional, psicológico y social. Es importante durante toda nuestra vida, tanto en la niñez y la adolescencia, hasta la adultez y la vejez. Comprende, por tanto, un equilibrio entre el bienestar del individuo y su entorno, en el cual el sujeto es capaz de manejar su afectividad y cogniciones de manera apropiada y racional, logrando relacionarse efectivamente con su medio.

La salud mental comprende en sí la inclusión de distintos conceptos esenciales, como lo son la autonomía, el potencial emocional y el bienestar subjetivo, entre otros. Para Garcés (2010), esta se relaciona con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, con las condiciones vitales y con la capacidad de integración social y cultural del individuo a su entorno. Mediante ello, el individuo es capaz de realizar sus propias habilidades, ser productivo y contribuir satisfactoriamente con su comunidad (Desjarlais et al., 1995, citado en Vilar & Eibenschutz, 2007).

De tal manera que la ausencia de una buena salud mental afectaría al individuo en su productividad, en la superación de obstáculos del día a día, en la no consecución de su proyecto de vida y/o la persona que desean ser, entre otros (Rondón, 2006).

Jahoda (1950, citado en Miranda, 2018) propone los siguientes criterios en la concepción de la salud mental: a) autoconcepto realista, identidad y autoestima; b) búsqueda de crecimiento y autoactualización; c) integración de sí mismo y de las distintas experiencias; d) autonomía; e) percepción objetiva de la realidad y f) dominio del entorno.

Para Doyal (1991, citado en Granados, 2001), la definición de este concepto requiere de una dimensión histórico-social:

Aunque la última expresión de la enfermedad mental se halla en la subjetividad individual, el sufrimiento psíquico se inscribe en un sujeto construido socialmente y cuya historia está

determinada por los recursos que socialmente le han sido dispuestos para la satisfacción del deseo. La salud mental se mantiene en términos de la capacidad que un sujeto tiene para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como de la capacidad de allegarse los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos, esto no se logra sin una plena participación del sujeto en la sociedad. (p. 44)

En esta línea, la concepción socioeconómica de la salud mental se basa en términos de derechos y desarrollo humano como factores fundamentales para la calidad de vida y la salud mental del individuo (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

Por otro lado, y como nos deja entrever la OMS, los conceptos de salud mental y enfermedad o trastorno mental no son opuestos o antónimos, ya que la ausencia de una patología psicológica no implica el bienestar mental del sujeto, o viceversa. Aquellos sujetos con enfermedades mentales no están necesariamente excluidos de gozar de una salud mental relativamente buena.

Por tanto, cuando nos referimos a algo tan esencial como la salud mental, esta debe ir acompañada de la prevención de trastornos mentales, así como el tratamiento y rehabilitación de quienes se ven afectadas por ellos, y una promoción del bienestar en la población (OMS, 2021). Asimismo, debe comprender la creación de condiciones idóneas para vivir y realizar un proyecto de vida satisfactorio y productivo (Vilar & Eibenschutz, 2007). Como indica Restrepo-Espinosa (2006), la promoción de la salud mental debería incluir el mejoramiento de la salud, la búsqueda de equidad social y la igualdad de oportunidades.

Aunque, hemos de resaltar el hecho de que la concepción de salud mental y lo que es considerado como normal dependerá y estará influenciado, en gran manera, por la cultura y sociedad del individuo, así como de componentes subjetivos.

2.2. Salud mental en migrantes

La salud mental en la población migrante es un tema relevante y con necesidad de estudio, debido a las implicaciones sanitarias que puede conllevar. Cuando un individuo emigra, todo cambia: su hogar, sus relaciones, su trabajo, su entorno, su estatus, su lugar en la sociedad, la cultura, incluso el clima, la alimentación, la lengua, etc. Se trata de un cambio vital que conlleva ganancias y pérdidas. Estos cambios y el nuevo contexto en el que se encuentre pueden constituir una fuente de estrés considerable para el sujeto, digno de estudiar y delimitar.

Históricamente, el primer trabajo internacional y avalado que llamó la atención sobre los problemas de salud mental padecidos por sujetos migrantes fue el Reporte Harvard (Desjarlais et al., 1995), el cual examina las secuelas de la enfermedad mental en siete grandes problemas, incluyendo las migraciones. Para ellos, los procesos migratorios forzosos y extremos constituyen un factor de riesgo para el bienestar personal, social y de la salud, más no son factores causales de trastornos mentales en sí, sino que sí lo son ciertas adversidades y consecuencias de tal proceso, como lo pueden ser la precariedad, aislamiento, discriminación, entre otros, de lo que hablaremos más adelante.

Definir y caracterizar a la población migrante es una tarea ardua, ya que los inmigrantes no constituyen un grupo homogéneo, sino que están compuestos por distintos grupos heterogéneos, a los cuales le influyen su propia cultura, recursos, motivos, condiciones de acogida, bagaje psicológico, etcétera (Ochoa et al., 2005), que se deben tener en cuenta a la hora de realizar investigaciones.

A pesar de ello, Ochoa et al. (2005) consideran que, en general, los inmigrantes gozan de buena salud, aunque la condición de su proceso conforma un factor de riesgo para la salud mental. Dadas las circunstancias y problemáticas que acarrea, tiene el potencial de generar dificultades y niveles de estrés tan intensos que amenazan la capacidad de adaptación del individuo, causando alteraciones en su bienestar psicológico e, incluso, físico (Achotegui, 2004).

Para gozar de un equilibrio mental y emocional, así como poder adaptarse y sobrellevar los cambios y dificultades del proceso migratorio, es esencial que el migrante se beneficie de ciertas características, como exhibe Donoso (2014): a) resiliencia, b) juicio de la realidad, c) capacidad de dominar y superar la nostalgia, d) tolerancia a la frustración, e) autocontrol, f) inteligencia social, g) flexibilidad y adaptabilidad y h) autoestima elevada. La consecución de las mismas permitirá al individuo enfrentarse al cambio y salir airoso en esta experiencia vital.

La migración puede conllevar ciertas dificultades en el campo psicológico, entre las cuales encontramos la lucha por la supervivencia (en su aspecto más primitivo, dónde vivir, dormir y alimentarse), el miedo asociado con el proceso (por ejemplo, miedo a sufrir malos tratos y abusos xenófobos, a ser deportado, etc.), la separación forzada de su familia y seres queridos, la falta de oportunidades, entre otras.

Como hemos mencionado con anterioridad, la cultura influye en la salud mental, haciendo especial mención también a la etnia y la inmigración (Collazos et al., 2014).

Así, el proceso migratorio y sus resultados variarán según la cultura del migrante, ya que ella influye de gran manera en el ámbito psicosocial del mismo. La expresión de los síndromes psiquiátricos está determinada por factores culturales (Martínez & Martínez, 2006). Esto afecta el diagnóstico psiquiátrico de trastornos mentales en inmigrantes, siendo posible que, a causa de las diferencias culturales y lingüísticas, se exprese de forma diferente la sintomatología a aquella indicada en las guías utilizadas (Pertíñez et al., 2002),

La población migrante puede ver su salud mental afectada por la falta de apoyo familiar y psicosocial, la precariedad laboral y legal, los problemas de discriminación racial, las condiciones de habitabilidad y de vivienda, entre otros (Markez & Póo, 2001), que componen factores de estrés y dificultades emocionales en un individuo.

Tal y como consideran Navarro y Morales (2001, citados en Markez & Póo, 2001), la situación sociocultural y el desarraigo que vive el inmigrante puede potencialmente afectar su salud y causar alteraciones psicológicas y somatizaciones, al generar altos niveles de estrés aculturativo.

Tizón (1989) refiere a una tríada de síntomas que dominan los cuadros psicopatológicos en los migrantes asalariados: depresión, paranoia y somatización-hipocondría.

Asimismo, según numerosos autores, la temporalidad de los cuadros con frecuencia es aguda en el caso de inmigrantes recientes (Berner, 1967; Sizaret & Engel, 1975; Villa, 1961; citados en Tizón et al., 1986), los cuales suelen comprender síndromes depresivos agudos. En el caso de aquellos de larga duración, encontramos sintomatología como delirios crónicos, alcoholismo, toxicomanías, síntomas depresivos de larga duración, etc.

En su trabajo, Tizón et al. (1986) referencian una clasificación realizada por autores como Borgeois, Bastide y Berner en cuanto a la cronología de las manifestaciones de dichos trastornos en los migrantes, entre las cuales encontramos; 1) crisis primarias, seguidas de un desplazamiento realizado en condiciones psicosociales dificultosas para el sujeto; 2) crisis secundarias, presentes una vez el migrante ya se ha asentado o acomodado, más se ve afectado por un factor desencadenante vital; y 3) crisis terciarias, dadas en migrantes establecidos en edad adulta o vejez y debido factores de decadencia biológica, psicológica o social.

Por otro lado, los autores realizan una clasificación de variables que intervienen en la salud mental del migrante. En primer lugar, se refieren aquellas variables que operan

antes del desplazamiento, como lo son: la personalidad del emigrante, las experiencias vitales, el bagaje cultural (por ejemplo, a una visión negativa de la migración en su cultura) y motivaciones, tanto conscientes como inconscientes, que le llevaron a dejar su entorno y a trasladarse al lugar receptor. Durante el desplazamiento, las ansiedades del cambio suponen una variable relevante. Una vez asentado en el destino, intervienen la actitud del medio con respecto al inmigrante (incluyendo aquí las políticas del Estado, las presiones para la culturización y las oportunidades económicas y sociales), la homogeneidad del medio que le rodea, el cumplimiento de sus expectativas, las experiencias vividas en el proceso migratorio y posterior, así como la personalidad del inmigrante. Por último, hacen referencia a variables transgeneracionales (Tizón et al., 1986, p. 116).

Ahora bien, hemos de reconocer que los efectos de la migración pueden llegar a afectar a quienes no la realizaron directamente, por lo que debemos reconocer también las implicaciones en hijos de inmigrantes, conocidos como inmigrantes de segunda generación. Según Rodríguez (1978, citado en Tizón et al., 1986), se han visto alteraciones en hijos de inmigrantes gallegos, como lo son un aumento de retrasos escolares y trastornos del lenguaje. En esta línea, estudios relacionan ciertos comportamientos en niños y adolescentes pertenecientes a familias migrantes y no migrantes, presentando los primeros diferencias significativas en factores de conducta e impulsividad (Villa, 2020), más no en agresividad (Llanera, 2013).

Finalmente, debido a la importancia de la aculturación en el proceso migratorio y su ámbito psicológico en los migrantes, consideramos importante dedicar un sub-apartado a la misma.

Aculturación

Se denomina aculturación al proceso producto del contacto y conexión constante de dos culturas distintas, conllevando un cambio en el modelo cultural en ambos grupos. Así, supondrá la interiorización, conocimiento, valoración y manejo dinámico de los valores culturales propios de la sociedad del lugar y las culturas en contacto con la misma (Retortillo & Rodríguez, 2008). Suele haber una cultura dominante (la recipiente) y una subordinada (la entrante), sobre la cual se ejerce influencia. Este proceso puede ser psicológico cuando, por causa del contacto con otra cultura, se transforma el comportamiento, valores, actitud e identidad del individuo.

Según Berry (2005, citado en Retortillo & Rodríguez, 2008), un migrante puede tomar cuatro diferentes actitudes ante la aculturación: a) la asimilación, al hacer propias las

tradiciones y costumbres del lugar de acogida y dejando las suyas propias de lado; b) la integración, al mantener la cultura propia y a su vez interaccionar y asimilar aquella del país receptor; c) la separación, evitando tener contacto con la cultura nueva y buscando mantener la suya en su totalidad, lo cual es también denominado enculturación (Palomar-Lever, 2017); y d) la marginación, al alejarse de sus propias tradiciones más rechazando también las costumbres del nuevo lugar. En esta clasificación, la integración supondría un punto medio en las actitudes a tomar, suponiendo un punto de desarrollo positivo para el migrante y el mejor caso para una adaptación sana. En cambio, la marginación corresponde a un factor negativo y con dificultades para el sujeto.

En esta línea, el migrante deberá decidir si mantiene su cultura propia y, en caso afirmativo, en qué grado querrá mantenerla, así como decidir qué nivel de participación tomará en el lugar de acogida y las relaciones con sus habitantes. En el caso de los adolescentes latinoamericanos inmigrantes en España, Sobral et al. (2010) informan que el proceso más usado es la integración, representando un 40% de las estrategias utilizadas, y la marginación el que menos.

El estrés por aculturación es una consecuencia del proceso de aculturación, siendo el resultado de las dificultades encontradas en él, teniendo que realizar cambios para adaptarse a la nueva cultura.

En cuanto a las actitudes del país receptor, encontramos dos posibles casos: a) aceptación, tomando una conducta tolerante y acogedora hacia los inmigrantes y la diversidad cultural; o b) exclusión, al rechazar la integración de otros individuos ajenos a su sociedad.

2.2.1 Factores de riesgo

Normalmente, en los procesos migratorios los individuos viven situaciones que causan altos niveles de frustración, al poner a prueba su capacidad de adaptación. Estos implican una serie de reajustes en el equilibrio dinámico de la salud. Dichas situaciones y ciertos factores (personales, sociales, culturales, etc.) pueden constituir factores de riesgo para manifestar enfermedades, tanto físicas como mentales. Numerosos autores respaldan esta consideración, entre los cuales encontramos: Tizón et al. (1986), Ochoa et al. (2005), Martínez y Martínez (2006), Achotegui (2008), Collazos et al. (2014), entre otros.

Así, Tizón (1989) consideran a la migración como un factor de riesgo psicopatológico para la salud, siendo un proceso que puede actuar como desencadenante o agravante de afecciones somáticas y/o psicósomáticas, trastornos mentales y descompensaciones psicopatológicas, especialmente en el caso de migrantes con dificultades económicas. La OMS considera que el estrés es un factor determinante de la salud, debido al cúmulo de estrés psicosocial experimentado (Espeso, 2009, citado en Fernández et al., 2020). Pertíñez et al. (2002) señalan la relevancia del duelo por la pérdida del apoyo social y entorno físico en la consideración de la migración como factor de riesgo para la salud.

No obstante, hemos de resaltar la importancia de otros factores asociados, ya que un factor de riesgo no es lo mismo que un factor causal. Así, la probabilidad de que un migrante se vea afectado por un trastorno psicopatológico aumentará ante variables como una vulnerabilidad personal, familiar o social, un entorno que favorezca la aparición, entre otras. Es decir, si se realiza un progreso migratorio sobre una base de alta vulnerabilidad personal, familiar o social, puede crearse un marco biopsicosocial que favorezca la descompensación o trastornos (Tizón, 1989, p. 528). A su vez, es probable que el proceso no sea igual para un migrante estacional que para un sujeto que ha huido forzosamente de su país, conllevando más dificultades el último.

Una de las condiciones más agravantes para un migrante es la irregularidad legal, la cual impide obtener un trabajo legítimo y acceder a ciertos servicios del país de destino (especialmente en aquellos que no cuentan con una sanidad pública). A su vez, esto aumenta el riesgo de tener problemas legales, sufrir abusos y vejaciones, enfrentar procesos administrativos o judiciales, multas e incluso la deportación (Maldonado et al., 2018, p. 42). Aquellos migrantes con trabajo irregular pueden verse afectados por remuneraciones bajas, entornos laborales riesgosos e inadecuados, explotación laboral, xenofobia, discriminación e imposibilidad de acceder a la protección social, entre otros. Ello constituye para el individuo una fuente de estrés y vulnerabilidad para la salud.

Pereda (2006) realiza una clasificación de los factores de riesgo en el contexto migratorio actual en relación con la resiliencia según tres niveles: individual, familiar y social. En el nivel individual, encontramos: no cobertura de necesidades básicas, migraciones forzadas, racismo, irregularidad documental, expectativas irrealistas del proyecto migratorio, mecanismos de defensa negativos y alto sentido de pérdida, entre otros. A nivel familiar, vemos: capacidades parentales inadecuadas o inactivas, apego inseguro, ruptura continua de las rutinas diarias, confusión de reglas y roles, comunicación distorsionada, etcétera. Por último en esta clasificación, a nivel social

afectan: el aislamiento y falta de apoyo social, un contexto social inhóspito, precariedad, estereotipación por parte de profesionales de ayuda, entre otros.

Martínez (2019), por su parte, diferencia los factores de riesgo según la fase de la migración. Al preparar el viaje, es común encontrar ansiedad, miedo, hambre y dificultades económicas en el migrante. Durante el desplazamiento, suelen experimentar pena, trauma, separación familiar y depresión. En el asentamiento, puede haber problemas de aculturación en el migrante, así como prejuicios y marginación. En el caso de asilo, los sujetos pueden sufrir de condiciones no hospitalarias, desempleo, escasez de alimentos y amenazas de repatriación.

Entre otros factores de riesgo en migrantes señalados estarían, según este autor, las familias monoparentales, familias de bajos recursos y pobre salud, los inmigrantes de segunda generación y migrar de una zona rural a una urbana. Los casos con mayores afectaciones mentales suelen ser aquellos que viven, en el lugar de llegada, condiciones de explotación, vivienda precaria, acontecimientos traumáticos, entre otros, así como aquellos que huyen por condiciones violentas, políticas o económicas que amenazaban su vida.

El estrés por aculturación es mencionado por múltiples autores, al constituir una experiencia estresante que se vuelve repetitiva e incluso crónica (Palomar-Lever, 2017; Martínez, 2019). Puede relacionarse con dificultades y síntomas como ansiedad, depresión, ideación suicida y uso de drogas (McGinley et al., 2010). Dadas las consecuencias del estrés aculturativo en ciertos migrantes, Markez y Póo (2001) consideran que la migración puede actuar como un factor de traumatización.

Para Collazos et al. (2014), por otro lado, los principales factores de riesgo detectados son el ser mujer (mostrando una peor salud mental y calidad de vida al comparar con los hombres), provenir de un país en vías de desarrollo, el desempleo y el poco apoyo social.

Otros factores relevantes que ya hemos mencionado son la precariedad laboral y legal, la discriminación, pobres condiciones de vivienda (Markez & Póo, 2001), el desarraigo y las dificultades socioculturales (Navarro & Morales, 2001, citados en Markez & Póo, 2001). Encontramos también falta de soporte familiar y psicosocial, precariedad laboral, irregularidad legal y políticas de exclusión (Ochoa et al., 2005).

Similarmente, según un estudio realizado en Estados Unidos, la discriminación percibida por los migrantes latinos de parte de su entorno es una variable relevante en la aparición de sintomatología psiquiatría (Paloma-Lever, 2017). De esta manera,

aquellos inmigrantes que reportan una mayor discriminación percibida suelen tener entonces más estrés por aculturación y conflictos familiares, lo que aumenta la probabilidad de presentar síntomas de depresión y ansiedad. Vemos así una relación importante entre el estrés de aculturación y la discriminación percibida. También, se reporta que un bajo dominio del idioma, violencia intrafamiliar, bajo apoyo familiar y alta discriminación contribuyen a un aumento del estrés por aculturación (Paloma-Lever, 2017). La afectación provocada por la percepción de discriminación se ve respaldada por Noh y Kaspar (2003) y Collazos et al. (2014) en los adultos, mientras que Flores (2012) lo considera, a su vez, en los niños migrantes.

Mientras que, Tizón et. al (1986) señalan como factores de riesgo en su trabajo: crianza en familia emocionalmente desunida, antecedentes de descompensaciones psicológicas o sociales, fracaso de las expectativas, migrar en la tercera edad y la migración de retorno.

Asimismo, Tizón et. al (1986) hacen referencia a la relevancia de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios sociales y sanitarios hacia la población migrante, ya que, si los mismos son escasos, inadecuados o ausentes, constituyen un factor de riesgo de padecimiento y/o de cronificación de trastornos mentales en dicha población. Ello ocurre especialmente en los inmigrantes irregulares o no documentados, los cuales se pueden encontrar desprotegidos de tales servicios de asistencia social.

Por otra parte, podemos considerar que ser hijo de inmigrante puede acarrear un factor de riesgo indirecto, ya que se trata de sujetos que están inmersos en dos culturas distintas al mismo tiempo, pudiendo afectar en la identidad del ser, así como la posibilidad de verse afectado por circunstancias asociadas a la migración del progenitor, como lo puede ser: miedo a que deporten a su familia, dificultades económicas, dificultades de adaptación del progenitor, etcétera, y las consecuencias que una crianza en tal entorno puede acarrear.

No podemos olvidar, por supuesto, la importancia del duelo realizado en el proceso migratorio. Duelo en cuanto a la separación familiar, del hogar, de los amigos, de la patria, de sus costumbres y del individuo que era antes de emigrar. Si no es elaborado correcta o suficientemente, este puede constituir un importante factor de riesgo para la aparición de un cuadro psicopatológico. Aunque, debido a la relevancia de este aspecto, vamos a dedicarle al duelo migratorio un sub-apartado más adelante.

A pesar de lo descrito anteriormente, pareciera que la migración por sí sola no es causa de un aumento de las probabilidades de sufrir enfermedades mentales, sino que

dependerá, de cierta manera, de las vivencias y traumas que viva un individuo durante su proceso migratorio (Ochoa et al., 2005), así como de sus habilidades personales y mecanismos de supervivencia. Por ello hablamos de factores de riesgo y no de factores causales.

Factores de riesgo	
Nivel individual	<ul style="list-style-type: none"> No tener cubiertas las necesidades básicas Proceso migratorio forzado Estrés Irregularidad documental/legal Desempleo Expectativas irrealistas del proyecto migratorio Mecanismos de defensa negativos Alto sentido de pérdida Duelos por la pérdida del apoyo social y entorno físico Estrés aculturativo Ser mujer Sufrir acontecimientos traumáticos Migración de retorno Discriminación percibida Migrar en la tercera edad Bajo dominio del idioma Antecedentes de descompensaciones psicológicas o sociales Provenir de un país en vías de desarrollo Elaboración incorrecta o insuficiente del duelo migratorio
Nivel familiar	<ul style="list-style-type: none"> Bajo apoyo familiar Capacidades parentales inadecuadas o inactivas Apego inseguro Ruptura continua de las rutinas diarias Confusión de reglas y roles Comunicación distorsionada Violencia intrafamiliar Familias monoparentales Familias de bajos recursos y pobre salud Inmigrantes de segunda generación

Nivel social	Aislamiento y falta de apoyo social Contexto social inhóspito Precariedad Pobres condiciones de vivienda Desarraigo Dificultades socioculturales Políticas de exclusión Estereotipación por parte de profesionales de ayuda Falta de acceso a servicios sociales y sanitarios y/o a la protección social Explotación laboral Xenofobia Discriminación
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 1. Resumen de los factores de riesgo. Fuente propia.

2.2.2 Factores de protección

Cuando buscamos definir los factores de protección para una buena salud mental en la población migrante nos encontramos, más que nada, con dos variables: el soporte social/familiar y una buena integración en la comunidad.

De manera que, un inmigrante que encuentra un sentido de acogida e integración en su nuevo entorno, así como un deseo de integración en la nueva sociedad que propicie un funcionamiento integrado y solidario, se verá protegido y beneficiado por ello (Tizón et al., 1986). Según Pertíñez et al. (2002, citado en Collazos et al., 2014), el capital social es una variable protectora para la salud.

Las buenas relaciones familiares, tener una conducta prosocial, percepción de ayuda y apoyo social influyen positivamente en el bienestar del inmigrante (Noh & Kaspar, 2003; Palomar-Lever, 2017). En su estudio, Noh y Kaspar (2003) consideran que una adecuada aculturación y soporte social étnico pueden mitigar los síntomas depresivos en ciertos migrantes, al moderar el impacto del estigma racial y discriminación percibida. Refieren también que aquellos con buenos mecanismos de afrontamiento (cognitivos y conductuales) ante frustraciones y sentimientos negativos son más capaces de sobrellevar el estrés social, la discriminación y sus manifestaciones psicológicas.

La resiliencia, definida como un «proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad» (Luthard, 2000, citado en

Rodríguez, 2009, p. 294), constituye un mecanismo de afrontamiento beneficioso para la salud mental. De cierta manera, podríamos considerar a la resiliencia el resultado de la interacción entre factores de riesgo y factores de protección. Así, se trata de una capacidad que permite al migrante reconocer las adversidades, tomar ventaja desde una mirada positiva y obtener fortaleza, así como sobreponerse a las dificultades consecuentes al proceso migratorio. Arnetz et al. (2013) estudiaron la relación de la resiliencia con la angustia psicológica en refugiados e inmigrantes, concluyendo que este mecanismo comprende un predictor inverso de sintomatología psicopatológica, considerándola un factor protector importante para esta población.

A nivel personal, Pereda (2006) señala una serie de factores protectores encontrados en la personalidad y cogniciones del sujeto, como lo son: tener expectativas realistas, ser asertivo, buena autoestima, ser optimista, confianza en sí mismo, ser empático, poseer una buena autorregulación emocional, entre otros, que relaciona con la capacidad de resiliencia.

Mientras que, el soporte social constituye un factor importante en la protección de los migrantes, especialmente cuando son miembros del mismo grupo étnico quienes lo proveen. Ayuda, entre otras cosas, a resistir ante la presión social de negar su cultura original (Palomar-Lever, 2017). En esta línea, el apoyo familiar es igualmente importante para proteger a un individuo, ya que permite preservar cierta estabilidad emocional, al actuar como un amortiguador frente a problemas y dificultades asociadas a la migración. Entre las variables a tener en cuenta para considerar un buen apoyo social, podríamos encontrar la calidad de la relación y la comunicación, así como la constancia y frecuencia de ésta última.

En el ámbito laboral y social, Maldonado et al. (2018) señalan la importancia de que un migrante cuente con un trabajo regular y la protección social consecuente, ya que ello constituye un factor protector que beneficia, a la larga, el estado de salud del individuo, al estar protegidos de eventos inesperados, como el desempleo, accidentes laborales y enfermedades, y beneficiarse en circunstancias de la vida tales como las pensiones y jubilaciones.

Para los inmigrantes de segunda generación, Palomar-Lever (2017) señala que una aculturación positiva, buen apoyo familiar y social y buen dominio del idioma local inciden en un buen aprovechamiento escolar, en conjunto con buenas habilidades sociales, conducta prosocial y una baja conducta opositora. Así, aquellos hijos de inmigrantes que se encuentren a gusto con su escuela y ambiente social muestran mejores promedios y bienestar subjetivo.

Por otro lado, es innegable que una mejora en la sanidad y servicios sociales disponibles para los inmigrantes promueven la integración y relación del individuo con su entorno (Tizón et al., 1986), constituyendo así un factor protector ante problemáticas de salud mental. Mientras que, como hemos mencionado, una ausencia de disponibilidad de dichos servicios puede actuar como factor de riesgo.

Por último, mencionaremos algunos ámbitos de atención prioritaria para la acción pública en pro a la población inmigrante señalados por Maldonado et al. (2018): acceso a la identidad jurídica, acceso al trabajo decente, acceso a la salud y salud sexual y reproductiva, acceso a la educación, acceso a la vivienda, acceso a los servicios de cuidado e inclusión financiera. Estos constituyen factores sensibles para el bienestar de esta población, estando vinculados con las acciones de protección social (p. 89).

Factores de protección	
Sociales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> Sentido de acogida e integración Deseo de integración en la nueva sociedad Adecuada aculturación Capital social Buenas relaciones y apoyo familiar Conducta prosocial Percepción de ayuda y apoyo social Soporte social étnico Trabajo regular y protección social Acceso a la sanidad y servicios sociales
Personalidad y cognición	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de afrontamiento eficaces y sanos Resiliencia Expectativas realistas Asertividad Buena autoestima Optimismo Confianza en sí mismo Empatía Buena autorregulación emocional

Tabla 2. Resumen de los factores de protección. Fuente propia.

3. Psicopatología en migrantes

3.1. Sintomatología y trastornos mentales

En la literatura científica, los cuadros sintomatológicos más comentados cuando se habla de inmigrantes son los síndromes depresivos, ansiosos, somatomorfos, el Síndrome de Ulises y el Duelo Migratorio. En palabras de Achotegui et al. (2009), «los trastornos mentales se manifiestan como la segunda causa de consulta sanitaria entre la población inmigrante en nuestro país» (p.51).

En cuanto a la **depresión**, se trata de un síntoma comúnmente reportado, especialmente con relación a la elaboración de duelos y la lucha contra las adversidades de la migración. Se trata de una sintomatología con alta prevalencia en los migrantes (Golding & Burnam, 1990; Pang, 1998; Gutkovich et al., 1999; García-Campayo & Sanz, 2002; Ochoa et al., 2005). Tizón (1989) considera que el cuadro más común en la población migrante (en Cataluña) es del tipo depresivo atípico, en el cual suele presentarse sintomatología paranoide, somatoforme y con ansiedad. En una línea similar, Achotegui (2002) afirma que la depresión y la distimia son de los cuadros más frecuentemente reportados en inmigrantes. Así, Suárez et al. (2011) reportan cifras más altas de depresión en inmigrantes que en población española. Las consultas más frecuentes al Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) de Barcelona eran en relación con síntomas depresivos y somatoformes (Pertíñez et al., 2002).

Otro estudio digno de resaltar es uno realizado en Luxemburgo por Ruiz-Castell et al. (2017), el cual mostró una probabilidad mayor de presentar síntomas depresivos en inmigrantes de segunda generación, comparados ante no inmigrantes, sin importar las características socioeconómicas o conductuales de los grupos. Esto nos deja entrever que las consecuencias psicológicas del proceso migratorio pueden llegar a los hijos de inmigrantes, como hemos ido comentado. Por otro lado, entre las variables que inciden en la aparición de síntomas depresivos en migrantes, parece haber una relación significativa con la percepción de discriminación (tanto racial como étnica), según lo estudiado por Noh y Kaspar (2003). Aquellos migrantes que presentan sintomatología depresiva suelen mostrar mecanismos de defensa como la negación, la cual los aleja de la realidad, causa confusión y afecta la percepción del entorno. De manera que, la depresión es uno de los síntomas más comunes en inmigrantes ante dificultades intensas por estrés aculturativo (Shin, 1994; Hovey & King, 1996; Hidalgo et al., 2009; Palomar-Lever, 2017).

Sin embargo, en muchos de los casos de inmigrantes, los síntomas depresivos que experimentan se ven enmarcados y mejor explicados dentro de los cuadros del Duelo Migratorio o del Síndrome de Ulises, en vez de en un cuadro depresivo clásico, como explicaremos más adelante.

En muchos de los estudios científicos respecto a la presente temática, la **ansiedad** y la depresión usualmente se estudian a la par, especialmente debido a la frecuencia de síntomas ansioso-depresivos en la población migrante. Parece ser que los trastornos de ansiedad forman parte de los diagnósticos más frecuentes en los Servicios de Salud Mental (Ochoa et al., 2005), junto a los trastornos adaptativos y trastornos depresivos. Dadas las dificultades de adaptación vividas en el proceso migratorio, los inmigrantes suelen presentar más prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad que la población nativa (Barro et al., 2004; González & Rodríguez, 2005, citados en Achotegui et al., 2009), aunque otros estudios consideran que no es el caso (Quintero & Clavel, 2005; Quílez, 2014). Pero, parece lógico relacionar los síntomas ansiosos y depresivos con la inmigración y el estrés que ello supone (Hovey & Magaña, 2000; Navarro & Rodríguez, 2003). Según Achotegui (2008), los síntomas ansiosos en los migrantes suelen estar relacionados con preocupaciones excesivas, irritabilidad e inquietud por el logro del objetivo.

Los niveles de ansiedad serán mayores en migrantes en situación límite, con mayores problemas de adaptación y adversidades, que aquellos migrantes con un proceso migratorio más flexible y tolerable. No es lo mismo encontrarse cómodo laboral y económicamente, que enfrentar dificultades y problemas. Sánchez y López (2008) encontraron que una situación documental irregular o en trámite se relaciona con niveles más altos de ansiedad estado en inmigrantes, siendo uno de los estresores más significativos. La presencia de comodidades y derechos funciona como un amortiguador de la ansiedad e incertidumbre del inmigrante. De esta manera, la presencia de sintomatología ansiosa se relaciona con los factores de riesgo mencionados en apartados anteriores (por ejemplo, un individuo con irregularidad legal sufrirá más ansiedad). Aunque, la ausencia de ciertas problemáticas no quita la presencia de otras, claro está. Un sujeto económicamente cómodo puede sufrir y presentar síntomas debido a otras adversidades relacionadas a la migración, como la percepción de falta de apoyo social, soledad, discriminación, entre muchas otras.

Es posible relacionar las dificultades de adaptación con los trastornos por ansiedad y depresión, así como las somatizaciones experimentadas en la población migrante. Por ello, García-Campayo y Sanz (2002) indican ciertos factores que condicionan el

proceso de adaptación, como lo son: la cultura (si son semejantes o contrarias), receptividad de la sociedad (abierta o xenófoba), edad del migrante (más asimilación en adolescentes, integración en jóvenes y edades medias y aislamiento en adultos mayores) y personalidad del sujeto (capacidad de adaptación y mecanismos de afrontamiento).

No obstante, la ansiedad parece darse más como síntoma que como trastorno en los inmigrantes. Es decir, los síntomas ansiosos son más comunes tanto fuera de un trastorno mental como dentro de otro síndrome (por ejemplo, el Síndrome de Ulises), en vez de presentar su propio cuadro. Es uno de los síntomas clásicos, más no vemos muchos diagnósticos de trastornos de ansiedad típicos (por ejemplo, Trastorno de Ansiedad Generalizada o Trastorno de Pánico).

Por otro lado, aquellos cuadros relacionados con el **estrés**, como los trastornos adaptativos, el estrés postraumático (con gran prevalencia) y el Síndrome de Ulises son frecuentes. Según Zarza y Sobrino (2007), una alta incidencia de Trastorno por Estrés Postraumático en inmigrantes se ha visto en estudios de diferentes autores (Cervantes et al., 1989), así como también una incidencia de trastornos adaptativos (Matamala & Crespo, 2004, citados en Zarza & Sobrino, 2007). Parece lógico que se informe sobre estos diagnósticos, ya que los migrantes suelen lidiar con procesos de adaptación difíciles y estresantes, los cuales, si no se elaboran apropiadamente, pueden dar lugar a un cuadro psicopatológico por estrés. Para O'Ferrall et al. (2003, citados en Zarza & Sobrino, 2007), los cambios asociados con la inmigración causan más vulnerabilidad al estrés en los migrantes. Estos pueden aparecer especialmente en condiciones de precariedad. García-Campayo y Sanz (2002) consideran al TEPT como la enfermedad psiquiátrica más específica de los inmigrantes, especialmente en aquellos en procesos límites y extremos, como los refugiados. El estrés aculturativo incide de gran manera en este ámbito. Así, el Trastorno Adaptativo es uno de los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes migrantes, junto con la depresión mayor (Ochoa et al., 2005). Gracias a un estudio realizado por Hidalgo et al. (2009) en mujeres migrantes, entendemos que la intensidad del estrés (por dificultades económicas, sociales y de adaptación) causa un deterioro importante en la salud mental y física del individuo.

No obstante, Achotegui (2017a) denuncia un sobrediagnóstico de TEPT en inmigrantes en situación límite, sin considerar las diferencias en los cuadros sintomatológicos y ciertos aspectos específicos a la situación que viven, considerando más apropiado al Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (mejor conocido como Síndrome

de Ulises) para explicarlo. Por tanto, y dada la estrecha relación del Síndrome de Ulises con el estrés del inmigrante, dedicaremos un apartado en este trabajo para explicarlo con más detalle.

Por otra parte, un potencial desarrollo de **trastornos psicóticos** puede relacionarse con la inmigración, ya que esta presenta un factor de riesgo significativo para presentar psicosis (Mortensen et al., 1997; Cantor-Graae & Selten, 2005; Smith et al., 2006; Dealberto, 2010; Cabrera & Cruzado, 2014), siendo mediado por factores sociales, culturales, étnicos y económicos (AESOP, 2002, citado en Martínez & Martínez, 2006). En línea con estudios realizados en torno al riesgo de esquizofrenia en población migrante, la migración conforma también un riesgo, en menor medida, para desarrollar depresión psicótica y los trastornos bipolares (Cabrera & Cruzado, 2014). Entre los aspectos que pueden potenciar la aparición de una psicosis relacionada con la migración, encontramos: desigualdad social, racismo, discriminación, aislamiento social, historia familiar y posible consumo de tóxicos. Según Mallet et al. (2002), la separación temprana de los padres en la infancia y el desempleo son factores distintivos de su muestra de inmigrantes, señalando la importancia de las variables socioambientales en la esquizofrenia.

No obstante, y, a pesar de influir, la inmigración no tiene más impacto en el desarrollo de un trastorno psicótico que una historia familiar de psicosis (una de las teorías etiológicas del espectro psicótico más aceptadas y corroboradas). Un buen ejemplo de la interacción de varios factores podría ser el caso de un sujeto con vulnerabilidad y/o antecedentes familiares dentro del espectro psicótico que decide emigrar, viéndose expuesto a los riesgos asociados y, posiblemente, desarrollando un cuadro psicótico en consecuencia. Aunque, debido a las limitaciones culturales e idiomáticas y las diferentes expresiones sintomáticas, parece haber una tendencia a diagnosticar esquizofrenia en la población migrante (Martínez & Martínez, 2006). Por ello, resaltamos, una vez más, la importancia de considerar los aspectos culturales en la intervención.

En otra línea, no es poco común que un inmigrante atienda a servicios de atención sanitaria con **quejas somáticas**, presentando así una tendencia en los informes de salud de dicha población (Tizón, 1989; Pertíñez et al., 2002; Ochoa et al., 2005; Rojas et al., 2011). El grado de somatización en estos individuos suele ser mayor (Collazos et al., 2014) o más frecuentemente presentado y acompañado de malestar psicológico (Pang, 1998; García-Campayo & Sanz, 2002). Las consultas más frecuentes suelen ser cefaleas y lumbalgias (Esteban, 2001). Hidalgo et al. (2009) reportan la presencia de

dolor físico (molestias en cuello y hombros, trastornos físicos, hiperalgesia, entre otros) en migrantes como consecuencia adversa del estrés, incluyendo el estrés por aculturación (Finch & Vega, 2003). Según Yi et al. (2003), es frecuente ver en la población migrante quejas somáticas como la pérdida de apetito y trastornos del sueño. Sin embargo, las somatizaciones en inmigrantes pueden tener significados simbólicos dependiendo de la cultura del sujeto (García-Campayo & Sanz, 2002), diferente de la expresión somática en la población nativa del país receptor.

Aunque, debido a los distintos simbolismos y las expresiones culturales de la población migrante puede haber un sobrediagnóstico de trastornos de somatización (Adebimpe, 1981). También es relevante mencionar que, se ha encontrado que los inmigrantes no suelen presentar más prevalencia de diagnósticos de enfermedades crónicas que la población autóctona, a pesar de que es posible que ello se deba a un mayor infradiagnóstico en la población migrante (Esteban-Vasallo et al. 2009).

Menos prevalentes pero no menos importantes son los diagnósticos de **trastornos de la conducta alimentaria**. Es posible que haya una relación entre el estrés aculturativo y la insatisfacción corporal, permitiendo predecir síntomas bulímicos en mujeres vulnerables (Perez et al., 2002). Esteban-Gonzalo (2014; et al., 2014) considera que las adolescentes inmigrantes muestran más probabilidad de sufrir un TCA que su contraparte nativa. El cambio de una cultura puede afectar la percepción de la imagen corporal del inmigrante, especialmente cuando se es joven (al influir en las expectativas y normas culturales sobre lo que se considera bello y atractivo). Si el cambio de paradigma parece inalcanzable para la mujer en proceso de aculturación, puede haber un riesgo a padecer un TCA.

Tras muchos años de investigación sobre los migrantes asentados en Cataluña, Tizón (1989) concluyó que las mujeres migrantes presentaban más trastornos psicopatológicos que sus contrapartes masculinas. Igualmente, considera que los cuadros presentados por migrantes suelen cronificarse, en parte debido a la medicalización abusiva aplicada por una asistencia pública ineficaz en tratar esta población. Este autor señala también una frecuencia de diagnósticos de esquizofrenia y alcoholismo en esta población. A su vez, según Ochoa et al. (2005), el consumo de sustancias es relativamente frecuente.

En relación con la población migrante infantil, los problemas psicológicos y conductuales más comunes son la ansiedad, depresión y el desorden oposicionista (Navarro, 2004). Según Bengi-Arslan et al. (1997), los niños inmigrantes (en Turquía) suelen presentar niveles de ansiedad y depresión mayores que los infantes autóctonos,

potencialmente como resultado de las diferencias culturales y la crianza en un nuevo país. También parecen presentar más conductas dificultosas e impulsividad (Villa, 2020), así como dificultades de atención (Cunningham & Boyle, 2003). Estos aspectos pueden repercutir en el rendimiento escolar e integración social del menor.

A modo de resumen y según las consideraciones de Achotegui et al. (2010), en España los diagnósticos más frecuentes en los inmigrantes en situación regular son los trastornos depresivos, adaptativos y de ansiedad, de una manera semejante a aquellos en la población nativa. Estos síntomas suelen darse como respuesta a dificultades adaptativas y estrés por aculturación. Ochoa et al. (2005) se encuentran en esta misma línea, considerando que el desarraigo y sus consecuencias en la vivencia sociocultural pueden dar lugar a sintomatologías depresivas y/o ansiosas, trastornos del sueño, irritabilidad o paranoias, en su forma aguda o crónica.

Aunque, y como hemos visto, debemos ser críticos y cuidadosos con los diagnósticos, siendo especialmente sensibles a los aspectos culturales, étnicos, raciales, sociales, entre otros, que determinan e influyen en un sujeto inmigrante y la expresión de sus síntomas. Conocer las demandas del paciente inmigrante nos ayudará a evitar sobrediagnósticos, un fenómeno lamentablemente común en la práctica e intervención sanitaria en la población migrante.

Múltiples de las sintomatologías mencionadas en este apartado (síntomas depresivos, ansiosos, psicosomáticos) son parte esencial también de dos cuadros delimitados y asociados a la población migrante, los llamados Duelo Migratorio y Síndrome de Ulises, que se explicarán a continuación.

Para finalizar, hemos de recordar que hay una infrautilización de servicios de atención sanitaria por parte de los inmigrantes (Ochoa et al., 2005; Quintero & Clavel, 2005). Esto suele darse especialmente en aquellos inmigrantes en situación límite y/o irregularidad legal, los cuales evitan asistir por medio de ser deportados o sufrir abusos, entre otras consecuencias. Asimismo, el no conocer sus derechos con relación a la sanidad pública o la desconfianza en los profesionales afecta los niveles de asistencia. Esto, sin duda, influye negativamente en los niveles de prevalencia e información obtenida sobre los diagnósticos en inmigrantes, resultando en valores inferiores a los que posiblemente sean reales.

Psicopatología	Autores
Depresión	Tizón, 1989; Golding & Burnam, 1990; Shin, 1994; Hovey & King, 1996; Pang, 1998; Gutkovich et al., 1999; Achotegui, 2002; García-Campayo & Sanz, 2002; Pertíñez et al., 2002; Noh & Kaspar, 2003; Ochoa et al., 2005; Hidalgo et al., 2009; Suárez et al., 2011; Palomar-Lever, 2017; Ruiz-Castell et al., 2017.
Ansiedad	Hovey & Magaña, 2000; García-Campayo & Sanz, 2002; Navarro & Rodríguez, 2003; Barro et al., 2004; Ochoa et al., 2005; Quintero & Clavel, 2005; Achotegui, 2008; Sánchez & López, 2008; Achotegui et al., 2009; Quílez, 2014.
Trastornos psicóticos	Mortensen et al., 1998; Mallet et al., 2002; Cantor-Graae & Selten, 2005; Martínez & Martínez, 2006; Smith et al., 2006; Dealberto, 2010; Cabrera & Cruzado, 2014.
Somatizaciones	Adebimpe, 1981; Tizón, 1989; Esteban, 2001; García-Campayo & Sanz, 2002; Pertíñez et al., 2002; Finch & Vega, 2003; Yi, Lin y Yuko, 2003; Ochoa et al., 2005; Esteban-Vasallo et al., 2009; Hidalgo et al., 2009; Rojas et al., 2011; Collazos et al., 2014.
Trastornos de la conducta alimentaria	Tizón, 1989; Perez et al., 2002; Ochoa et al., 2005; Esteban-Gonzalo, 2014; Esteban-Gonzalo et al., 2014.
(+) Población infantil	Bengi-Arslan et al., 1997; Cunningham & Boyle, 2003; Navarro, 2004; Villa, 2020.

Tabla 3. Resumen de los estudios citados en cada psicopatología, en orden cronológico de año de publicación. Fuente propia.

3.2. Duelo migratorio

El duelo migratorio es, como su nombre indica, una de las sintomatologías más características en los migrantes. Se le considera un duelo dada la inmensa cantidad de pérdidas que conlleva el proceso migratorio. Se trata, sin duda, de un proceso amplio y complejo. Un migrante no solo debe sobrevivir al desplazamiento y reasentamiento en

un nuevo territorio y cultura, sino que debe lidiar también con los problemas inherentes a ello (como, por ejemplo, precariedad o dificultades de adaptación) y la pérdida de su tierra, cercanía con familiares y amistades, entre otros, conllevando así un duelo significativo.

Achotegui, uno de los mayores exponentes literarios en esta temática, considera que el duelo migratorio:

Es un duelo por muchas cosas, ya que posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más, cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración (2009, p. 164).

Tizón et al. (1993) lo consideran un proceso en el cual se reorganiza la personalidad ante un cambio migratorio que requiere de una adaptación compleja. Martínez & Martínez (2006) no consideran al duelo migratorio como una enfermedad mental en sí mismo, sino como la base en la que se desarrollan enfermedades mentales graves, como ocurre con frecuencia con la depresión y la ansiedad. Así, un duelo migratorio complicado y/o no elaborado puede dar lugar a alteraciones psicopatológicas en el inmigrante.

En un inicio, esta sintomatología fue descrita por Harder y Zwinger refiriéndose a la nostalgia del migrante, donde el sentimiento de tristeza y decaimiento se veía en sujetos desarraigados de su hogar. No es un fenómeno nuevo, sino que ha sido experimentado por muchos individuos en la historia.

Podemos encontrar distintos tipos de duelos migratorios, como señala Achotegui (2007):

- Simple. Es el duelo menos problemático, al darse en condiciones donde los beneficios son mayores a las pérdidas. El sujeto migra voluntariamente y se integra fácilmente a la sociedad receptora.
- Complicado. La complejidad de la elaboración del duelo aumenta dadas ciertas circunstancias. Puede darse por una hostilidad por parte de la sociedad receptora, dificultades psicológicas y/o emocionales del migrante (que le hacen no apto para migrar), migración no voluntaria, etcétera.
- Extremo. Es aquel que llega a superar las capacidades de adaptación del migrante, siendo un duelo no elaborable por su excesiva dificultad. Las pérdidas y sufrimiento hacen imposible seguir el proyecto migratorio. Este puede ser el

caso de los refugiados y/o migrantes forzados, con mal recibimiento de la sociedad receptora (la cual puede actuar con actitudes xenofóbicas y racistas).

Por otro lado, esta sintomatología posee características que permiten diferenciarlo de otros tipos de duelos. Entre ellas, podemos encontrar tres principales (Achotegui, 2002, 2009):

- Parcialidad. En este tipo de duelo, el objeto de pérdida no desaparece por completo. El sujeto del duelo (el país de origen del migrante) representa un objeto de separación parcial, al cual existe la posibilidad de acceder y contactar, a diferencia de los duelos por fallecimiento. En el duelo migratorio, la separación temporoespacial con el país propio puede llevar a confusiones y ansiedades.
- Recurrencia. Debido a la parcialidad anteriormente comentada, hay también cierta recurrencia en el duelo, al poder contactar con familiares y/o amigos, reavivando así los vínculos. Es fácil de activar. El recurrir al contacto y tener fantasías de regreso puede causar una cronificación del duelo, favoreciendo la aparición de sintomatología depresiva.
- Multiplicidad. Dentro del proceso migratorio se encuentran numerosos cambios y duelos, probablemente más que en ninguna otra situación en la vida de un individuo. En la vida del migrante, todo a su alrededor cambia (allegados, cultura, idioma, entorno, etc.). Estos cambios, si no se elaboran y procesan adecuadamente, pueden acarrear en psicopatología en el migrante. Con relación a esto, Achotegui (1999) relaciona siete duelos de la migración y la interculturalidad, entre los cuales encontramos:
 - 1) El duelo por la familia y seres queridos. La separación del mundo afectivo central de un individuo puede conllevar profundas repercusiones psicológicas, especialmente si la relación con los mismos era sana, satisfactoria y positiva. La falta de una red de apoyo es causa de afecciones en el sujeto, especialmente cuando se atraviesan situaciones de dificultad y/o necesidad. Este duelo se potencia en el caso de los migrantes que dejan atrás a hijos pequeños o padres ancianos.
 - 2) El duelo por la lengua materna. En el caso de los migrantes que se desplazan a un territorio con una lengua diferente a la propia, el proceso y la adquisición de un nuevo idioma comporta un gran esfuerzo y dificultad significativa. De cierta manera, la lengua materna forma parte

del ser y la identidad del individuo, ante lo cual una aclimatación a un nuevo entorno con diferente idioma puede causar dificultades tanto emocionales como cotidianas (en los aspectos laborales, sociales, etcétera). Por tanto, el perder o disminuir el contacto con la lengua materna es causa de duelo en el individuo. Incluso en aquellos migrantes que hablan el idioma local, como es el caso de inmigrantes latinoamericanos en España, la diferencia de términos, códigos y expresiones lingüísticas dificultan la comprensión, a pesar de hablar el mismo idioma. Sin embargo, una manera positiva de considerar la adquisición de una lengua nueva es la ganancia comunicativa que ello conlleva, así como la satisfacción personal de un logro de tal medida, que facilitan de gran manera la integración en la nueva sociedad, permitiendo así el intercambio de conocimientos, ideas, sentimientos, entre otros.

- 3) El duelo por la cultura. Un desplazamiento de cultura afecta en aspectos tan básicos como pueden ser la alimentación y la vestimenta, u otros más complejos como las costumbres, tradiciones, concepciones, modos de actuar, religión, sentido de la vida, etcétera. Serían estas últimas las que, en parte, pueden hacerse sentir más profundamente en la identidad del individuo y en su proceso de integración. Así, ante la disminución (y en algunos casos, pérdida) de contacto con la cultura de origen, el migrante ha de elaborar un tipo de duelo.
- 4) El duelo por la tierra. Según el psicoanálisis, la tierra es una representación simbólica de los ancestros y familiares de un individuo. Se trata de un ámbito que incluye el paisaje, las temperaturas, los colores, los olores, la pluviosidad, entre otros. La mayoría de las personas tienen una carga afectiva con su tierra. En algunos casos, incluso se vive el cambio de territorios sin temporadas a aquellos con cuatro estaciones (por ejemplo, un desplazamiento desde Venezuela, donde solo hay época de lluvia y sequía a España, que cuenta con primavera, verano, otoño e invierno). Los cambios climáticos de un nuevo territorio causan una gran diferencia en el migrante, el cual puede sentir nostalgia por su tierra y clima. Otro cambio que puede ser relevante es aquel realizado en migraciones de medios rurales a medios urbanos.

- 5) El duelo por el estatus. La migración de sujetos con estudios y buen estatus en su país de origen es frecuente, como lo es el caso de migrantes latinoamericanos a Europa o Estados Unidos. A pesar de que el proceso migratorio tiene como objetivo una mejora de la calidad de vida y progreso personal, en algunos casos los migrantes retroceden en su nivel de estatus social. El proyecto migratorio con frecuencia se ve afectado por las dificultades asociadas al proceso en sí, así como las condiciones sociales experimentadas (precariedad, acceso a oportunidades, dificultades económicas y legales, discriminaciones, etc.), que causan frustración al no cumplir con las expectativas impuestas, así como una afectación en la salud mental del migrante.
- 6) El duelo por el contacto con el grupo étnico. El perder el contacto con la esencia de la identidad étnica en un individuo afecta en el sentido de pertenencia al grupo y a la nación. La pérdida de la identidad étnica se suma a aquellas otras pérdidas de símbolos y conjuntos que conforman la identidad del individuo. A su vez, esto se relaciona con temas como los prejuicios, racismo y xenofobia experimentados en el país recipiente.
- 7) El duelo por los riesgos físicos. Un proceso migratorio conlleva numerosos riesgos, entre los cuales encontramos ciertos riesgos a la integridad física que comportan una pérdida de la seguridad y salud física del migrante, como pueden ser: enfermedades, lesiones, duelos no elaborados, etc. Estos pueden verse propiciados o causados, en algunos casos, por situaciones migratorias poco ideales, como una vivienda precaria, mala o insuficiente alimentación, poca higiene, explotación laboral, violencia por discriminación, desplazamiento riesgoso, entre otros.

El autor señala también la importancia de los aspectos infantiles arraigados en el duelo, al estar una persona condicionada por sus vivencias de la infancia, que estructuran su personalidad. Ante situaciones de dificultad de adaptación u otras problemáticas asociadas a la migración, el individuo reaccionará y responderá en base a diversos aspectos psicológicos y lo aprendido en su infancia.

Asimismo, podríamos añadir una pequeña característica al duelo migratorio: su transgeneracionalidad. Se trata de un fenómeno que afecta a su vez a los hijos de inmigrantes, quienes han de interiorizar ambas culturas: aquella de origen de sus padres y aquella de su entorno. Martínez & Martínez (2006) comentan que los hijos de

inmigrantes suelen presentar un mayor índice de patologías ansioso-depresivas. A pesar de ser diferente, el duelo migratorio tiene el potencial de continuar en las generaciones sucesivas.

Entre las expresiones sintomáticas del duelo migratorio más comunes, encontramos: la ansiedad e irritabilidad, el llanto, la tristeza, el miedo, la confusión y la preocupación, la fatiga, la pérdida o aumento del apetito, el sentimiento de culpa, la sensación de soledad, entre otros. No obstante, el duelo migratorio no puede ser considerado un cuadro de duelo psicopatológico según el DSM-IV-TR, ya que este no considera un duelo que no se de en relación con el fallecimiento de un ser querido (Achotegui, 2004).

El proceso migratorio conlleva consigo una serie de etapas que reflejan la elaboración del duelo y la adaptación del migrante, o, por el contrario, la no integración y patologías asociadas con un estancamiento del proceso. Así, Brink y Saunders (1977, citados en González, 2005) señalan cuatro etapas del fenómeno:

- a. *Etapas de Luna de Miel.* El migrante llega con altas expectativas e intenciones, que, si no se cumplen, se vuelven fuente de desánimo, resentimiento y frustración.
- b. *Etapas depresiva.* Ocurre cuando el sujeto experimenta un cambio en la imagen de sí mismo, con frecuencia negativa y disminuyente, al tener que aceptar condiciones dificultosas de trabajo, estatus social, vivienda, entre otras. También afectan el tener que desprenderse de sus costumbres propias y adaptarse a las de la sociedad receptora. La depresión aparece en esta etapa como una respuesta reactiva, más no es un requisito en el proceso. Es decir, no todos los migrantes pasan por esta etapa.
- c. *Etapas de adaptación.* En esta, el migrante elabora su proceso de integración y adaptación en la nueva sociedad.
- d. *Etapas de rechazo de la cultura original.* No suele ocurrir con frecuencia, más se puede dar como resultado de un proceso de separación de la propia cultura en un intento de integrarse o asimilar la cultura nueva, o también como parte de una marginación, en la cual se rechazan ambas culturas. Ambos procesos implican un empobrecimiento personal en el migrante.

En estas etapas, el migrante debe utilizar numerosas defensas psicológicas que, cuando se convierten muy intensas, dificultan que se adapte adecuadamente a la realidad y, por tanto, no haga una buena elaboración de su proceso migratorio. Lo que

buscan estas conductas es expresar un llamado de ayuda y apoyo. Uno de los mecanismos de defensa usuales en migrantes es la regresión psicológica, en una búsqueda de evitar un contacto realista con su entorno, expresándose mayormente como conductas de dependencias, sobrevaloración de los líderes y quejas infantiles. Un migrante puede recurrir a la regresión ante los frecuentes sentimientos de inseguridad y agobio, intensificados por la falta de apoyo familiar. Asimismo, encontramos también negaciones, proyecciones, idealización, formación reactiva y racionalización. Estos mecanismos de defensa acarrear un problema cuando son utilizados de manera masiva e inadecuada (Martínez & Martínez, 2006; Achotegui, 2012).

De esta manera, hemos de mencionar también los cambios de identidad causados por una migración. La elaboración del duelo migratorio causa en el sujeto profundos cambios de personalidad y, potencialmente, de su propia identidad. No solo cambia todo alrededor del migrante, sino que él mismo cambia a su vez. Esto puede resultar positivo, si el migrante logra elaborar su duelo y construir una identidad más enriquecida, desarrollada y compleja, con un mayor repertorio de recursos, experiencias y habilidades que le acompañen en su vida.

Los cambios que sufre un migrante son brutales, para bien y para mal. Ante ello, se hace necesario que haga una elaboración de su proceso de duelo, a la vez que intenta sobrevivir, adaptarse e integrarse en el país receptor. No obstante, se trata de un proceso lento, que pasa por diferentes etapas y complicaciones. Si el duelo no se reorganiza o se elabora de manera adecuada, el migrante sufrirá de una serie de síntomas psicológicos y emocionales. Por ello, es importante que el migrante trabaje para conllevar un duelo simple o, como mucho, complicado, pero nunca extremo.

4. Síndrome de Ulises

4.1. Concepto

El Síndrome de Ulises se caracteriza por la presencia de unos determinados estresores o duelos –soledad forzada, indefensión, miedo, etc.– de modo crónico y sin apoyo social y, también, por la aparición de un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental, en el límite de la psicopatología (Achotegui, 2008, p.15).

El Síndrome de Ulises, o en su nombre más técnico, el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, es un cuadro de duelo migratorio extremo, no un trastorno mental, que aparece en los inmigrantes que viven situaciones muy adversas, como, por ejemplo, soledad, exclusión, miedo e indefensión (Achotegui, 2002). De manera que, es

una sintomatología que experimentan aquellos inmigrantes en situación límite de duelo extremo, con condiciones tan difíciles que no pueden ser elaboradas.

Podríamos decir, en otras palabras, que es un síndrome reactivo y crónico de estrés en respuesta a múltiples situaciones de duelo extremo por procesos migratorios, difícilmente afrontadas. Así, se trata de un cuadro que aparece en los inmigrantes ante la vivencia de estresores inhumanos a los que es imposible adaptarse. Estos sujetos experimentan muchos problemas, que se multiplican y son de larga duración. Según cifras reportadas por Achotegui et al. (2015), la prevalencia de este cuadro en los inmigrantes es de un aproximado del 15% (en aquellos que acuden a los centros de salud mental, por lo cual la cifra podría, sin duda, ser mayor).

Al hablar del estrés, podríamos considerar que se trata del conjunto de procesos y respuestas ante situaciones intensamente demandantes de adaptación, percibidas como una amenaza (es decir, objetiva o subjetiva) para la integridad psicológica o biológica del individuo. Dicha percepción de la amenaza dependerá de las características del sujeto, según las cuales valorará la situación y las demandas (Fernández et al., 2020).

El nombre del Síndrome de Ulises hace referencia al personaje de la mitología griega Ulises, quien atraviesa varios peligros y adversidades en un desplazamiento alejado de sus seres queridos. Ulises era un semidiós, visto como un héroe, que a pesar de su fuerza mostraba una gran tristeza y pena ante su situación (Fernández et al., 2020).

Los inmigrantes, especialmente aquellos en situación límite, sufren de siete duelos (explicados anteriormente en el apartado del duelo migratorio) que se producen en mayor o menor grado según cada proceso migratorio. En el caso de los duelos extremos (de condiciones extremadamente adversas) los duelos se potencian y se cronifican gracias a los estresores e intensificadores que comentaremos próximamente. Como podemos ver, el Síndrome de Ulises sería causado por una situación de crisis permanente con poca elaboración del duelo extremo, siendo así similar al duelo migratorio, más con mayor intensidad, estresores y sintomatología.

Este cuadro no está recogido en manuales de clasificación tales como el DSM-5, a pesar de mostrar una amplia sintomatología clara y específica. Aunque, Achotegui no le considera un trastorno mental *per se*, sino un cuadro en un nivel inferior a ello. Se podría considerar que está en el límite entre el área de la enfermedad y el área de la salud mental. Si hacemos una escala, en el primer nivel encontraríamos el bienestar mental, en el segundo algunos problemas de salud mental (como estrés, tristeza,

nerviosismo), en el tercer nivel estaría el Síndrome de Ulises, en el cuarto los trastornos mentales (depresión, ansiedad) y en el último las crisis mentales que comprenden un peligro para sí mismo y otros.

Es importante, de cara al futuro, reconocer y delimitar al Síndrome de Ulises en la rama de atención psicológica, ya que ello puede evitar un diagnóstico incorrecto (depresión, psicosis, etc.) en un inmigrante.

4.2. Estresores

Los estresores que experimentan los inmigrantes en situación límite tienen una relación directa e inequívoca con los síntomas expresados en el Síndrome de Ulises. Podemos dividir los estresores en dos tipos, aquellos que delimitan y definen el cuadro y aquellos que potencian el efecto de los estresores (Achotegui, 2004, 2008, 2017b):

- 1) Estresores que delimitan y definen el Síndrome de Ulises:
 - a) La soledad. Relacionado con el duelo por la familia y seres queridos, con mayor afectación en aquellos casos en los que la reunión se ve lejana o poco posible, o en el caso de haber dejado atrás a niños pequeños o padres ancianos y enfermos. Mientras mayor sea el vínculo afectivo y el apego, peor se vive la separación. La soledad forzada afecta gravemente a los inmigrantes, causando un vacío afectivo significativo. En la migración, la reagrupación familiar constituye una situación extremadamente dificultosa, por una variedad de factores (por ejemplo, falta de medios económicos, falta de papeles y/o autorizaciones, etc.).
 - b) Duelo por el fracaso del proyecto migratorio. Los objetivos de la migración dan al sujeto un motivo por el cual luchar e intentar alcanzar con inmenso esfuerzo, así que, ante situaciones de dificultades de logro y adversidades, el migrante puede verse inundado con sentimientos de desesperanza y fracaso. El fracaso en soledad intensifica la gravedad del estresor. Además, una posible migración de retorno conforma un sentimiento de vergüenza y fracaso muy penosa para el migrante.
 - c) La lucha por la supervivencia. En primer lugar, encontramos que la alimentación del inmigrante en situación extrema es pobre. No es poco frecuente que estos individuos posean una mala y/o escasa

alimentación, basada en alimentos de baja calidad y pocas cantidades (intentando ahorrar para enviar dinero a su familia en el país de origen). La vivienda conforma también un factor importante en este estresor. Para un migrante no regularizado, acceder a una vivienda requiere depender de una tercera persona, dados los requisitos asociados con el alquiler de un piso (contrato de trabajo, por ejemplo). Algunos inmigrantes en situación límite terminan recurriendo al hacinamiento, infravivienda y explotación en viviendas, lo cual es un factor de estrés. En los peores casos, los inmigrantes viven en la calle.

- d) El miedo. Un inmigrante experimenta múltiples miedos en su proceso, siendo los más significativos el miedo a la detención y expulsión, a los abusos, a los peligros físicos relacionados con el viaje, etc. Encontrarse en un estado constante de miedo (por ende, crónico) causa afectaciones en el hipocampo y pérdidas neuronales en la corteza orbitofrontal (Sendi, 2001, citado en Achotegui, 2004), así como un condicionamiento al medio potenciado, reavivando con facilidad las situaciones de terror experimentados y por experimentar.

Achotegui (2004) considera que «esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises)» (p. 42).

2) Factores que potencian el efecto de los estresores:

- a) La multiplicidad. El hecho de padecer múltiples estresores potencia el sufrimiento y a los estresores *per se*.
- b) La cronicidad. Un sujeto que padece estrés y duelos extremos por un tiempo prolongado se ve significativamente más afectado que quien lo experimenta de forma aguda. El estrés es acumulativo.
- c) La intensidad y relevancia de los estresores. Las fuentes de estrés previamente establecidas claramente hacen referencia a situaciones límites, crónicas y extremas. Así, aspectos como la lucha por la supervivencia, el miedo y la soledad tienen una gran relevancia emocional e intensidad.

- d) La ausencia de sensación de control. El no poder controlar las fuentes de estrés y su intensidad potencia la reacción del inmigrante. No verle salida al túnel es un problema importante en esta población.
- e) La ausencia de una red de apoyo social. En muchas ocasiones, el no tener acceso a aspectos legales en el nuevo territorio dificulta la existencia de una red de apoyo para el migrante. Este factor afecta negativamente a la afectividad del individuo.
- f) Estresores clásicos de la migración. Aquí entrarían factores como todos los cambios a los que se ven envueltos (entorno, lenguaje, tierra, cultura, conocidos, etc.). En los inmigrantes en situación límite, los duelos típicos de la migración pueden quedar en segundo lugar ante adversidades más extremas y nuevos estresores límites.
- g) Añadido, la aparición de sintomatología del Síndrome de Ulises, causando dificultades de motivación y de lucha. Es incapacitante padecer un cuadro sintomatológico cuando además se está enfrentando a situaciones de adversidad. Esto puede resultar en un círculo vicioso: estresores intensos y continuos inciden en la aparición de un cuadro sintomatológico, que afecta las capacidades de adaptación y enfrentamiento a dichos estresores, creando un peor contexto ante el cual luchar.
- h) En algunos casos, el sistema sanitario, que no siempre atiende adecuadamente a esta población. Un inmigrante se puede encontrar con profesionales con prejuicios, racismo o, en un menor nivel, una ausencia de conocimiento sobre la realidad de la población migrante y la cultura o manera de ver la vida de su paciente. Es posible, también, que se les diagnostique erróneamente y reciban un tratamiento inadecuado (que se convierte en un estresor nuevo para el inmigrante). El lenguaje supone a su vez una dificultad, en el caso de aquellos inmigrantes que no hablan adecuadamente el idioma y la comunicación entre paciente y profesional se vuelve un reto.

4.3. Sintomatología

El cuadro sintomático de este trastorno se da como consecuencia de experimentar y sufrir los estresores anteriormente mencionados. Así, el Síndrome de Ulises se expresa por la combinación de dicha serie de estresores y síntomas derivados, que pueden llegar a ser muy variados. Gracias al trabajo realizado por Achotegui (2004, 2008), los podemos dividir en diferentes áreas: depresiva, de la ansiedad, de la somatización y confusional.

Sintomatología del área depresiva

Las expresiones más comunes son:

- Tristeza. Suele expresar los sentimientos ante duelos complicados derivados del proceso migratorio, así como el sentimiento de fracaso e indefensión aprendida.
- Llanto. Se da indiferentemente del género, dado que en una situación límite, las barreras culturales se minimizan y permiten expresar aquellos sentimientos negativos en forma de llanto.
- Culpa. Es más común en migrantes provenientes de culturas occidentales. Puede darse tanto de forma paranoide (temor al castigo por una acción inadecuada) como de forma depresiva (sufrimiento y remordimiento por un mal causado).

En esta área, no suelen darse ideas de muerte en los migrantes. En línea con su proyecto migratorio, son personas con ganas de vivir y seguir adelante, superar sus obstáculos y luchar por una buena vida, a pesar de las condiciones adversas que pueden vivir.

La etiología de estos síntomas la encontramos en el duelo migratorio y las pérdidas asociadas con la migración. Los siete duelos mencionados anteriormente inciden en este ámbito, especialmente los duelos realizados por la familia, por la situación social y por la pérdida de la seguridad física. Al ser recurrente, múltiple y con tendencias a cronificarse, se manifiesta al individuo en forma de estos síntomas depresivos, entre otros.

Sintomatología del área de la ansiedad

Corresponde a uno de los cuadros más importantes y frecuentes en el migrante. Destacamos los siguientes síntomas:

- Preocupaciones excesivas y recurrentes. Sobre la situación en la que se encuentra, la cual requiere una gran capacidad de procesamiento e *insight* sobre las emociones propias, las cuales son numerosas y en ocasiones contrapuestas, siendo difíciles de integrar. En el proceso migratorio continuamente se toman decisiones importantes, conllevando grandes niveles de tensión.
- Nerviosismo y tensión. Expresa el esfuerzo de la constante lucha contra las dificultades y los estresores de la migración.
- Insomnio. El sueño del migrante se ve afectado por las preocupaciones recurrentes e intrusivas sobre su situación. La ansiedad de anticipación incide en las dificultades para dormir, al relacionar la noche y el acostarse con una tensión por la soledad, los recuerdos y la magnitud de los problemas existentes. El continuo estrés experimentado puede impedir que el migrante se relaje lo suficiente para dormir, así como posibles pobres condiciones de vivienda. Así, el insomnio es el resultado de un círculo vicioso de ansiedad de anticipación, dificultades para relajarse, no poder conciliar el sueño y, por ende, no dormir lo suficiente.
- Irritabilidad. No es tan frecuente, más puede aparecer en los migrantes jóvenes y de cultura occidental.

Sintomatología del área de la somatización

Las expresiones somáticas del duelo del migrante no constituyen una separación entre cuerpo y mente, en la cual se reprime y rehúye del mundo afectivo resultando en afecciones corporales. Es decir, la expresión de psicopatología no se ve impedida por la aparición de síntomas somáticos. En estos individuos, se presentan múltiples somatizaciones, siendo las dos más características:

- Fatiga. En el caso de los migrantes con continuas adversidades y pocos éxitos asociados a su proyecto migratorio, es común encontrar una disminución de energía y fuerzas, ya que las mismas van ligadas a la motivación. Este es un síntoma que también podemos relacionar con el insomnio y las cefaleas.
- Cefalea. En los inmigrantes, las cefaleas suelen ser del tipo tensional, relacionados con las extensas y recurrentes preocupaciones que experimentan.

Otras somatizaciones menos frecuentes pero relevantes son aquellas del tipo osteomuscular (molestias abdominales, de espalda y articulaciones), que aparecen debido al estrés y la constante tensión en la que se ve sumido el migrante.

Sintomatología del área confusional

En algunos casos de migrantes en situaciones de estrés límite, se reportan síntomas de fallos de atención o de la memoria, así como desorientación temporal o física. Una de las posibles causas de aquello es, por ejemplo, el tener que crear una realidad paralela frente a los familiares en el lugar de origen, recurriendo a medias mentiras o fabulaciones en un intento de evitar que sufran por él. Sendi (2001, citado en Achotegui, 2004) considera a la confusión como una respuesta al estrés crónico, en el cual las alteraciones de la memoria son resultado de la actuación del cortisol sobre el hipocampo y las áreas corticales.

Psicológicamente, el estrés que sufre un migrante puede causar errores en el procesamiento de la información. Por tanto, es posible que el individuo incurra en estrategias como abstracción selectiva, inferencia arbitraria, personalización, generalización excesiva, pensamiento dicotómico, maximización y minimización (Achotegui, 2012).

La población infantojuvenil no se ve exenta de poder padecer este cuadro. Aunque, la expresión de la sintomatología varía según la edad y el desarrollo evolutivo del individuo. Durante la edad escolar, los niños pueden expresarse mediante evitación, ansiedad de separación o ante personas extrañas, trastornos del sueño, enuresis secundaria nocturna (emisión de orina de forma involuntaria a pesar de haber aprendido a controlar la enuresis), conductas agitadas o desorganizadas, reactivación del trauma a nivel simbólico (mediante dibujos, conversaciones o juegos), entre otros. Por otro lado, los adolescentes viven síntomas más parecidos a los adultos, diferenciándose según la edad del adolescente y en conductas más impulsivas y/o agresivas (Espeso, 2009, citado en Fernández et al., 2020).

A modo de resumen, podríamos decir que el Síndrome de Ulises se caracteriza por tristeza, llanto, ansiedad, insomnio, preocupaciones recurrentes e irritabilidad, más no presenta apatía o pensamientos de muerte, como es el caso de las depresiones estándar.

La sintomatología del Síndrome de Ulises es variable en el tiempo. Se trata de un cuadro que cambia, los migrantes suelen mejorar y recaer según temporadas y el contexto cambiante en el que se encuentran. Asimismo, se pueden dar los síntomas en

distintas intensidades y números, por lo que Achotegui clasifica al cuadro como parcial o completo según ello, así como en mayor o menor dependiendo de la cantidad de estresores presentados.

4.4. Diagnóstico diferencial

Cuando hablamos del Síndrome de Ulises, es importante diferenciar este cuadro tan específico con otros más generales a la población (Achotegui, 2004). De cierta manera, se podría considerar que tiene similitudes con el Trastorno por Estrés Agudo dados los estresores y sintomatología asociada; sin embargo, este cuadro es agudo y en respuesta a acontecimientos traumáticos, a diferencia del Síndrome de Ulises, que se cronifica y responde no solo a un hecho, sino a una multiplicidad de circunstancias y experiencias.

El Trastorno Adaptativo podría acercarse a este cuadro, más se queda corto. El estrés crónico y límite que experimentan los inmigrantes va más allá de lo descrito en la psicopatología adaptativa. Usualmente, un sujeto que experimenta un cuadro adaptativo lo hace con relación a un estresor identificable, mientras que, como hemos mencionado con anterioridad, el inmigrante sufre de muchos estresores que poseen una dimensión fenomenológica muy diferente (luchar por sobrevivir), siendo cualitativamente distintos y más intensos. También, en el Síndrome de Ulises los sujetos tienen reacciones esperadas a las situaciones que viven, a diferencia de aquellos que sufren un Trastorno Adaptativo, que presenta síntomas superiores a lo esperable en relación con las circunstancias. Además, en los inmigrantes en situación límite los problemas de adaptación son distintos; no es que no quieran adaptarse (todo lo contrario) sino que no se les deja (situaciones de ilegalidad, entre otras causas), dejándoles fuera del sistema. A pesar de ello, es posible considerar un continuum entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises (Achotegui, 2004).

En cuanto a su diferenciación con los cuadros depresivos, está claro que en el Síndrome de Ulises hay una abundancia de sintomatología depresiva (llanto, tristeza, culpa), más no son suficientes ni presentan otros aspectos básicos de la depresión, como lo son la apatía y pensamientos de muerte (un inmigrante aún tendrá la motivación y ganas de luchar y seguir adelante). A su vez, la tristeza expresada en estos individuos corresponde más a una por duelo complicado y difícil, a diferencia de aquella tristeza presente en un cuadro depresivo estándar. No sería adecuado catalogar este cuadro como un Trastorno depresivo, a menos que se incluya en la

categoría de atípico, más sigue sin ser una buena representación y categorización de la sintomatología.

Tampoco podemos considerarlo un tipo de TEPT, a pesar de algunas similitudes que tienen ambos, en especial debido a la respuesta al miedo (como estresor esencial). Así, en el caso de los estresores de miedo y de terror, la exposición a un acontecimiento traumático, estresante y con peligro vital es clara. No obstante, en el TEPT no se consideran todos los otros estresores presentes en el Síndrome de Ulises (soledad, lucha por supervivencia, sentimiento de fracaso), ni la intensidad de estos en la población migrante. Serían aspectos básicos de este cuadro que no son considerados ni respaldados por el TEPT.

Achotegui (2003, citado en Ochoa et al., 2005) considera al Síndrome de Ulises como un «trastorno a medio camino entre los Trastornos Adaptativos y el Trastorno por Estrés Postraumático» (p. 117), aunque no se ajusta específicamente a ninguno de ellos pues se presenta como una entidad propia, con intensidad y expresiones diferentes (por ejemplo, cronicidad, estresores múltiples, no pensamientos de muerte o apatía, etc.), así como una población característica.

4.5. Intervención

En un nivel esencial, el apoyo social ha de ser la base del tratamiento del Síndrome de Ulises. Al ser un síndrome particular con características especiales y no una depresión específica o típica, los profesionales que intervengan en esta población de pacientes deben estar formados propiamente. Es importante no dejar de lado las consideraciones acerca de la cultura del inmigrante, ya que ello incide y determina de gran manera a la persona, por lo que se ha de evitar despreciar o desmerecer tanto al paciente como a su cultura (Fernández et al., 2020).

Para Achotegui (2016), la intervención ha de ser psicosocial, educativa y de apoyo emocional. Esto implica un equipo multidisciplinar, en el cual los psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, profesionales asistenciales y líderes comunitarios deben intervenir. Aunque, lamentablemente, los índices de asistencia de inmigrantes a atención en salud mental o grupos de intervención son bajos, y en el caso de asistir, son frecuentes el incumplimiento terapéutico y el abandono del tratamiento. Por ello, Achotegui resalta la importancia de la prevención sanitaria y psicosocial. En este ámbito, serían útiles los programas de orientación comunitaria centrados en el bienestar de los inmigrantes.

El autor también resalta la importancia de establecer una relación terapéutica óptima, en la cual haya proximidad, respeto y aceptación hacia el paciente, buscando mejorar el tratamiento y reducir las dificultades de comunicación y diferencias culturales. Se trata de que el paciente se sienta aceptado, en vez del usual rechazo que experimentan, logrando así una confianza con el profesional.

Por otro lado, Tizón (2019), considera importante enfocar la labor preventiva en tres ámbitos interconectados entre sí: a) promocionar la integración sanitaria, social y sociocultural, mejorando las políticas de adaptación e integración actuales; b) buscar la colaboración de los sistemas profanos sanitarios y sociales y la asistencia popular de los inmigrantes en organizaciones asistenciales; y c) promoviendo espacios de reflexión y discusión con diálogo abierto sobre las migraciones y sus implicaciones, así como los motivos y experiencias en los inmigrantes, desde el ámbito de las organizaciones, los medios de comunicación y las redes sociales, buscando un uso adecuado y no sensacionalista del mismo. Desde una perspectiva política, social y psicológica, la prevención es el elemento clave de la intervención sanitaria en la población migratoria. Logrando esto, nuestra sociedad se verá beneficiada por una aportación humanitaria.

Conclusiones

Como hemos podido ver, la migración es un fenómeno que conlleva numerosos cambios y dificultades que generan niveles intensos y continuos de estrés, suponiendo así un factor de riesgo para desarrollar un cuadro o trastorno mental. Aunque, como es lógico, la aparición de una psicopatología dependerá también de otros factores, al ser un fenómeno multicausal. Es decir, la migración *per se* no causa un incremento del riesgo de sufrir enfermedades mentales, sino que dependerá del sujeto y las experiencias vividas, así como el tipo de proceso migratorio (por ejemplo, no es lo mismo un migrante voluntario a un refugiado). En cada individuo, su biografía, personalidad, vulnerabilidades, motivación, edad, género, expectativas, cultura, etc., le acompañarán en su proceso y determinarán, de cierta manera, su respuesta ante los cambios asociados a la migración. El trauma y las pérdidas consecuentes afectarán al migrante dependiendo de la intensidad y frecuencia de estos y su personalidad misma. Un inmigrante con alta vulnerabilidad personal, familiar y/o social puede sufrir de un cuadro sintomatológico, posiblemente desencadenado y/o relacionado con el trasplante psicosocial vivido durante la migración. En los casos de migración con estrés extremo, donde la configuración de la personalidad falla, se viven adversidades y condiciones extremas, con un gran duelo y estrés aculturativo, por lo que no es sorpresa la manifestación de síntomas psicopatológicos, al vivirse como un efecto acumulativo.

Asimismo, la vulnerabilidad aumenta en migrantes al verse sometidos a múltiples factores como el desempleo, hacinamiento, aislamiento, estigmatización, racismo, xenofobia, dificultades de acceso a los sistemas sociales y sanitarios, estrés por aculturación, irregularidad legal, explotación laboral, vivir una migración forzada, falta de apoyo social, precariedad, discriminación, pobres condiciones de vivienda, no elaboración del duelo migratorio, entre otros. Vivir un proceso migratorio puede conllevar dificultades importantes en el campo psicológico, al vivir con miedo y tener que luchar por sobrevivir, mientras se está separado de la familia y seres queridos. En este ámbito, la aculturación merece una mención relevante, al conllevar un cambio importante en el modelo cultural tanto del inmigrante como de la sociedad receptora. En este proceso, el migrante toma una actitud ante la aculturación (asimilación, integración, separación o marginación) que definirá su integración y conocimientos sobre la cultura del país recipiente, así como la facilidad de su proceso migratorio. Una adaptación sana y positiva suele incluir la integración de ambas culturas, manteniendo la suya propia pero a su vez participando en la nueva. Por otro lado, hemos de mencionar también que hay ciertos factores de protección relevantes, como, por ejemplo: tener una buena

red de apoyo social y familiar (tanto en el país nativo como en el país recipiente) y una buena integración a la comunidad, sentimiento de acogida e integración al nuevo entorno, resiliencia, capital social, tener una conducta prosocial, adecuada aculturación, mecanismos de afrontamiento cognitivos y conductuales positivos, asertividad, optimismo, protección social, buen dominio del idioma local, accesibilidad a sanidad y servicios sociales, entre otros.

De tal manera, podemos considerar que la migración es un factor de riesgo significativo para la expresión de sintomatología como la ansiedad, depresión, estrés, síntomas somáticos, cuadros psicóticos, entre otros. Los síndromes más reconocidos y expresados en la población inmigrante, especialmente aquella con estrés extremo y situación límite, son el Duelo migratorio y el Síndrome de Ulises. El Duelo migratorio se da debido las numerosas pérdidas vividas en el proceso migratorio, ante lo cual se viven diferentes tipos de duelos: por los seres queridos, por la lengua materna, por la cultura, por la tierra, por el estatus, por el contacto con el grupo étnico y por los riesgos físicos. Es una sintomatología que se caracteriza por su parcialidad, recurrencia y multiplicidad. Este cuadro puede ser simple, complicado o extremo, siendo estos dos últimos posibles causantes de síntomas psicopatológicos. Sus expresiones más comunes son la ansiedad, el llanto, la tristeza, la preocupación, la fatiga, el miedo, el sentimiento de soledad, entre otros. Sin embargo, este cuadro, más que una psicopatología mental en sí misma, puede conformar la base en la que se desarrollan otros trastornos mentales graves, como es el caso de la depresión.

Por otra parte, el Síndrome de Ulises es una sintomatología presentada por inmigrantes en situación límite y estrés crónico y múltiple, al vivir condiciones extremadamente adversas cuya elaboración y adaptación parece imposible. Los síntomas característicos de este cuadro se encuentran en distintas áreas: depresiva (tristeza, llanto, culpa), ansiosa (preocupaciones excesivas y recurrentes, nerviosismo y tensión, insomnio, irritabilidad), somáticas (fatiga y cefáleas), confusional (fallos de la atención o memoria, desorientación temporal o física). Aunque, en este cuadro no encontramos síntomas depresivos típicos como la apatía o pensamientos de muerte. Los duelos vividos en el Duelo migratorio afectan también en este síndrome, agregados a estresores importantes (entre los cuales encontramos la soledad, el duelo por el fracaso del proyecto migratorio, la lucha por la supervivencia y el miedo) y factores que potencian su efecto (al ser múltiples, crónicos, intensos y relevantes, añadidos a la ausencia de una red de apoyo social y de sensación de control, a los estresores clásicos de la migración, a la aparición de sintomatología del Síndrome de Ulises y, en algunos casos, dificultades con el sistema sanitario). Así como con el Duelo migratorio, el Síndrome de

Ulises no es considerado una enfermedad mental como tal, sino un nivel encontrado en el límite de la enfermedad y la salud mental. Es importante diferenciarlo de otros trastornos mentales, especialmente de la depresión, el Trastorno por Estrés Agudo, el Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno por Adaptación. A pesar de tener similitudes, el Síndrome de Ulises es una entidad propia, con una población característica (inmigrantes en situación límite) e intensidad y expresiones diferentes. Por tanto, su intervención deberá estar también adaptada a ello, debiendo enfocarse en aspectos psicosociales y educativos, así como de apoyo emocional, mediante el uso de un equipo multidisciplinar.

Dadas el importante número de población migrante, especialmente en España, así como la prevalencia de sintomatología psicopatológica y la afectación que conllevan, cuadros como el Síndrome de Ulises son un problema significativo de salud mental en los países receptores de migrantes. Las investigaciones en torno a este síndrome no son suficientes a pesar de la relevancia y caracterización que tiene en los migrantes, por lo que instamos a los investigadores científicos del campo a profundizar en él. A su vez, en pro a intentar solventar esta problemática, es importante promocionar el bienestar mental de la población (tanto autóctona como inmigrante), para lo cual se debe buscar una igualdad de oportunidades y equidad social. También, debemos mejorar los sistemas de atención a la población migrante, disminuyendo la estereotipación y discriminación, buscando una mayor asistencia a estos servicios, así como adoptando modelos de atención que consideren la cultura y distintas expresiones de cada individuo, ya que ello afecta de gran manera el diagnóstico e intervención.

Una de las muchas reflexiones que esperamos haber dejado con este trabajo es aquella de trabajar en la integración. Todos somos seres humanos, en un mundo social y unido. La inclusión de inmigrantes en las sociedades receptoras deja beneficios para ambos partidos. Así, sería de gran interés para los gobiernos realizar programas sociales de salud, tanto física como mental, para este segmento de la población, así como implementar políticas más flexibles e inclusivas para su accesibilidad a los servicios y programas ya existentes. Por último, instamos a otros investigadores científicos a profundizar sobre la temática, dada la relevancia que acarrea en el sector de la sanidad pública.

Referencias

- Achotegui, J. (1999). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguerro & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 83-100). Edicions Bellaterra.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*. Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830454>
- Achotegui, J. (2007). El síndrome de Ulises. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. *Pensamiento Crítico*. Recuperado de <http://www.pensamientocritico.org/josach0407.html>
- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 11, 15-25. Recuperado de <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Achotegui-Joseba-11.pdf>
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-171. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3119470>
- Achotegui, J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 30(2), 79-86. Recuperado de <https://core.ac.uk/reader/39074890>
- Achotegui, J., López, A., Morales, M., Espeso, D., & Achotegui, A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPPIR en Barcelona. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 70-78.
- Achotegui, J. (2016). La salud mental de los inmigrantes en el siglo XXI. *Mente y Cerebro*, 77, 15-24. Recuperado de <https://www.fundacionmaesme.cat/wp-content/uploads/2018/05/2-Art%C3%ADculo-Mente-y-cerebro.-JOSEBA-ACHOTEGUI.pdf>
- Achotegui, J. (2017a). Acerca de la psiquiatrización y el sobrediagnóstico de los traumas en los inmigrantes y refugiados. *Temas de Psicoanálisis*, 13. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/JOSEBA-ACHOTEGUI.->

[Acerca-de-la-psiquiatrizacion-y-el-sobrediagnostico-de-los-traumas-en-los-inmigrantes-y-refugiados.1.pdf](#)

- Achotegui, J. (2017b). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista de Menorca*, 96, 103-111. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/RdM/article/view/339995/432555>
- Achotegui, J., Morales, M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J. V., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A. M., & Borrell, C. (2009). Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte de Salud Mental*, 8(35), 50-55. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830261>
- Achotegui, J., Morales, M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J. V., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A. M., & Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de Salud Mental*, 8(37), 23-30. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830370>
- Adebimpe, V. (1981). Overview: white norms and psychiatric diagnosis of black patients. *American Journal of Psychiatry*, 138(3), 279-285. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.3.279>
- Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M., & Jamil, H. (2013). Resilience as a Protective Factor Against the Development of Psychopathology Among Refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease* 201(3), 167–172. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182848afe>
- Barro, S., Saus, M., Barro, A., & Fons, M. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34(9), 504. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7688705/pdf/main.pdf>
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Erol, N. (1997). Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 477–484. <https://doi.org/10.1007/BF00789143>
- Bogue, D. J. (1977). A Migrant's-Eye View of the Costs and Benefits of Migration to a Metropolis. En A. A. Brown & E. Neuberger (Eds.), *Internal Migration: A Comparative Perspective* (pp. 167-182). Academic Press.

- Cabrera, S., & Cruzado, L. (2014). Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(2), 116-122. <https://doi.org/10.20453/rnp.v77i2.1154>
- Cantor-Graae, E., & Selten, J. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Capel, H. (1997). Los inmigrantes en la ciudad, crecimiento económico, innovación y conflicto social. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona*, 3. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/sn-3.htm>
- Carbonell i Paris, F. (1995). *Inmigración: diversidad cultural, desigualdad social y educación*. Ministerio de Educación y Ciencia de España. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/PdfServlet?pdf=VP01229.pdf&area=E>
- Castillo, T., & Reguant, M. (2017). Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno. *Migraciones*, 41, 133-163. <https://doi.org/10.14422/mig.i41.v2017.006>
- Cervantes, R. C., Salgado de Snyder, V. N., & Padilla, A. M. (1989). Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. *Hospital & Community Psychiatry*, 40(6), 615–619. <https://doi.org/10.1176/ps.40.6.615>
- Collazos, F., Ghali, K., Ramos, M., & Qureshi, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 755-761. <http://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600008>
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (2016). Movimientos migratorios en España y Europa. Recuperado de <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/02/Informe-rutas-migratorias.pdf>
- Cortizo, J. (1993). Tipología de las migraciones internacionales. *Polígonos*, 3, 9-23. <https://doi.org/10.18002/pol.v0i3.1247>
- Cunningham, C., & Boyle, M. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555–569. <https://doi.org/10.1023/a:1020855429085>

- Dealberto, M. (2010). Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 325-339. <https://doi.org/0.1111/j.1600-0447.2009.01535.x>
- Defensor del Pueblo. (2020). La contribución de la inmigración a la economía española: Estudio. *Informe Anual 2019 del Defensor del Pueblo*, 2. Recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/06/La_contribucion_de_la_inmigraci%C3%B3n_a_la_economia_espa%C3%B1ola-1.pdf
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford University Press.
- Donoso, M. (2014). *Duelo Migratorio* [Tesis para Diplomado]. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/136%20Duelo%20migratorio.pdf>
- Esteban, M. (2001). Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Atención Primaria*, 27(1), 25-28. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78768-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78768-9)
- Esteban-Gonzalo, L. (2014). *Nutrición y salud en adolescentes inmigrantes y autóctonos residentes en Madrid* [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/28286/>
- Esteban-Gonzalo, L., Veiga, O., Gómez-Martínez, S., Veses, A. M., Regidor, E., Martínez, D., Ascensión, M., & Calle, M. E. (2014). Length of residence and risk of eating disorders in immigrant adolescents living in Madrid; the AFINOS study. *Nutrición Hospitalaria*, 29(5), 1047-1053. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.5.7387>
- Esteban-Vasallo, M., Domínguez, M., Astray, J., Gènova, R., Pérez, A., Sánchez, L., Aguilera, M., & González, F. (2009). Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población migrante y autóctona. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 548-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.05.009>
- Fernández, J. C., Domínguez, N., & Miralles, F. (2020). El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. *Revista de Estudios en Seguridad Internacional*, 6(1), 101-117. <http://doi.org/10.18847/1.11.7>

- Finch, B. K., & Vega, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109–117. <https://doi.org/10.1023/a:1023987717921>
- Flores, M. I. (2012). *Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca* [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears.
- Garcés, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277262345_El_Trabajo_Social_en_salud_mental
- García-Campayo, J., & Sanz, C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118(5), 187-191. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72328-2](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72328-2)
- Gmelch, G. (1980). Return Migration. *Review of Anthropology*, 9, 135-159. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.09.100180.001031>
- Godenau, D. (2012). El papel de la inmigración en la economía española. *Documento de Trabajo del Observatorio de Divulgación Financiera*, 7. Recuperado de https://www.iefweb.org/wp-content/uploads/2019/01/inmigracion_economia_espanola.pdf
- Golding, J. M., & Burnam, M. A. (1990). Immigration, stress, and depressive symptoms in a Mexican-American community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 161–171. <https://doi.org/10.1097/00005053-199003000-00003>
- Gonzalez, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, 7, 77-97. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8477>
- Granados, J. A. (2001). Identidad y género: aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales. *Nueva Epoca, Salud Problema*, 6(10-11), 37-46. Recuperado de https://publicaciones.xoc.uam.mx/resumen_articulo.php?id=238
- Grinberg, L., & Gringberg, R. (1996). *Migración y exilio: Un estudio psicoanalítico*. Biblioteca Nueva.
- Gutkovich, Z., Rosenthal, R. N., Galynker, I., Muran, C., Batchelder, S., & Itskhoki, E. (1999). Depression and Demoralization Among Russian-Jewish Immigrants in Primary Care. *Psychosomatics*, 40(2), 117–125. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71257-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71257-0)
- Herrera, R. (2006). *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones*. Siglo Veintiuno Editores.

- Hidalgo, N., Peralta, M., Robles, H., Vilar-López, R., & Pérez-García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: Repercusiones sobre la calidad de vida. *Psicología Conductual*, 17(3), 595-607. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Natalia-Hidalgo-6/publication/234064654_ESTRES_Y_PSICOPATOLOGIA_EN_MUJERES_INMIGRANTES_REPERCUSIONES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA/links/0fcfd50ec5d2282a7c000000/ESTRES-Y-PSICOPATOLOGIA-EN-MUJERES-INMIGRANTES-REPERCUSIONES-SOBRE-LA-CALIDAD-DE-VIDA.pdf
- Hovey, J. D., & King, C. A. (1996). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1183-1192. <https://doi.org/10.1097/00004583-199609000-00016>
- Hovey, J. D., & Magaña, C. (2000). Acculturative stress, anxiety and depression among immigrant farmworkers in the midwest. *Journal of Immigrant Health*, 2(3), 119-131. <https://doi.org/10.1023/A:1009556802759>
- Igartua, J., Muñiz, C., & Otero, J. (2006). El tratamiento informativo de la inmigración en la prensa y la televisión española. Una aproximación empírica desde la teoría del Framing. *Global Media Journal*, 3(5), 1-15. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68730501>
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). Cifras de Población, Estadística de Migraciones. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/cp_e2019_p.pdf
- King, R. (1986). Return migration and regional economic development: an overview. En King, R. (Ed.) *Return migration and regional economic problems* (pp. 1-37). Croom Helm.
- Kosinski, L. A., & Prothero, R. M. (1975). *People on the move: studies on internal migration*. Methuen.
- Llanera, J. (2013). *Agresividad en hijos de migrantes (Estudio realizado en la Escuela Oficial Rural Mixta San Rafael Pacayá Sector II, Coatepeque, Quetzaltenango)* [Tesis de grado]. Universidad Rafael Landívar.
- López de Lera, D., & Oso, L. (2007). La inmigración latinoamericana en España. Tendencias y estado de la cuestión. En I. Yépez & G. Herrera (Eds.), *Nuevas migraciones latinoamericanas a Europa: Balances y desafíos* (pp. 31-68). FLACSO.

- Maldonado, C., Martínez, J., & Martínez, R. (2018). Protección social y migración: Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*. Recuperado de https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44021/S1800613_es.pdf
- Mallet, R., Leff, J., Bhugra, D., Pang, D., & Hua Zhao, J. (2002). Social environment, ethnicity and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 329-335. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0557-4>
- Markez, I., & Póo, M. (2001). El desafío de la emigración: Integración y salud mental. *Norte*, 4(12), 43-52. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830272>
- Martínez, S. (2019). Trastornos mentales en inmigrantes: ¿por qué se producen y cómo evitarlos? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 50, 39-40. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2019.09.001>
- Martínez, M., & Martínez, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 63-75. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s1/original5.pdf>
- McGinley, M., Carlo, G., Crockett, L. J., Raffaelli, M., Torres S., R. A., & Iturbide, M. I. (2010). Stressed and helping: The relations among acculturative stress, gender, and prosocial tendencies in Mexican-Americans. *Journal of Social Psychology*, 150, 34-56. <https://doi.org/10.1080/00224540903365323>
- Micolta, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Trabajo Social*, 7, 59-76. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8476>
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Morrison, P. A. (1977). The Functions and Dynamics of the Migration Process. En A. A. Brown & E. Neuberger (Eds.), *Internal Migration: A Comparative Perspective* (pp. 61-72). Academic Press.

- Mortensen, P. B., Cantor-Graae, E., & McNeil, T. F. (1997). Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychological Medicine*, 27(4), 813–820. <https://doi.org/10.1017/s0033291797004741>
- Moya, M., & Puertas, S. (2008). Estereotipos, inmigración y trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 6-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829102>
- Navarro, M. (2004). Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Reflexiones*, 83(1), 107-120. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796128>
- Navarro, J. C., & Rodríguez, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada (España). *Investigación en Salud*, 5(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250306>
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived Discrimination and Depression: Moderating Effects of Coping, Acculturation and Ethnic Support. *American Journal of Public Health*, 93(2), 232-238. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.2.232>
- Noin, D. (1979). *Géographie de la population*. Masson.
- Ochoa, E., Vicente, N., & Lozano, M. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*, 205(3), 116-118. <https://doi.org/10.1157/13072968b>
- Ordóñez, M. (2009). Presentación del Informe. En M. Boldrin (Coord.), *Efectos económicos de la inmigración en España. Jornadas sobre inmigración: I Informe FEDEA* (pp. 9-14). Marcial Pons.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Desafíos globales: Migración*. Recuperado el 11 de marzo de 2021, de <https://www.un.org/es/global-issues/migration>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental*. Recuperado el 15 de marzo de 2021, de https://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Recuperado de https://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Oso, L. (1998). La migración hacia España de mujeres jefas de hogar. *Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto de la mujer*. Madrid.

- Pajares, M. (2007). Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2007. Análisis de datos de España y Cataluña. *Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración*. Recuperado de https://extranjeros.inclusion.gob.es/ficheros/Observatorio_permanente_inmigracion/publicaciones/fichas/InmigMercadoDeTrabajoInforme2007.pdf
- Palomar-Lever, J. (2017). Factores protectores y de riesgo que influyen en el bienestar subjetivo y económico de migrantes latinos en Boston, Estados Unidos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 86-102. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161008.pdf>
- Pang, K. Y. (1998). Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: narration and the healing process. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22(1), 93-122. <https://doi.org/10.1023/a:1005389321714>
- Passalacqua, A., Castro, F., Menestría, N., Alvarado, M., Piccone, A., Boustoure, A., & Gherardi, C. (2013). La migración y sus consecuencias en diferentes franjas etarias. *Anuario de Investigaciones*, 20, 387-393. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949079.pdf>
- Pereda, E. (2006). Resiliencia e Inmigración (Trabajo de tercer curso de Terapeuta Familiar). *Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar, Bilbao*. Recuperado de <https://www.avntfevntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Pereda-E.-Tbjo.-3%C2%BA-BI-05-06.pdf>
- Perez, M., Voelz, Z., Pettit, J., & Joiner, T. (2002). The Role of Acculturative Stress and Body Dissatisfaction in Predicting Bulimic Symptomatology Across Ethnic Groups. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 442-454. <https://doi.org/10.1002/eat.10006>
- Pertíñez, J., Viladós, L., Clusa, T., Menacho, I., Nadal, S., & Muns, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29(1), 6-11. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70492-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70492-7)
- Pries, L. (1999). La migración internacional en tiempos de globalización. *Nueva Sociedad*, 164, 56-68. Recuperado de http://insyde.org.mx/pdf/movilidad-humana/pries_1999_la_migracion_internacional.pdf
- Quílez, O. (2014). *Análisis comparativo del trastorno de ansiedad en una muestra de autóctonos e inmigrantes residentes en España* [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Zaragoza. Recuperado de <https://zaquan.unizar.es/record/14395/files/TAZ-TFG-2014-563.pdf?version=4>

- Quintero, J., & Clavel, M. (2005): Emigrantes, inmigrantes y estrés. *Interpsiquis*.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Reig-Botella, A., Clemente, M., & Sangiao, I. (2018). Migración y Síndrome de Ulises: Ser nadie en tierra de nadie. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 24, 27-43. <http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i24.388>
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2006). Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción. *Revista Ciencias de la Salud de Bogotá*, 4, 186-193. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/551>
- Retortillo, A., & Rodríguez, H. (2008). Inmigración, estrategias de aculturación y valores laborales: un estudio exploratorio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 187-202. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n2/v24n2a04.pdf>
- Rodríguez, A. M. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80), 291-302. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf>
- Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P., & Díaz, B. (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista Médica de Chile*, 139(10), 1298-1304. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011001000008>
- Rondón, M. (2006). Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237-238. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a01v23n4.pdf>
- Ruiz-Castell, M., Kandala, N., Perquin, M., Bocquet, V., Kuemmerle, A., Vögele, C., & Stranges, S. (2017). Depression burden in Luxembourg: Individual risk factors, geographic variations and the role of migration, 2013–2015 European Health Examination Survey. *Journal of Affective Disorders*, 222, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.056>
- Sánchez, G., & López, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 399-410. Recuperado de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/59345/ansiedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Shin, K. R. (1994). Psychosocial predictors of depressive symptoms in Korean-American women in New York City. *Women & Health*, 21(1), 73–82. https://doi.org/10.1300/J013v21n01_05

- Simmons, A. (1991). Explicando la migración: la teoría en la encrucijada. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 6(16), 5-31. Recuperado de <https://www.istor.org/stable/40368378?seq=1>
- Smith, G., Boydell, J., Murray, R., Flynn, S., McKay, K., Sherwood, M., & Honer, W. (2006). The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophrenia Research*, 87(1-3), 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.024>
- Sobral, J., Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, A., Romero, E., & Villar, P. (2010). Adolescentes latinoamericanos, aculturación y conducta antisocial. *Psicothema*, 22(3), 410-415. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2010-14793-010>
- Suárez, M., Ruíz, J., Tejera, M., Rodríguez, V., Manzanera, R., & Artiles, R. (2011). Estados de ansiedad, depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias. *Semergen*, 37(8), 391-397. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2011.03.005>
- Tezanos, J. F., & Tezanos, S. (2006). La cuestión migratoria en España: Tendencias en inmigración y exclusión social. *Revista Sistema*, 190-191, 9-39. Recuperado de <https://fundacionsistema.com/la-cuestion-migratoria-en-espana-tendencias-en-inmigracion-y-exclusion-social/>
- Tizón, J. (1989). Migraciones y salud mental: Recordatorio. *Gaceta Sanitaria*, 3(14), 527-529. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(89\)70976-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(89)70976-6)
- Tizón, J. (2019). Prólogo: Duelo migratorio y crecimiento personal y social. En V. D. Volkan, *Inmigrantes y refugiados: Trauma, duelo permanente, prejuicio y psicología fronteriza*. Herder Editorial.
- Tizón, J., Achotegui, J., San José, J., Sainz, F., Pellejero, N., & Salamero, M. (1986). La migración como factor de riesgo para la salud. *Revista de Treball Social*, 101, 103-126.
- Tizón, J., Salamero, M., Pellenegro, N., Sainz, G., Achotegui, J., & Díaz-Munguira, J. M. (1993). *Migraciones y Salud mental*. Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Vilar, E., & Eibenschutz, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11-32. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/239596562_Migracion_y_salud_mental_un_problema_emergente_de_salud_publica

- Villa, V. (2020). *Problemas de comportamiento en adolescentes pertenecientes a familias migrantes y no migrantes de la Unidad Educativa "Miguel Merchán Ochoa"* [Tesis de máster]. Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://201.159.222.99/bitstream/datos/10195/1/15825.pdf>
- Yi, J.K., Lin, G.J.-C., & Yuko, K. (2003). Utilization of counseling services by international students. *Journal of Instructional Psychology*, 30, 333-342. Recuperado de <https://www.proquest.com/openview/4a093b00e6dd9316528461e47c396035/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2029838>
- Zarza, M. J., & Sobrino, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología*, 23(1), 72-84. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23171/22451>