

## Salud mental y migración política Latinoamericana. Experiencias individuales y estilos de afrontamiento

### *Mental health and Latin American political migration. Individual experiences and coping styles*

**Autores:** Laura González Rodríguez (1), Florentino Blanco Trejo (2), Raquel González Hervías (3)

**Categoría profesional y lugar de trabajo:** (1) Enfermera. Máster Investigación Cuidados de Enfermería. PhD Programa de Doctorado de Medicina y Cirugía de la UAM. Hospital Universitario La Paz; (2) Doctor en Psicología. Profesor titular Universidad Autónoma de Madrid; (3) Doctora en Psicología. Profesora titular EUE Cruz Roja Madrid.

**Dirección de contacto:** laura.glez964@gmail.com

**Fecha recepción:** 11/03/2022

**Aceptado para su publicación:** 04/07/2022

**Fecha de la versión definitiva:** 12/07/2022

#### Resumen

**Introducción.** El presente trabajo pretende conocer cómo es la realidad de la población migrante refugiada, el proceso de ajuste y adaptación que han de llevar a cabo y el impacto que puede provocar en su salud, principalmente en su salud mental. La motivación de este trabajo responde a la obligación de atender y cubrir las necesidades de este colectivo cada vez más numeroso que España ha contraído. Asimismo, se trata de un tema que se ha trabajado de forma escasa desde el ámbito de la enfermería, por lo que se deben desarrollar trabajos específicos desde un punto de vista propiamente enfermero. **Material y métodos.** El estudio se basa en entrevistas semiestructuradas con personas refugiadas de las que se derivaron las categorías de análisis. **Resultados.** Los resultados hallados en este estudio enfocan la realidad de los problemas psicosociales de las personas migrantes desde los obstáculos y facilidades, tanto propias como de su entorno, analizando así el contexto multidimensional que determina principalmente la presencia de estrés, ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático. **Discusión.** Se puede afirmar que las personas refugiadas perciben de forma más prevalente los síntomas relacionados con la depresión como consecuencia de las vivencias traumáticas vividas en su país de origen y síntomas relacionados con la ansiedad como consecuencia de los nuevos obstáculos en el país receptor. Asimismo, se puede concluir que de forma general las personas refugiadas adoptan una actitud de afrontamiento activo y adaptativo.

#### Palabras clave

Migración; Refugiado; Estrés; Ansiedad; Depresión.

#### Abstract

**Introduction.** This work aims to know what the reality of the refugee migrant population is like, the process of adjustment and adaptation to be carried out and the impact it can have on their health, mainly on their mental health. The motivation of this work responds to the obligation to meet and meet the needs of this group, which is becoming more numerous, that Spain has contracted. It is also an issue that has been worked poorly from the field of nursing, so specific work must be carried out from a nurse's own point of view. **Methodology.** The study is based on semi-structured interviews with refugees from which the categories of analysis were derived. **Results.** The results found in this study focus on the reality of the psychosocial problems of migrants from obstacles and facilities, both own and in their environment, thus analyzing the multidimensional context that mainly determines the presence of stress, anxiety, depression and post-traumatic stress syndrome. **Discussion.** It can be stated that refugees perceive symptoms related to depression more prevalently as a consequence of traumatic experiences lived in their country of origin and symptoms related to anxiety as a consequence of new obstacles in the host country. Likewise, it can be concluded that, in general, refugees adopt an attitude of active and adaptive coping.

#### Keywords

Migration; Refugee; Stress; Anxiety; Depression.

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la migración forzada ha aumentado notablemente en los últimos años. Por ello, millares de personas forzadas a migrar cada año lo hacen por motivos de violencia social y política. Estas personas reciben el nombre de personas refugiadas o personas solicitantes de asilo político. Según la OIM (Organización Internacional para las Migraciones) este tipo de migración forzosa es "un movimiento migratorio, que, aunque puede ser impulsado por diferentes factores, involucra el uso de la fuerza, la compulsión o la coerción". Por otro lado, tras la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados llevada a cabo en 1951 por las Naciones Unidas se definió a la persona refugiada como aquellas personas que "huyen de su país debido a fundados temores de ser perseguidos por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinados grupos sociales u opiniones políticas" lo que también se denomina como *violencia sociopolítica*. (1). Estas poblaciones sufren un fuerte impacto en su salud a causa de los altos niveles de estrés, caos, violencia, desamparo y vulnerabilidad económica, psicológica, y social dejando una huella indeleble en sus vidas (2). España es un país receptor de este tipo de migración, especialmente de refugiados procedentes de países de Latinoamérica, entre los que destacan Venezuela, Colombia, Honduras y El Salvador. Actualmente existen importantes conflictos armados de origen sociopolítico en numerosos países del mundo. Por ello, surge la necesidad de realizar un estudio cualitativo, cuyo objetivo persigue conocer la realidad y experiencias subjetivas de las personas refugiadas procedentes de países latinoamericanos en España residentes en la CAM. Solo en el año 2018 las solicitudes de asilo en esta Comunidad fueron de 8.107 por parte de Venezuela, 3.652 de Colombia, 1.081 de Honduras, 1.210 de El Salvador y 86 de Guatemala según datos del Ministerio del Interior (2018) (3). El bienestar biopsicosocial de la población refugiada puede verse afectado debido tanto al proceso de salida forzosa de su país de origen como al proceso de llegada, ajuste y adaptación al país de acogida. Entre las principales causas se pueden señalar los problemas derivados del aislamiento social, incertidumbre sobre la situación legal y trámites burocráticos, bajo nivel socioeconómico, dificultad para acceder a empleos no precarios y el proceso de integración y habituación a la nueva cultura (4, 5, 6, 7). Asimismo, un estudio llevado a cabo en el año 2014 en la Universidad del País Vasco concluyó que el estado de salud y bienestar psicológico era peor en la población migrante que en la población autóctona, independientemente del rango

de edad, lo que manifiesta una mayor vulnerabilidad en el grupo de población de las personas migrantes (8). Por tanto, se ratifica la realidad de la población refugiada como un colectivo vulnerable en sí mismo y respecto a la población autóctona, secundando la falacia del inmigrante sano (9,10).

Numerosos estudios señalan que la salud mental es una de las esferas que más se ve afectada, aunque habitualmente estos problemas suelen recibir menos atención. Como consecuencia de ello la salud mental puede sufrir un grave deterioro e incluso desembocar en trastornos psiquiátricos, si se realiza un manejo incorrecto de estos desajustes psicoemocionales (11-14).

La violencia social y política constituye una violación flagrante de los derechos civiles y políticos más básicos, recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. A ello, hay que sumarle los vacíos de protección a los que se deben enfrentar los refugiados que, a pesar de la existencia de numerosos tratados internacionales para regular su situación y protegerlos, en la práctica no siempre se aplican estas leyes como debieran (15,16). En el artículo publicado en *Journal of Transcultural Nursing* por Josepha Campinha, se pone de manifiesto la gran necesidad actual de formar a profesionales sanitarios capaces de atender contextos culturales diferentes en sus pacientes. Para ello, es necesario por parte de los profesionales de enfermería la adquisición de conocimientos culturales, toma de conciencia y habilidades culturales, además de formarse a partir de encuentros culturales y mantener la motivación permanente de querer conocer nuevas culturas y las necesidades de cuidados de las personas que las forman (17).

En esta línea temática resulta además muy interesante trabajar desde una perspectiva enfermera puesto que existen escasas investigaciones y trabajos publicados al respecto. Por ello, en gran medida la población migrante refugiada se puede considerar un colectivo olvidado por la disciplina enfermera, la cual debe trabajar en desarrollar objetivos e intervenciones enfermeras específicos para estas poblaciones, con el fin de lograr la excelencia en cuidados individualizados.

### Objetivo general

Describir las distintas formas de experimentar subjetivamente y afrontar el proceso de ajuste psicosocial a la sociedad receptora en refugiados políticos de origen latinoamericano que viven en la Comunidad de Madrid.

## Objetivos específicos

- Identificar los problemas de salud mental que las personas refugiadas viven como más acuciantes en su proceso de adaptación a su nuevo entorno.
- Identificar y estudiar las causas a las que las personas refugiadas atribuyen sus problemas de salud mental.
- Identificar los obstáculos que las personas refugiadas encuentran en su nuevo entorno.
- Identificar los factores o recursos que las personas refugiadas experimentan como favorecedores.
- Conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas refugiadas para gestionar su proceso de adaptación al nuevo entorno.
- Sugerir nuevas líneas y protocolos de atención en salud mental específicos para las personas refugiadas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

La metodología para este trabajo fue de aproximación y corte cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas y análisis del discurso a una muestra estructural representativa de los sujetos de estudio.

## Participantes

### Criterios de inclusión:

- Población migrante procedente de países de Latinoamérica y residente en la CAM, principalmente Venezuela, Colombia y Guatemala por ser los grupos de personas refugiadas más numerosos en España y por ser España su primer país de destino internacional.
- Motivo del desplazamiento: violencia sociopolítica (personas refugiadas).
- Duración de la estancia en España desde su llegada inferior a 5 años, para encontrar participantes aún en período de adaptación o ajuste psicosocial al entorno.

### Criterios de exclusión:

- Padecer trastornos mentales agudos previos a la situación de violencia sociopolítica en su país de origen.
- Población migrante menor de 18 años.

La muestra se recogió mediante un muestreo intencional o por propósito, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión específicos descritos, con el objetivo de comprender las diferentes formas de adaptación y afrontamiento psicosocial en la persona refugiada al nuevo entorno (18). Finalmente, se realizaron un total de 8 entrevistas abiertas y semiestructuradas a un total de 4 mujeres y 4 hombres, procedentes 5 de ellos de Venezuela, 2 de ellos de Colombia y la última de Guatemala.

Sexo	País de origen	Edad	Tiempo en España	Nivel de estudios	Causa de migración	¿Hijos a cargo?
Mujer	Venezuela	35	4 meses	Estudios primarios	Violencia política	Con 3 hijos menores a cargo
Hombre	Venezuela	40	3 meses	Estudios superiores	Violencia política	Solo
Hombre	Colombia	34	4 meses	Estudios primarios	Violencia social (LGTBI)	Solo
Mujer	Colombia	37	3 meses	Estudios superiores	Violencia política: causa médica	Con 2 hijos menores a cargo y su marido
Mujer	Venezuela	54	4 meses	Estudios superiores	Violencia política	Con 2 hijos mayores
Hombre	Venezuela	27	4 meses	Estudios superiores	Violencia política	Con su madre y hermano menor
Hombre	Venezuela	22	4 meses	Estudios superiores	Violencia política	Con su madre y hermano mayor
Mujer	Guatemala	43	6 meses	Sin estudios primarios	Violencia social y VG	Con 3 hijos menores a cargo

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y económicas de la muestra.

## Procedimientos e instrumentos

Se contactó con el Centro de Acogida a Refugiados (C.A.R) de Vallecas, donde se logró la entrada al campo y acceso a la muestra a través de la psicóloga del centro quien además se encargó del proceso de captación de los y las participantes atendiendo a criterios de variabilidad en cuanto a edad, género, tiempo en España y país de origen.

El instrumento principal utilizado para la obtención de datos fue la entrevista abierta semiestructurada. En un primer momento se comenzó con una pregunta inicial de arranque y posteriormente se utilizó un guion de preguntas derivadas de las categorías de interés previstas a priori. El guion de las preguntas estaba basado en modelos específicos de enfermería en salud mental y sociocomunitaria y especialmente en el modelo de transición cultural de Martha B. Baird. En dicho modelo, Baird acuñó el concepto de liminalidad como resultado de dos estudios cualitativos realizados con mujeres refugiadas en EEUU procedentes de Sudán del Sur. Durante los estudios estas mujeres referían una sensación de liminalidad, es decir, no se sentían ni en un sitio ni otro, pues se encontraban en una transición entre culturas, sociedades y formas de vida. En el año 2012 Baird publica su teoría de la liminalidad, en la que define tres etapas que se dan en el proceso de migración de la persona: (1) separación de su hogar y cultura de origen, en muchas ocasiones debido a violencia y persecuciones, (2) liminalidad, o llegada al país o cultura de destino, y, por último, (3) integración en la nueva sociedad mediante la asimilación de aspectos de la nueva cultura en la esfera de su identidad personal (9).

Sin embargo, fue necesario realizar dos pilotajes como prueba para valorar la validez de aspecto y contenido que tenía el guion de entrevista elaborado. Los dos pilotajes iniciales fueron realizados a una mujer y un hombre, por lo que surgió la necesidad de atender a una perspectiva de género por las diferencias que se mostraban entre ambos. Además de atender al factor determinante del nivel sociodemográfico y económico, principalmente el nivel de estudios, ocupación y tipo de migración.

Para el análisis de los datos recogidos en las entrevistas se utilizó una técnica de análisis de contenido, adecuada para los propósitos, esencialmente descriptivos del estudio (19). Además, el análisis se basó en la teoría fundamentada, es decir, hacer del texto de las entrevistas el protagonista del análisis de datos (20). Para ello, se definieron dos tipos diferentes de variables. Por un lado, las variables agru-

padoras que corresponden a las variables sociodemográficas y, por otro lado, las categorías definidas para el análisis. En un principio, se analizaron cada una de las variables por separado y posteriormente se relacionaron los resultados de las variables dependientes con las variables sociodemográficas. En la **Figura 1** se recogen las variables sociodemográficas tenidas en cuenta para este estudio. Por último, para la codificación y análisis de las transcripciones, se hizo uso del programa informático de investigación cualitativa Atlasti.8.

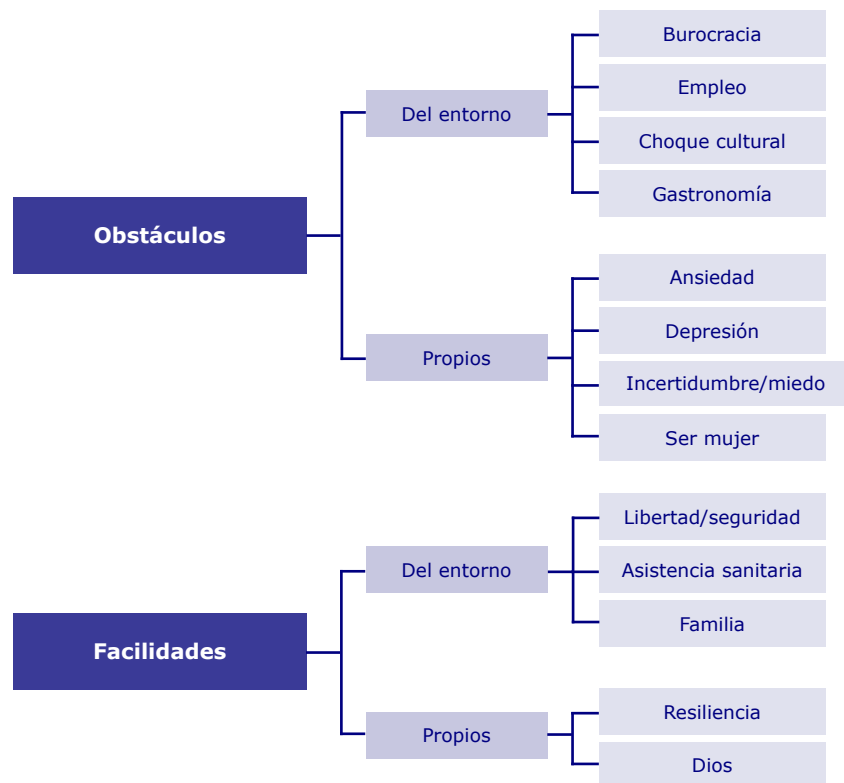


**Figura 1.** Variables agrupadoras: variables sociodemográficas.

**Fuente:** Elaboración propia

Por último, se elaboró una lista con 14 categorías principales; cuatro de estas categorías se obtuvieron a priori tras realizar la revisión de la literatura referente al tema y fueron: ansiedad, depresión, familia y libertad/seguridad. Por otro lado, las siguientes 10 categorías se obtuvieron a posteriori a partir del discurso de cada una de las entrevistas.

Finalmente, en la **figura 2** se incluye el esquema definitivo con las categorías de análisis entendidas ya como obstáculos o facilidades que interactúan en la experiencia de las personas refugiadas y determinan el nivel de salud.



**Figura 2.** Variables dependientes para la categoría de análisis.

**Fuente:** Elaboración propia

## Consideraciones éticas

Todos y todas las participantes fueron debidamente informados del procedimiento y objetivo de la investigación, en la cual primaban los principios éticos de respeto, beneficencia y no maleficencia. Asimismo, firmaron un consentimiento informado, asegurando previamente la correcta comprensión de forma verbal. Posteriormente, se llevó a cabo una anonimización de los nombres reales con el objetivo de proteger su identidad.

## RESULTADOS

### Obstáculos para la persona migrante

Los resultados de este estudio surgen de la investigación y el estudio con personas refugiadas de origen latinoamericano, por lo que los resultados aplican sobre dicho grupo poblacional. En líneas generales las personas refugiadas que llegan a España describen su experiencia como un proceso largo y difícil debido principalmente a las dificultades para acceder a un empleo o vivienda o por las dificultades

burocráticas que se plantean. Esto último fue repetido en todas las entrevistas, dándole los y las participantes una importancia muy notable. Además, la gran mayoría convive con un importante choque cultural y separación forzosa de su casa y familia lo que perpetúa los síntomas compatibles con trastornos de ansiedad y depresión. Es por ello por lo que las categorías de "burocracia" y "empleo" son las percibidas como más ansiógenas para los y las participantes.

*"Es un proceso bastante largo y arduo. Es un tiempo que uno está a la deriva, no sabes qué hacer..."*. (Hombre, 27 años, Venezuela).

De forma general los y las participantes manifestaron sufrir síntomas de desadaptación en las primeras semanas y más adelante síntomas de añoranza a su país de origen que relacionaban con síntomas de depresión. Por otro lado, se percibía como una gran facilidad compartir la misma lengua materna con el país receptor. Por último, uno de los aspectos percibido como más negativo en el choque cultural fue la gastronomía, por lo que fue necesario crear una categoría específica para atender este aspecto.

"A la gastronomía no me adapto, no lo consigo, me cuesta bastante. Creo que nunca me acostumbraré a la española. Me adaptaría con la mía". (Mujer, 54 años, Venezuela).

La ansiedad y la depresión fueron elaboradas como categorías independientes debido a la gravedad con que las todas personas entrevistadas percibían los síntomas y la forma en la que éstos impactaban en su vida. El aspecto principal que referían los y las participantes en las entrevistas fue el sueño y descanso como principal patrón alterado por los niveles de ansiedad. En el caso de la depresión, los síntomas manifestados fueron el llanto, la apatía, labilidad e irritabilidad acompañado de emociones como culpa, baja autoestima o impotencia.

"Yo hasta el sol de hoy a veces lloro, porque, aunque luchas y continúas a veces hay días que viene todo". (Hombre, 22 años, Venezuela).

En la misma línea, 4 de los 8 participantes afirmaron haber sufrido un empeoramiento general en su salud física como consecuencia de los estados de ansiedad, principalmente se destacaron crisis hipertensivas y síntomas gastrointestinales.

La categoría "ser mujer" surgió tras identificar las grandes diferencias entre el tipo de migración de hombres y mujeres. En el caso de las mujeres se observó que su llegada al país receptor en el 100% de los casos se producía con menores a cargo de las cuales el 75% lo hacían solas. Todo ello implica más responsabilidad para la mujer y pérdida de libertad individual.

"Sería más fácil emigrar con Papá y Mamá o bueno Papá y Mamá e hijos, porque el hacerlo sola y tener la responsabilidad de tener que dar la cara por tus chamos. Tener que ser mamá, tener que ser la que tiene que moverse para todo, te quita, te resta fuerza. Normalmente suele ser así, la mamá y los niños". (Mujer, 35 años, Venezuela).

### Facilidades para la persona migrante

En cuanto a las facilidades que las personas refugiadas perciben en el entorno se encuentran principalmente la libertad y seguridad del país receptor que es el objetivo común de migración donde buscan la paz y tranquilidad carente en sus países de origen. De igual forma, perciben la asistencia sanitaria en España como recursos excelentes que tampoco disponían en sus lugares de origen. Por último, la categoría "familia" se presenta como un factor importante de apoyo y acompañamiento. Sin em-

bargo, la mayoría de los hombres emigran solos por lo que en su caso se puede presentar como un factor de riesgo u obstáculo y en el caso de las mujeres la familia se puede entender como un factor protector.

"Siento que acá hay futuro, puedo avanzar y hacer lo que yo quiera. Yo ya no vuelvo, sufrí demasiado. Quiero vivir donde se respeten mis derechos, pueda ser libre, pueda no sé, encontrar una estabilidad en la vida...sin peleas, palizas, persecuciones...". (Hombre, 34 años, Colombia).

Por último, se elaboraron dos categorías más entendidas como facilidades o recursos propios de la persona refugiada para la adaptación al nuevo entorno, estas fueron "Dios" y "resiliencia". En todos los discursos muestran gran capacidad de adaptación y aceptación de su nueva realidad. Además de forma generalizada refieren sentir como una gran fuerza y apoyo su firme fe en Dios.

"Yo le pedía a Dios, Dios mío ayúdame porque de aquí no voy a salir viva, ahorita pienso y le rezo para que acá las cosas también puedan irnos bien". (Mujer, 43 años, Guatemala).

## DISCUSIÓN

### Obstáculos para la persona migrante

En relación con los resultados obtenidos en este apartado, se puede afirmar en líneas generales que dichos resultados nos remiten a los resultados recogidos de los trabajos previos tras llevar a cabo la búsqueda bibliográfica. Principalmente, se ha encontrado gran concordancia con los temas referentes a la vulnerabilidad en la salud mental en este colectivo. Entendiendo el choque cultural y la separación forzosa como principales factores ansiógenos y depresivos, también acuñado como estrés aculturativo (12, 21). Por otro lado, en estudios anteriores no se resalta que la falta de empleo o excesiva burocracia fueran percibidos como los obstáculos más importantes para la salud mental de esta población tal y como ha evidenciado este estudio (22, 23, 24). Por ello, podría resultar interesante revisar el sistema burocrático y las políticas creadas para las personas solicitantes de asilo político. De esta forma, se podrían solventar todas las complicaciones y excesivo tiempo que conlleva el proceso, proporcionando así soluciones y mejoras para las personas migrantes y para el país de acogida.

En este punto, resulta necesario ir un paso más allá en la situación de las personas refugiadas y su

salud mental. Ya se conocen los graves problemas de salud mental que sufren las personas refugiadas, en gran parte causados por su condición de refugiados y las inhumanas experiencias previas por las que deben pasar en su país de origen. De la misma forma, se ha demostrado que en gran parte la existencia y persistencia de estos problemas de salud mental se debe a situaciones ansiógenas que se están viviendo en el propio país de acogida e incluso en ocasiones pueden ser la causa principal. Ante esta realidad se deben identificar dichos problemas escuchando las propias experiencias de las personas refugiadas en España, entendiendo en su discurso parte de la clave para mejorar su situación y por consiguiente su salud de formas mucho más simples, fáciles y rápidas de lo que ahora mismo se considera desde las administraciones. Del mismo modo, se hace visible la necesidad, que autoras como Josepha Campinha o Madelein Leininger ya señalaron, de ofrecer una formación especializada a los y las profesionales de la salud en materia de poblaciones refugiadas, ya que son poblaciones que presentan una especial singularidad y diferentes necesidades de cuidados respecto a otras poblaciones. Como consecuencia, mejorarían los resultados en salud, consiguiendo unos cuidados más efectivos e individualizados.

Por otro lado, en nuestro estudio, a diferencia de estudios anteriores, se ha confirmado que el género es una variable que condiciona y determina el proceso migratorio, así como las expectativas, aspiraciones y situación económica de la persona migrante, lo cual podría relacionarse con el cuidado de menores.

### Facilidades para la persona migrante

Respecto a los factores considerados facilitadores para la persona migrante y por tanto para su salud mental se ha obtenido como principal facilidad percibida la libertad, la seguridad y el derecho de acceso a una asistencia sanitaria que adquiere la persona migrante en el país de acogida. En este sentido, se puede considerar que todos los factores que en su país de origen (violencia, persecuciones, crisis económica y social, escasez de recursos) eran considerados principales causas de ansiedad y depresión desaparecen. Sin embargo, la experiencia tan dura vivida por la persona puede aparecer como un TEPT en el país de acogida. Estos resultados coinciden en gran medida con los revisados en trabajos previos acerca del desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT), el cual se ha observado que

puede llegar a aparecer en hasta un 36,5% de las personas migrantes (25). No obstante, resulta necesario plantear futuras líneas de investigación que aborden la problemática de la salud mental de la población refugiada desde una mirada global en la que se consideren los eventos traumáticos en el país de origen, pero también la situación de vulnerabilidad y desigualdad vivida en el país de acogida.

Por último, cabe añadir la aportación de este estudio respecto a la categoría de familia como gran facilidad del entorno que no ha sido evidenciada por la bibliografía anterior y puede resultar fundamental a la hora de diseñar estrategias de abordaje psicoemocional efectivas para estas poblaciones. La resiliencia y la creencia en Dios como facilidades propias generalmente presentes en la persona refugiada latinoamericana Ninguno de estos factores es mencionado en estudios previos que precisamente hablan de prevención de patología psiquiátrica en población refugiada, cuando podrían ser factores que los y las profesionales de la salud incluyesen dentro de un abordaje global e individualizado, entendiendo estas categorías como herramientas terapéuticas con las que trabajar.

### CONCLUSIONES

Los problemas de salud mental que la población refugiada percibe como más prevalente y limitantes en las actividades básicas de la vida diarias son todos aquellos síntomas relacionados con la ansiedad, y la depresión; principalmente se destaca el insomnio.

- Las personas refugiadas tienden a considerar como las principales causas de sus problemas de salud mental, por un lado, la vivencia traumática de su país de origen que se relaciona más frecuentemente con síntomas de depresión o tristeza. Por otro lado, y como consecuencia del miedo al futuro, las personas refugiadas tienden a sufrir síntomas de ansiedad.
- Los principales obstáculos del entorno percibidos por las personas refugiadas entrevistadas son: el largo y costoso proceso burocrático, el choque cultural y las escasas oportunidades para conseguir un empleo.
- Los principales recursos del entorno que funcionan como facilidades para la persona refugiada y actúan como factores protectores para su estado de salud mental son la libertad, la seguridad, la familia y el acceso a los servicios sanitarios que encuentran en el país receptor.

- De forma general se puede concluir que las estrategias de afrontamiento de las personas refugiadas entrevistadas están enfocadas hacia un afrontamiento activo y adaptativo en el que buscan hacer frente a la situación de una forma resolutiva y directa. Entre los factores individuales que ayudan a favorecer el afrontamiento adaptativo se encuentra la gran capacidad de resiliencia y una fuerte y firme fe en Dios.
- Es necesario crear nuevos protocolos específicos para el cuidado de la salud mental de las personas migrantes refugiadas individualizando cada caso y desde un abordaje multidisciplinar y holístico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Portal de datos sobre migración [Internet] Migracionportal.org [citado 8 Jul 2022] Disponible en: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/migracion-forzosa-o-desplazamiento-forzoso>.
2. Derlet O, Deschietere G. Providing Psychiatric healthcare to asylum seekers: reflections and challenges. *Psychiatria Danubina*. (395-399). 2019 [Citado 10 Ene 2022] Disponible en: [https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A224043/datastream/PDF\\_01/view](https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A224043/datastream/PDF_01/view).
3. Gobierno de España. Ministerio del Interior. n.d. Datos e información estadística. [Citado 9 de Ene de 2022] Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/tramites-y-gestiones/oficina-de-asilo-y-refugio/datos-e-informacion-estadistica/>.
4. León Pinilla R, Jiménez Ivars A. El bienestar subjetivo en colectivos vulnerables: el caso de los refugiados en España. *RIPS*. 2013;1 (1): 67-84. [Citado 7 Feb 2022] Disponible en: [https://www.academia.edu/31045950/El\\_bienestar\\_subjetivo\\_en\\_colectivos\\_vulnerables\\_El\\_caso\\_de\\_los\\_refugiados\\_en\\_España](https://www.academia.edu/31045950/El_bienestar_subjetivo_en_colectivos_vulnerables_El_caso_de_los_refugiados_en_España).
5. El-Bushra J, Fish K. Refugiados y Personas Desplazadas Internas. [Citado 18 Feb 2022] Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/14878693/refugiados-y-personas-desplazadas-internas-international-alert>.
6. Ochoa Mangado E, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp*. 2005; 205 (3): 116-118. [Citado 8 Ene 2022] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256505725042>.
7. Baird MB, Reed PG. Liminality in cultural transition: Applying ID-EA to advance a concept into theory-based practice. *Research and theory for nursing practice*. 2005; 29(1): 25-37. [Citado 2 Feb 2022] Disponible en: <https://connect.springerpub.com/content/sgrtrnp/29/1/25>.
8. Rodríguez Álvarez E, González Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena Elordui N. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gac.Sanit*. 2014; 28 (4): 274-280. [Citado 19 Ene 2022] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v28n4/original2.pdf>.
9. Rizkalla N, Segal SP. Trauma during humanitarian work: the effects on intimacy, wellbeing and PTSD-symptoms. *European journal of psychotraumatology*. 2019; 10 (1). [Citado 1 Feb 2022] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6818129/>.
10. Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science & Medicine*. 2009; 69 (3): 370-378. [Citado 1 Feb 2022] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609002767>.
11. Rodríguez J, De La Torre A, Miranda CT. La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*. 2003; 22: 337-346. [Citado 1 Feb 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/843/84309603.pdf>.
12. Petroff A, Milios G, Pérez M. Necesidades de salud mental y psicosociales de los refugiados en Europa. Refugiados en movimiento: retos políticos, legales y sociales en tiempos de inestabilidad. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. CER-MIGRACIONES. 2018; (107-115). [Citado 4 Feb 2022] Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/194918/Focus\\_Petroff\\_a2018n5\\_Cap7.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/194918/Focus_Petroff_a2018n5_Cap7.pdf).
13. Kaya E, Kiliç C, Karadag Ç, Uner S. Posttraumatic Stress and Depression Among Syrian Refugees Living in Turkey: Findings From an Urban Sample. *J Nerv Ment Dis*. 2019; 207 (12): 995-1000. [Citado 7 Ene 2022] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31658240>.
14. Rizkalla N, Segal SP. Trauma during humanitarian work: the effects on intimacy, wellbeing and PTSD-symptoms. *European journal*



- of psychotraumatology. 2019; 10 (1). [Citado 16 Ene 2022] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6818129/>.
15. Ghosh B. Derechos humanos y migración: el eslabón perdido. Migración y desarrollo. 2008; (10): 37-63. [Citado 6 Feb 2022] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-75992008000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-75992008000100003&script=sci_arttext).
  16. Jimena Quesada L. Protection of refugees and other vulnerable persons under the European social charter. *Revista del Derecho Político*. 2015; 92: 245-272. [Citado 13 Ene 2022] Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/14427/12885>.
  17. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 13(3): 181-184. [Citado 6 Feb 2022] Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10459602013003003>.
  18. Abela JA. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. 2002. [Citado 6 Feb 2022] Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>.
  19. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1999; 24(5): 295-300. [Citado 4 Ene 2022] Disponible en: <http://www.equity-la.eu/upload/arxius/20170622223015-Pla%20El%20rigor%20en%20la%20investigacion%20cualitativa.pdf>.
  20. Jiménez Fontana R, García González E, Azcárate P, Navarrete A, Cardeñoso JM. La Teoría Fundamentada como estrategia de análisis de los datos: caracterización del proceso. *CIAIQ2016*. 2016. [Citado 1 Feb 2022] Disponible en: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/619>.
  21. Metellus N. Salud mental de la población inmigrantes en Cuenca (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay). 2019. [Citado 1 Feb 2022] Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9404/1/15041.pdf>.
  22. Rifà-Ros R, Espinosa Fresnedo RN, Alcázar Paría M, Raigal Aran L, Ferrè Grau C. Risk for complicated immigration transition: New Diagnosis for NANDA-International. *Wiley Online Library*. 2018. [Citado 4 Feb 2022] Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/2047-3095.12206?casa\\_token=leGKi7Huv00AAAAA%3A0FxbwBInzaQcFn0uIIE7MI3uXh-RCRk52IQhuF7EKry74hfRQtQ3hMUgacBf-NuXbIP0pw65u4XPVzjQ](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/2047-3095.12206?casa_token=leGKi7Huv00AAAAA%3A0FxbwBInzaQcFn0uIIE7MI3uXh-RCRk52IQhuF7EKry74hfRQtQ3hMUgacBf-NuXbIP0pw65u4XPVzjQ).
  23. Achotegui Loizate J. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Rev Menorca*. 2017; 103-111. [Citado 8 Ene 2022] Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/RdM/article/view/339995/432555>.
  24. Quercetti F. El derecho a la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. *Psicopatologización del sufrimiento psíquico: el Síndrome de Ulises ¿una alternativa a las nosografías psiquiátricas clásicas?* Universidad de Buenos Aires. 2017. [Citado 15 ENE 2022] Disponible en: <https://www.academica.org/000-067/712.pdf>.
  25. Jimena Quesada L. Protection of refugees and other vulnerable persons under the European social charter. *Revista del Derecho Político*. 2015; 92: 245-272. [Citado 13 Ene 2022] Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/14427/12885>.