

El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante

Ulysses Syndrome: Immigrant Limit Stress

JUAN CARLOS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Universidad Nebrija, España

NEIDY ZENAIDA DOMÍNGUEZ PINEDA

Universidad Telemática Pegaso, Italia

FERNANDO MIRALLES MUÑOZ

Universidad San Pablo CEU, España

RESUMEN: en el desarrollo del presente trabajo se ha realizado una exposición de las condiciones actuales que se pueden encontrar en el proceso migratorio y que tienen posibilidad de dar lugar a la aparición del denominado Síndrome de Ulises o Síndrome de Estrés Límite, en la población de condición inmigrante. En este artículo se hace referencia de forma especial a las condiciones que es posible encontrar hoy en día en nuestro país, se ofrecen datos de tipo cuantitativo que pueden conformar una idea muy aproximada de la enorme magnitud e importancia de este fenómeno migratorio. A continuación, se ha pasado a realizar una descripción de las características del denominado Síndrome de Ulises o Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple. En el desarrollo del presente trabajo se han mostrado esas características principales, haciendo un especial énfasis en la aparición de un proceso de duelo y en el estrés que puede suponer el Síndrome de Ulises. De igual forma, se han comentado las distintas áreas de funcionamiento de tipo personal que pueden encontrarse deterioradas en los inmigrantes y su similitud con un proceso de duelo (con la posibilidad de existir hasta siete clases de duelo diferentes), debido de forma principal a las diferentes cuestiones personales y a los distintos factores sociales que los inmigrantes dejan en sus diversos países de origen. A continuación, se describe la sintomatología del Síndrome de Ulises y se describen también las diferentes áreas de afectación de las personas que padecen este trastorno. En último lugar, se pasa a realizar una breve referencia a la posible intervención terapéutica en las personas afectadas de los problemas descritos, tanto si se encuentran en una edad adulta como si se encuentran en edad infanto juvenil. Como no puede ser de otra forma, el Síndrome requiere de una intervención preventiva, tanto a nivel individual como comunitaria.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Ulises, estrés, duelo, migración.

ABSTRACT: In the development of this work, a presentation has been made of the current conditions that can be found in the migratory process and that have the possibility of giving rise to the appearance of the so-called Ulysses Syndrome or Limit Stress Syndrome, in the immigrant population. In this article, special reference is made to the conditions that can be found today in our country, quantitative data are offered that can form a very approximate idea of the enormous magnitude and importance of this migratory phenomenon. Next, a description of the characteristics of the so-called Ulysses Syndrome or Immigrant Syndrome with Chronic and Multiple Stress has been made. In the development of this work, these main characteristics have been shown, with special emphasis on the appearance of a mourning process and on the stress that Ulysses Syndrome can entail. Likewise, the different areas of personal functioning that may be impaired in immigrants and their similarity to a process of mourning (with the possibility of up to seven different types of mourning) have been commented, mainly due to the different personal issues and the different social factors that immigrants leave in their various countries of origin. Next, the symptoms of Ulysses Syndrome are described and the different areas of involvement of people suffering from this disorder are also described. Lastly, a brief reference is made to the possible therapeutic intervention in people affected by the problems described, both if they are in an adult age or if they are in a young infantile age. As it cannot be otherwise, the Syndrome requires preventive intervention, both at the individual and community level.

KEYWORDS: Ulysses syndrome, stress, mourning, migration.

Recibido: 12 de noviembre de 2019. Aceptado: 7 de marzo de 2020.

Revista de Estudios en Seguridad Internacional, Vol. 6, No. 1, (2020), pp. 101-117.
<http://www.seguridadinternacional.es/revista/>

ISSN: 2444-6157. DOI: <http://dx.doi.org/10.18847/1.11.7>

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la emigración se ha convertido en nuestros días para un gran número de personas, aparte de una imperiosa necesidad vital, en un proceso que puede derivar en unos niveles de estrés tan elevados que llegan a exceder la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estamos viviendo en la actualidad, con una alta probabilidad, la mayor de las crisis migratorias desde la segunda guerra mundial, este fenómeno hace que las cifras de migración sean tremendamente elevadas a nivel global. Según los datos de la International Organization for Migration, la cifra de personas migrantes ha ido creciendo de forma progresiva y de manera, podemos decir que alarmante, durante los últimos quince años. Según su último informe se afirma que en el año 2015 la cifra de personas que residían en un país diferente al país de nacimiento (o inmigrantes internacionales) ha sido el más elevado que se ha registrado jamás, elevándose la cifra a 244 millones de personas, si bien es cierto que la relación con la población total se ha mantenido de manera constante en las décadas pasadas, en torno al 3% (International Organization for Migration, 2016). Otra cifra que nos puede ofrecer una idea de la globalización del problema la ofrece el informe anual sobre Tendencias Globales de la Agencia de Naciones Unidas para el/a refugiado/a (ACNUR, 2016), a finales 2016 se estimó una cifra 65,6 millones de personas refugiadas o desplazadas, de los que 22,5 eran refugiados, 40,3 desplazados internos y 2,8 solicitantes de asilo.

Dichas personas constituyen un grupo de riesgo de cara a sufrir el denominado Síndrome de Ulises o Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple. Este síndrome es un cuadro que pueden padecer las personas que emigran de sus respectivos países buscando nuevas oportunidades de vida, dichas personas pueden llegar a encontrarse en situaciones extremas.

El nombre de síndrome de Ulises es una referencia al héroe legendario de la mitología griega, el cual sufrió múltiples peligros y adversidades lejos de su familia y de sus seres queridos. De hecho, Ulises, un semidiós, con toda su fuerza, y como se relata por Homero en La Odisea, se pasaba los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente. Es decir, hasta el héroe sufría ante las adversidades de la ausencia de su hogar y sus seres amados, podemos suponer, por tanto, que las personas reales que llegan a países buscando nuevas oportunidades, puedan sufrir desesperación, estrés y un sinfín de adversidades. Máxime, si para sobrevivir se puede llegar a ser nadie, se ha de ser de forma constante invisible, de esa forma, no existirá ningún tipo de identidad, ni por supuesto integración social y desde luego tampoco puede existir una salud mental correcta (Achotegui, 2007).

Según el Instituto Nacional de Estadística (2018) el total de personas extranjeras residentes en España es de 4.734.691 (procedentes principalmente de Marruecos, Rumanía y América Latina), siempre en términos de población legal, por lo que se puede afirmar que la cifra es claramente mucho más elevada que la proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística. De hecho, el número de personas extranjeras residentes en nuestro país durante los años 1997 y 2007 (muy probablemente debido al crecimiento económico) creció de una forma un tanto inesperada (Arellano, 2010). Es a partir de 2007, cuando se produce el inicio de la crisis económica en España, con lo que un gran número de inmigrantes pierden su ocupación laboral, y al menos en parte, ciertas prestaciones sociales asociadas a dicha ocupación laboral.

Considerando estas elevadas cifras de población inmigrante y debido a la importancia de los síntomas que les pueden afectar, el Síndrome de Ulises se conforma

en un auténtico problema de salud mental en los países receptores del fenómeno de la emigración.

Podemos explicar la inmigración como un proceso de cambio para las personas, ya sea de carácter positivo y/o negativo. Al igual que cualquier otro tipo de cambio, se puede originar una sucesión de pérdidas vinculadas a todas aquellas facetas de la vida que se dejan en el país del cual provienen los inmigrantes. Estas pérdidas se constituyen en un duelo, originando por tanto estrés psicológico, tensión y problemas de tipo emocional, en menor o mayor intensidad, en función de las distintas estrategias de afrontamiento y de los recursos personales con que la persona cuenta para hacer frente a dichas pérdidas.

Para Achotegui (2017), existen hasta siete clases de duelos relacionados con la inmigración: la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos. Estos duelos se producirían, en mayor o menor grado en la totalidad de los procesos migratorios, aunque como es evidente, no es lo mismo vivir la migración en unas condiciones correctas (se produciría un duelo simple) que emigrar en situaciones que podemos denominar límite (llegando a presentarse un duelo extremo), situaciones en las cuales las condiciones son tan extremas que no existen posibilidades de elaboración de un duelo de forma correcta; de esa forma el inmigrante sufre una situación de crisis permanente, conformándose este tipo de duelo migratorio el característico del Síndrome de Ulises.

Hay que citar que, a pesar de existir una lengua común en muchos de los inmigrantes, estas personas que constituyen la población inmigrante, pueden verse afectada del Síndrome de Ulises. De hecho, las personas inmigrantes procedentes de países latinos suelen presentar estrés de adaptación sociocultural, incluso en países con los que mantienen raíces culturales y religiosas comunes, entre ellos por supuesto tenemos a nuestro país, España (Salvador, Pozo y Alonso, 2010).

La Psicología ha demostrado que algunos tipos de psicopatología podrían derivarse de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante (OMS, 2001). De hecho, la OMS considera al estrés como un factor determinante de salud. Esta organización afirma que la acumulación de mucho estrés psicosocial a lo largo de la vida de cualquier persona, aumentaría el riesgo de sufrir una pobre salud, incluida la salud mental, e incluso de una muerte prematura (Espeso, 2009). Este afrontamiento puede estar relacionado con el proceso de “aculturación”, es decir, aquellos fenómenos psicológicos y sociales que suceden cuando cualquier hombre o mujer abandona su sociedad para establecerse en otra diferente, entrando en contacto con los miembros de la nueva sociedad. En esta aculturación de necesidad existe un proceso de tipo adaptativo que interacciona con la personalidad del inmigrante (Elkheir, 2014).

Desde dicha perspectiva, Achotegui (2008) afirma que los estresores a los que se enfrentan los inmigrantes en nuestros días y el estrés provocado por el proceso migratorio son tan elevados que exceden la capacidad adaptativa de las personas, lo que tiene una influencia directa en su salud, tanto física, como mental. El Síndrome Ulises, o también llamado Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, no describe una enfermedad particular, sino un cuadro de estrés reactivo, un duelo extremo que se manifiesta en el límite entre el área de la salud mental y el área de la enfermedad.

La relación entre el estrés y la salud mental se ha constituido como un área cada vez más importante, tanto en investigación como en la atención clínica dispensada (baste citar el burnout, mobbing, etc.). Es innegable que el campo de las migraciones en el

presente siglo XXI, es un área que se encuentra estrechamente relacionada con la salud mental.

Por otra parte, es necesario mencionar que la cultura preventiva posee un más bajo arraigo entre la población inmigrante, manifestándose de forma clara en su reducida adhesión a los programas instaurados en el Sistema Nacional de Salud, situados en la red de atención primaria (Consejo Económico y Social de España, 2019).

EL ESTRÉS Y EL DUELO

La denominación de estrés es una de las terminologías que se están utilizando en el mundo con mayor frecuencia, a pesar de ello, sin embargo, quizás no se haya llegado a un consenso unánime en cuanto a la definición exacta. De una forma global, se podría definir el estrés, como el conjunto de procesos y respuestas de carácter neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que representan una demanda de adaptación mayor a lo que es habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como una amenaza o peligro, ya sea para su integridad psicológica o para su integridad biológica. La amenaza, por tanto, puede ser, tanto objetiva como de carácter subjetivo; igualmente puede ser aguda o crónica. Dicha definición nos lleva a poder afirmar que ciertas variables individuales como pueden ser las características predisposicionales, las motivaciones, las actitudes y la propia experiencia de la persona, son fundamentales para delimitar la percepción y la valoración que realizan las personas ante las demandas de las diversas situaciones; esto conlleva a los diferentes estilos de afrontamiento en cada uno de los sujetos (Rosales, 2014).

No en todas las ocasiones que se presentan a la persona el estrés desencadena efectos negativos (es el denominado diestrés o estrés negativo), en ciertos momentos su aparición puede ser una magnífica oportunidad para poner en funcionamiento nuevos recursos personales, reforzando la autoestima de la persona y haciendo crecer las probabilidades de alcanzar el éxito en futuras oportunidades (el denominado eustrés o estrés positivo) (Oblitas, 2009).

¿Cuáles son los factores que determinan que aparezca el estado subjetivo de malestar o diestrés?. Un mismo acontecimiento no produce igual nivel de estrés en todas las personas, ni siquiera produce igual nivel de malestar en todas las circunstancias o momentos de la vida para el mismo sujeto. Los factores que determinan el nivel de estrés son (Consejo General de la Psicología de España, s.f.):

- La forma de evaluar el suceso que posee la persona y/o las capacidades para hacer frente a dicho suceso. Mientras una persona, por ejemplo, puede considerar un ascenso laboral como una gran amenaza, para otra persona puede suponer un reto personal.
- La manera de hacer frente a las distintas dificultades. Negar un problema, aplazarlo o poner en marcha conductas de autocontrol, por citar sólo algunas, conlleva diferentes consecuencias en la percepción del estrés.
- Características personales. Las personas poseemos distintos estilos de reaccionar ante las diversas circunstancias que demandan un esfuerzo de nuestra parte, son rasgos que, si bien no pueden considerarse como definitivos, sí es cierto que se van consolidando con la acumulación de las experiencias, como por ejemplo la emotividad o la reactividad al estrés. La tensión o el nerviosismo son variables individuales, tanto en su percepción como en sus consecuencias.

- Apoyo social: el número y calidad de relaciones que el individuo mantiene en su vida puede servir como amortiguadores o amplificadores de los acontecimientos potencialmente estresantes, así como la habilidad de la persona para pedir consejo o ayuda.

Aunque el ambiente que rodea a un individuo puede ser un factor que genere estrés, es el ambiente de carácter social en el que se producen la gran parte de las situaciones que generan estrés. Varios autores han considerado los cambios vitales, las pérdidas de personas o la pérdida de relaciones importantes, una nueva situación laboral o el nacimiento de un hijo, por poner unos ejemplos, como los desencadenantes del estrés, otros señalan que las circunstancias diarias y las pequeñas contrariedades del día a día, al ser más frecuentes y próximas a la persona pueden alterar en mayor medida la salud. Es altamente posible, que ambos tipos se determinen y relacionen de forma mutua.

Desde hace varios años (podemos citar a Martínez y Fernández, 1994), está bien establecida la relación del estrés y la salud, si bien es verdad que las emociones humanas no influyen en la salud a través de un solo mecanismo, sino que pueden realizar esta influencia de muy distintas formas que, incluso, inciden en los distintos momentos del proceso de enfermar.

Así, desde hace tiempo existe literatura suficiente para afirmar que (Fernández y Edo, 1994):

- Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Las emociones negativas cuando son elevadas y habituales, se relacionan de forma negativa con la calidad de vida de las personas. Tanto es así, que las emociones negativas son en la actualidad uno de los mayores factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales. Las emociones negativas se han asociado a las enfermedades mentales y físicas como variables influyentes en su inicio, desarrollo y mantenimiento. Existen datos que apoyan el impacto de la activación psicofisiológica emocional en los sistemas orgánicos, como la inmunidad e incluso sobre los procesos tumorales (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).
- Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud. Es bien conocido que una parte de los efectos patógenos que ocasiona el estrés sobre la salud son debidos a que el estrés impulsa a la ejecución de hábitos poco saludables como pueden ser: el aumento en la ingesta de alcohol, el hábito tabáquico, y la consiguiente reducción de comportamientos más saludables como pueden ser el ejercicio físico, la prevención ante distintos contagios, prevención de accidentes, etc. (Martínez y Fernández, 1994).
- Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades. Además del peligro que supone en cuanto a la aparición de enfermedades, las emociones igualmente pueden tener influencia en su curso, acelerando el inicio de una crisis, su curso hasta su agravamiento y llegando hasta la cronificación del trastorno (Balsa, 2012).
- Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. A través de procesos de regulación emocional, se enuncia la regulación emocional como un proceso con un carácter eminentemente adaptativo, no se debe de olvidar que los esfuerzos por modificar nuestros estados emocionales pueden ser efectivos y adaptativos, pero igualmente ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes (Hervás y Moral, 2017).

De esta forma, el estrés se puede relacionar con múltiples y variadas enfermedades tradicionalmente “solo fisiológicas”, así se ha asociado, sin ánimo de ser exhaustivos a: trastornos cardiovasculares (Smith y Blumenthal, 2011), enfermedades gastrointestinales (García-Vega, 2011), asma bronquial (Fernández-Rodríguez, 2012a, 2012b), fibromialgia (Hidalgo, 2012), cáncer (Zayas, 2016) o incluso con la rinitis (Fernández-Rodríguez y Herrera, 2013).

La situación de estrés negativo puede por tanto producirse por la pérdida de las circunstancias dejadas en sus respectivos orígenes por los inmigrantes. Dicha pérdida puede constituirse en un duelo, semejante a la pérdida de un ser querido, o la ruptura de una relación. Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye por parte de la persona, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida (Cabodevilla, 2007).

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE ULISES

No es posible encontrar cifras exactas epidemiológicas de este síndrome, de forma solo orientativa podemos ofrecer el dato aportado por García Arboleda (2013). En la investigación realizada por el autor y a partir de una muestra de 208 inmigrantes en Andalucía, encontró que el Síndrome de Ulises está presente en un 80,7% de la muestra, cifra tremendamente elevada, mostrando una relación de dependencia con las siguientes variables: edad, nacionalidad, estado civil, idioma, modo y año de entrada, situación administrativa, formación, red social y ocupación actual.

Otros estudios han encontrado prevalencias mucho menores, prevalencias que se sitúan en torno al 17% de los inmigrantes y en la totalidad de las muestras estudiadas, en concreto se ha encontrado un 17,65% de prevalencia en hombres y 15,38% de prevalencia en mujeres, si bien es cierto que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Achotegui *et al.*, 2010; Achotegui, López, Morales, Espeso y Achotegui, 2015). Para la Organización no Gubernamental, Ayuda en Acción, existen unas 800.000 personas que sufren este síndrome en España (Ayuda en Acción, s.f.). En un estudio con 1.110 inmigrantes realizado por Achotegui (2015), encontró cifras similares a las citadas, ya que en torno a un 15% de los inmigrantes padecían el síndrome.

De forma básica, el Síndrome de Ulises consiste en un cuadro de carácter reactivo múltiple y de carácter crónico que padece el inmigrante al llegar a afincarse en su país de destino. El síndrome se generalizó a partir del año 2000, momento temporal en el que las condiciones económicas y sociales de los inmigrantes empezaron a complicarse, convirtiéndose de esta forma en uno de los cuadros psiquiátricos más frecuentes entre este tipo de población (Achotegui *et al.*, 2010).

Siguiendo a Achotegui *et al.* (2010), el Síndrome de Ulises se compone de un conjunto de síntomas ansioso-depresivos. El síndrome se considera un cuadro a medio camino entre el estrés agudo y los trastornos adaptativos, pero que no se ajusta correctamente a ninguno de ellos, ya que presenta algunos aspectos propios: como puede ser la cronicidad (>3 meses), la presencia de múltiples estresores, posibilidad de interpretación cultural (mágica) del inmigrante, presencia de estresores de gran intensidad y relevancia, con peligro de autoagresión, sin existencia de apatía, sentimiento de culpa, pensamientos de muerte o baja autoestima, sentimiento indefensión y déficit de apoyo social que empeora el pronóstico. Toda esta variada sintomatología se constituye en una gran dificultad para poder salir de la situación, todo

ello unido a otros factores sociales como pueden ser la presencia de nueva lengua, cultura, paisaje, banalización del problema, falta de diagnóstico, tratamientos inadecuados y somatizaciones no comprendidas por la persona afectada.

Se considera que el Síndrome de Ulises engloba cuatro áreas sintomatológicas:

1. Área depresiva: con la presencia de tristeza y llanto.
2. Área ansiosa: con la presencia de ansiedad, lucha, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, insomnio y preocupación excesiva.
3. Área somatomorfa: con la presencia de cefalea sobre todo de tipo tensional, astenia, fatiga, molestias osteoarticulares y sudores.
4. Área disociativa: con la presencia de confusión, desorganización, despersonalización, desrealización, desorientación temporo espacial, déficit de atención y memoria.

La causa del área depresiva está originada por las “pérdidas” o por el denominado “duelo migratorio”. Este duelo migratorio es posible que no desaparezca nunca, puede tener un carácter recurrente, suele tender a cronificarse y vuelve a aparecer con la presencia de las distintas posibles adversidades. Es por tanto un duelo de carácter múltiple, constituido por los 7 duelos ya citados: por la separación de personas queridas (familia y amigos), de la lengua materna, de la cultura, de la tierra, de la situación social, del contacto con el grupo étnico y por pérdida de la seguridad física. De estos duelos los más relevantes son los que se hacen por la familia, debido a la situación social y a la pérdida de la seguridad física.

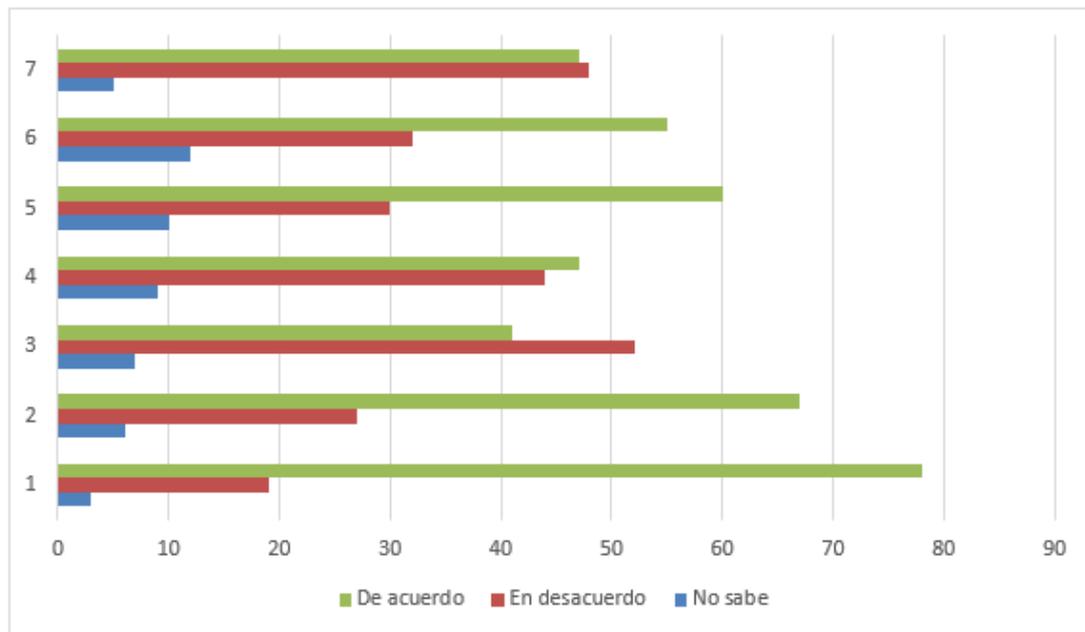
El Síndrome de Ulises es igualmente un trastorno transgeneracional, es decir, es un síndrome que se hace más complejo en una segunda generación, de una forma u otra, la presencia del síndrome continúa en los hijos de los inmigrantes. Esta es una cuestión relevante, los hijos de los inmigrantes son ya ciudadanos autóctonos de hecho, pero de forma frecuente, vivencian el síndrome con más fuerza y complejidad de lo que lo hacen sus padres, a través de la educación de sus padres interiorizan la cultura de origen (Elkheir, 2014).

Es muy importante realizar una profunda reflexión sobre los motivos por los cuales este síndrome continúa en los hijos, una reflexión de las causas por las cuales estas personas no se sienten ciudadanos de pleno derecho en el país que ya han nacido y son ciudadanos de pleno derecho. Quizás a este hecho puedan contribuir que la inmigración no es una de las fuentes principales de preocupación de la población en España, y que la población española es de las que están más desinformadas sobre este tema y tiende a sobredimensionar el fenómeno de la inmigración, así como la presencia de la irregularidad dentro del mismo, entre otras impresiones considerablemente extendidas. Parece que en España existe cierta aceptación o naturalidad en la percepción del fenómeno migratorio, que en general lo valora positivamente. Por el contrario, la confirmación de un nivel de información insuficiente sobre estas cuestiones y la prevalencia de algunas opiniones basadas en errores o en prejuicios son señales a las que prestar especial atención (Consejo Económico y Social de España, 2019).

Para ilustrar algunas de las afirmaciones realizadas anteriormente, podemos acudir al gráfico 1. En dicho gráfico podemos ver, expresado en tantos por ciento, las diferentes respuestas dadas a la pregunta: ¿en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre los emigrantes? Todas las respuestas hacen referencia de forma exclusiva a la población española. Las preguntas planteadas son las siguientes:

1. Ayudan a cubrir los puestos de trabajo para los cuales cuesta encontrar trabajadores.
2. Enriquecen la vida cultural.
3. Son una carga para nuestro sistema de bienestar.
4. Agravan los problemas de delincuencia.
5. Tienen en general un impacto positivo en la economía.
6. Aportan nuevas ideas y/o impulsan la innovación.
7. Les quitan el trabajo a trabajadores.

Gráfico 1. Nivel de acuerdo/desacuerdo con respecto a afirmaciones sobre los emigrantes



Fuente: Comisión Europea, Eurobarómetro especial 469 (2018)

Existen estudios que afirman que la integración social de los inmigrantes se encuentra subordinada por la percepción que los propios inmigrantes tengan acerca de la discriminación y exclusión social de la que son objeto por parte de la sociedad del país de destino, por ello, es posible podemos apuntar a la acción informativa de los medios de comunicación como un importante factor situacional que colabora decisivamente a originar imágenes de discriminación y exclusión social a nivel colectivo, ya que se fortalece una imagen problemática de la inmigración (Laczlo, 2017).

Siguiendo a Reig-Botella, Clemente y Sangiao (2018), un factor situacional que ayuda a la generación de imágenes de discriminación y exclusión social a nivel colectivo es la acción informativa de los medios de comunicación. La perspectiva principal en la mayor parte de las noticias se asocia inmigración con delincuencia, organizaciones delictivas, mafias, detenciones de inmigrantes y las actuaciones violentas o incluso terroristas atribuidas a éstos. Los distintos sujetos conceden gran relevancia a las noticias a partir de que éstas se hallen situadas en lugares preponderantes y relevantes dentro de un periódico o en un informativo televisivo, de que se les otorgue mucho espacio en los mismos, se acompañen de material gráfico

abundante, fotos o videos o porque éstas aparezcan en titulares. Los contenidos de los informativos no solo establecen la agenda pública, sino que también dictan al público de una forma más o menos implícita la manera en la que se debe de pensar sobre ciertos asuntos particulares. Dicha actuación de tipo mediático posee consecuencias a nivel cognitivo en la opinión pública. La posición privilegiada de noticias negativas sobre la inmigración en la prensa y los informativos televisivos agregan una visibilidad negativa al fenómeno migratorio, convirtiendo un proceso social en un problema que llega al punto de ser un problema social y de salud mental.

Es cierto que se pueden encontrar nítidas diferencias en el tratamiento de la inmigración entre la prensa y la televisión; de esta forma la televisión predomina por su más alto grado de sensacionalismo, y de forma contraria la prensa proporciona un número más elevado de orientaciones temáticas en cada noticia y una más elevada diversidad de los mismos (Martínez, 2017).

De esta forma, las características de la imagen mediática del fenómeno migratorio son (Villalobos, 2015):

1. Procedencia del Tercer Mundo (antiguas colonias...).
2. Percibidos como “pobres”.
3. Étnicamente diferenciados.

Dicha caracterización posee un efecto muy potente y hace creer que personas que si coinciden con las características que entresacamos de la definición del diccionario, “persona que viaja para trabajar”, de forma general no sean entendidos en los distintos medios de comunicación como inmigrantes. Igualmente, también se produce el fenómeno inverso, personas que aunque no son inmigrantes pero que sí parecen responder a la caracterización mediática sean confundidos como tales. De esta manera, así por ejemplo, en las noticias que relatan el caso de enfermeras españolas que emigran a Gran Bretaña para encontrar trabajo, se habla entre otras cosas de futuro, de viaje, de esperanzas, de mejores condiciones de vida... pero no se habla de forma alguna de que se conviertan en inmigrantes. Incluso podemos encontrar noticias en la prensa en las que se pone en duda la condición de una persona (un turista de Puerto Rico, por ejemplo), pues respondía a tres características que se podrían llegar a considerar negativas, como son: procede de un país en vías de desarrollo, es negro y parece no tener dinero (Villalobos, 2015).

Para la elaboración del síndrome por los inmigrantes puede tener una influencia decisiva el contexto histórico y social. El desarrollo del pasado siglo en Europa ha favorecido que el inmigrante tenga que cambiar de forma rápida, que los medios de comunicación generen en ocasiones rechazo por parte de los autóctonos y que, a causa del fenómeno de globalización, el inmigrante permanezca en continuo contacto con su país de origen.

En cuanto a los estresores y los duelos que determinan el Síndrome de Ulises son (Achotegui, 2006):

- La soledad. En especial, la soledad tiene que ver con la separación de los seres amados, ya sean hijos, cónyuges, familiares, personas queridas, etc., personas a las cuales por distintos motivos no pueden acompañar a la persona que emigra. Dicho tipo de duelo está relacionado con el apego y con los vínculos, así como con el dolor que se materializa en las separaciones de los seres queridos.
- Duelo por el fallo del proyecto migratorio. La desesperanza y el sentimiento de fracaso que aparece cuando la persona que emigra no consigue ni las más

mínimas oportunidades para lograr salir adelante, al tener dificultades de acceso a “los papeles”, al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación. Para los inmigrantes que han hecho un enorme esfuerzo migratorio (pasando en muchas ocasiones enormes riesgos físicos, gran desembolso económico, etc.) comprobar que no es posible salir adelante es algo realmente penoso. Si el fracaso se produce además en soledad el sentimiento es aún mayor. Igualmente es preciso señalar que si el emigrante se ve en la situación de regresar, el sentimiento negativo será otra vez mucho más elevado.

- Lucha por sobrevivir. Un tipo de parcela que se manifiesta especialmente en dos áreas. La alimentación y la vivienda. De forma habitual los emigrantes en situación desfavorecida pueden sufrir una mala alimentación (con los problemas de salud que ello acarrea). En cuanto a la vivienda, los problemas económicos les impiden acceder a una solución digna, eso cuando la persona no se ve abocada a vivir en la calle, cuestión real en nuestros días.
- El miedo. Miedo a una gran y variada cantidad de factores, como puede ser el viaje a realizar, el enfrentamiento con las mafias, el riesgo de expulsión del país, distintos abusos, etc. Es conocido que el miedo de carácter físico o temor a perder la integridad física posee unas consecuencias mucho más desestabilizadoras que el miedo de tipo psicológico, puesto que durante las situaciones de miedo psíquico existen mayores probabilidades de respuesta que las que las existentes en el miedo de carácter físico. A un nivel biológico es conocido que el miedo elevado y de carácter crónico se relaciona con la amígdala y produce una atrofia del hipocampo. Igualmente podrían existir pérdidas neuronales situadas en la corteza orbitofrontal. Incluso conocemos que gracias a un circuito particular se encuentran conectadas la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza prefrontal, áreas muy relevantes en la experimentación de las situaciones de terror y miedo (Ronzoni, 2017). Incluso es conocido que el estrés de carácter crónico puede producir un aumento del condicionamiento al miedo, a nivel tanto contextual como sensorial, de esa forma, la persona responde con miedo cuando hace frente a las distintas y nuevas situaciones. Este factor es muy relevante en las personas que padecen Síndrome de Ulises, personas que están sometidas a distintos estresores y que por tanto tienen la capacidad de reactivar el miedo que ya han sufrido en situaciones pasadas.

En cuanto a las variables que aumentan el efecto de los estresores en el Síndrome de Ulises, podemos citar:

- La multiplicidad: cuando se presentan varios estresores, éstos se potencian.
- La cronicidad: es más complicado sufrir estrés durante meses o años que solo durante unos días. El estrés, por tanto, tiene un carácter acumulativo.
- La relevancia y la intensidad de los estresores: como es lógico no se puede comparar el estrés resultante de un atasco de tráfico con el estrés percibido en situaciones extremas en las que existen estresores límite, y en los que existirá una elevadísima carga emocional.
- La falta de sensación de control: cuando una persona no tiene sensación de control ante una determinada situación, la salida o poner solución a esa determinada situación será mucho más complicada.
- Falta de apoyo social: además de la falta de organismos que se hagan cargo de los inmigrantes, conocemos que ante una elevada cronicidad de una situación, existe una más reducida presencia y cuidado de las redes de apoyo.

Además de todos los estresores citados, es preciso añadir los estresores tradicionales presentes en la emigración: el cambio de cultura, el cambio de lengua, etc.

En resumen, los duelos clásicos presentes en la emigración, determinan el bienestar psicológico de la persona que emigra, si bien es cierto que en nuestros días, dichos duelos, han quedado desplazados de forma secundaria, a pesar de su importancia, por los nuevos estresores límite a los que hemos hecho referencia anteriormente. Con todo, se produce un círculo vicioso en el que los estresores afectan a la persona y ésta cada vez tiene menos fuerzas. El resultado del proceso es una colección de síntomas que producen un efecto realmente incapacitante.

CLÍNICA

Los síntomas psicológicos del Síndrome de Ulises se han agrupado en cinco distintas áreas (Elkheir, 2014):

1. Área depresiva. Área que está relacionada con el apego, con los vínculos que se dejan en el país de origen, la culpa por el abandono, el sentimiento de fracaso, las separaciones, la indefensión, las dificultades frente a las situaciones límite, llanto, tristeza, baja autoestima. La enorme y frecuente relación entre la presencia de síntomas del área depresiva y la situación familiar del inmigrante (vivir en pareja o con pareja e hijos) es un factor protector y/o de riesgo, de tal manera que presentan más sintomatología depresiva aquellas personas que viven en soledad en comparación con aquellas personas que viven con pareja o con parejas e hijos.

Es la tristeza el síntoma más importante en la totalidad de las situaciones en las que se produce duelo. Frente a la tristeza por una pérdida es necesario un alto esfuerzo psicológico para percibirla de una forma relativamente benigna, y que de esa forma, el pasado, presente y futuro aparezcan reconciliados. Únicamente cuando se acepta la posible pérdida o debido a un proceso psicológico sabemos aceptarla, es cuando la persona puede seguir con optimismo en su vida. Dentro de esta escena, es la tristeza lo que se constituye en la manifestación de la decepción por el proyecto migratorio fallido. Encontramos por tanto sintomatología de carácter depresivo, pero no se podrá diagnosticar claramente depresión ya que no están presentes los demás criterios importantes, como son las ideas de tipo autolítico (conductas de muerte o suicidio), la falta total de actividad social o incluso la apatía.

2. Área de ansiedad. Ante el choque experimentado en un país extranjero, la persona va a sentir importante sintomatología ansiosa antes las decisiones que deba de tomar, así sentirá nerviosismo, preocupaciones excesivas de carácter recurrente, tensión, insomnio e irritabilidad. Desde un plano transcultural, por ejemplo, los inmigrantes árabes exteriorizan la ansiedad como impaciencia y protesta. A causa de la educación recibida por los varones dentro de esta cultura, es probable fomentar un tipo de personalidad impulsiva con menor tolerancia a la frustración y mayor ansiedad. Entre los elementos más habituales de esta área predominan las preocupaciones recurrentes y excesivas, el nerviosismo, la tensión y la irritabilidad.
3. Área de somatización Desde esta área los inmigrantes manifiestan síntomas somatomorfos o somáticos, como síntomas de tipo psicológicos relacionados con la enfermedad física. Los síntomas de carácter somatomorfo que se

presentan con mayor frecuencia son la fatiga y las cefaleas, los síntomas de carácter osteo articular, y con menor frecuencia, molestar en la zona abdominal. La sintomatología somática se potencia entre sí: el insomnio ayuda a la aparición de la cefalea y de la fatiga, y la tristeza disminuye el umbral de dolor.

4. Área confusional. Estos síntomas aluden especialmente a experiencias de confusión espaciotemporal, despersonalización, problemas de memoria y dificultades para concentrarse. Es una sintomatología de más baja entidad que la citada en el apartado anterior. Biológicamente hablando, la confusión que se manifiesta en las situaciones de estrés crónico se demostraría por el aumento del cortisol (hormona esteroidea producida por las glándulas suprarrenales), actuaría sobre las áreas corticales y sobre el hipocampo. La confusión, es preciso señalar, se ve fomentada ya que en las relaciones familiares el inmigrante expresa la verdad de una forma parcial, intentando no generar un sufrimiento extra por su causa. Un factor más que ayuda a que se produzca confusión en la persona es la superposición y mezcla de culturas, idiomas, los puntos de referencia, los lugares, las vivencias actuales e incluso los recuerdos.
5. Área cultural. Desde una perspectiva cultural de la salud y la enfermedad se ha destacado que los valores, creencias y prácticas sobre la salud y la enfermedad en la totalidad de las sociedades humanas, son expresión, y parte, de la cultura de esa sociedad y no pueden ser estudiadas aisladas de su propia cultura. En el momento en el que la gente se encuentra en situaciones de incertidumbre y que conllevan un grado de amenaza a la integridad personal, existe una tendencia a intentar explicar o encontrar un sentido a lo que está sucediendo. Esta inclinación a realizar análisis causales es comenzada por la necesidad de los sujetos de predecir el futuro y controlar los eventos. Así, culpar a otras personas de la enfermedad que se sufre, es una cuestión muy habitual en ciertas comunidades de las sociedades no-industrializadas, como sucede en el Caribe o en África, o incluso en minorías culturales de sociedades industrializadas, siendo las formas más habituales de estas atribuciones la brujería y el mal de ojo.

De forma frecuente, el inmigrante explica desde su propia cultura tradicional las situaciones que le son desagradables, explicaciones como mala suerte o como causadas por la brujería, o como castigos por no cumplir las normas sociales de sus grupos. Desde el punto de vista de los aspectos culturales de la sintomatología se propone que existirían variantes culturales de dichos síntomas, como las molestias torácicas en árabes, las molestias abdominales en africanos y la sintomatología relacionada con la sexualidad en asiáticos.

Es preciso señalar que el Síndrome de Ulises se puede dar igualmente en población infante juvenil. Por supuesto que dependiendo de la edad de la persona y su desarrollo evolutivo se expresará de una forma u otra. De esta forma, los niños en edad preescolar tienden a realizar una evitación de las distintas situaciones, en ocasiones que no tienen por qué estar relacionadas de forma directa con el problema que han vivenciado. Así el niño sufriría ansiedad de separación, además de padecer ansiedad ante personas extrañas. Igualmente podrían presentarse trastornos del sueño. En el día a día y plasmado en sus juegos, puede duplicar ingredientes que guarden relación con el problema. Un problema más que puede aparecer es la enuresis secundaria nocturna (emisión de orina de forma involuntaria). Durante la edad escolar se podrían poner de manifiesto ciertas conductas agitadas o desorganizadas, más que la aparición de miedo, de indefensión o de terror como sucede en las personas en edad adulta. Se exteriorizan problemas en la relación con la familia o con los compañeros. Pueden reactivar el

trauma de forma simbólica, de una forma que pueden buscar un alivio o rebaja de su activación emocional negativa, de un modo repetitivo, ya sea a través de dibujos, de conversaciones o de juegos varios. En esta franja de edad se tiende a no olvidar los elementos dolorosos del trauma y no suelen tener flashbacks visuales. Pueden errar en todo caso la secuencia de los hechos, pero se encuentran convencidos de poder reconocer el peligro en el futuro. En cuanto a la población en edad adolescente tendrán vivencias muy parecidas a las que sufre la persona en edad adulta. Si podrán diferenciarse, debido a las especiales características de la edad adolescente, en cuanto a su conducta más impulsiva e incluso agresiva (Espeso, 2009).

INTERVENCIÓN

Es muy posible que en primer lugar como base de cualquier intervención en este síndrome sea la obtención de un apoyo social, apoyo especialmente complicado cuando los inmigrantes no tienen residencia y suelen ser menos asimilados por la sociedad autóctona. Es preciso que no estamos tratando una depresión diagnosticada, estamos tratando un síndrome particular con unas características especiales. Por lo tanto, la formación de los profesionales de la salud mental que traten a las personas afectadas ha de ser acorde al síndrome que tratamos. Es más, durante la intervención se ha de ser tremendamente escrupuloso en el respeto a la cultura del emigrante, intentando en todo momento no despreciar o desmerecer a la persona, evidentemente siempre con el debido respeto a las leyes vigentes.

De acuerdo con Achotegui (2016), la intervención debe orientarse a realizar más una intervención de tipo educativo y de apoyo emocional, por lo que el trabajo terapéutico sobre el Síndrome de Ulises atañe no sólo a los psicólogos, a los médicos o a los psiquiatras, atañe igualmente a los trabajadores sociales, los promotores de salud, y los líderes comunitarios. Es fundamental por tanto, la prevención sanitaria y psicosocial, igualmente es fundamental tener en cuenta las características culturales del sujeto.

Con todo, y siguiendo al citado autor, la asistencia a estos grupos es una tarea realmente complicada: las poblaciones de inmigrantes y las distintas minorías poseen los índices más altos de incumplimiento terapéutico y de abandono del tratamiento en el área de la atención en salud mental. Este hecho, aparte de mostrar las dificultades que comporta la atención a estos grupos, muestra los graves déficits que existen en nuestro modelo asistencial para ofrecerles una atención de calidad.

CONCLUSIONES

Psicológicamente hablando, la inmigración es un hecho que supone un enorme cambio para la persona. El cambio supone para la persona estrés o duelo. El Síndrome de Ulises constituye un verdadero desafío para el actual sistema de salud. Demanda una evaluación completa de la complicada situación de los emigrantes que padecen este síndrome de estrés límite.

Esta cuestión por tanto requiere, como no puede ser de otra manera, una adecuada prevención del trastorno, a varios niveles, no pudiendo centrarnos en un único nivel individual, de igual forma se requiere atención a un nivel general comunitario. De hecho, y según Achotegui (2017) el Síndrome de Ulises se encuentra de una forma más concreta en el campo de la prevención sanitaria y psicosocial, que en el campo del propio tratamiento. La intervención se debe centrar de forma básica en la

psicoeducación y en la terapia que garantice una contención emocional, por lo que el trabajo sobre el síndrome atañe únicamente a psicólogos, médicos, o psiquiatras, también a trabajadores sociales, enfermería, educadores sociales y a otros profesionales asistenciales. Solo de esta forma, el emigrante no percibirá y se sentirá aislado, su percepción será de integración, manteniendo al mismo tiempo la unión con su lenguaje y su cultura como los factores altamente poderosos para influir en su bienestar general.

El duelo se produce en mayor o menor medida a lo largo de la totalidad del proceso migratorio, cuando la persona que emigra se enfrenta a nuevas y dolorosas adversidades, el proceso de inmigración se convierte en un proceso que alcanza unas cotas de estrés tan elevadas que saturan la capacidad de afrontamiento y adaptación de las personas, acrecentando los inconvenientes de elaboración del duelo del proceso migratorio. Esta cuestión constituye el aspecto negativo que supone la emigración, cuestión o factor negativo que constituye el Síndrome de Ulises.

No obstante, es preciso considerar que la inmigración igualmente posee una cara realmente positiva, al establecerse como una variable de enriquecimiento y variedad cultural. El fenómeno migratorio es una ocasión real para conocer otras culturas o la probabilidad de elevar no solo la perspectiva económica, sino también de enriquecimiento cultural de la sociedad si las condiciones son convenientes, como es el caso de los inmigrantes que no sufren el Síndrome de Ulises.

El Síndrome de Ulises o Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple se constituye en un auténtico problema de salud mental, y debido a su alta prevalencia, se constituye en un grave problema de salud mental. El Síndrome de Ulises es la materialización del sufrimiento que tienen que soportar muchas personas en nuestros tiempos.

La presencia de esta realidad clínica supone un nuevo reto, no solo en cuanto a su conocimiento, también es un reto en cuanto a que la sociedad, nuestra sociedad global, ha de disponer de los resortes necesarios para atender a este necesitado y numeroso grupo de población. La finalidad principal es que los inmigrantes logren completar de forma correcta el proceso de adaptación y sus metas, sin comprometer su estado de salud. Los distintos programas de orientación comunitaria deben de orientarse al bienestar de los emigrantes, dichos programas pueden lograr una alta efectividad siempre y cuando exista una correcta monitorización periódica de los mismos y una completa evaluación para poder realizar los ajustes imprescindibles y materializar las medidas correctivas necesarias. El Síndrome de Ulises no solo es un reto sanitario, es un completo reto social.

NOTA SOBRE LOS AUTORES:

Juan Carlos Fernández-Rodríguez. Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Director del Departamento y del grado de Psicología de la Universidad Nebrija. Correo electrónico: jfernandr@nebrija.es

Neidy Zenaida Domínguez Pineda. Licenciada en Psicología por UNITEC (Honduras). Doctoranda del programa Investigación en Derecho, Educación y Desarrollo de la Universidad Pegaso. Correo electrónico: neidydominguezp@gamial.com

Fernando Miralles Muñoz. Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor en la Universidad San Pablo CEU. Miembro en España de Red Global de Práctica Clínica de la OMS. Correo electrónico: fe.miralles@ceu.es

REFERENCIAS

Achotegui, Joseba et al. (2010), “Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises”, *Norte de Salud Mental*, Vol. 8, No. 37, pp. 23-30.

Achotegui, Joseba; López, Agustín; Morales, María; Espeso, Dori y Achotegui, Ane (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*, Vol. 13, No. 52, pp. 70-80.

Achotegui, Joseba (2006), “Estrés límite y salud mental: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”, *Migraciones*, Vol. 16, pp. 59-85.

— (2007), “El síndrome de Ulises. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple”, *Pensamiento Crítico*. Disponible en: <http://www.pensamientocritico.org/josach0407.html>

— (2008), “Migración y crisis: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”, *Avances en Salud Mental Relacional*, Vol. 7, No. 1, pp. 1-22.

— (2014), “Migración y salud mental. El Síndrome de Ulises”. Disponible en: <https://hiauqb.files.wordpress.com/2014/03/sindrome-de-ulises-final.pdf>

— (2016), “La salud mental de los inmigrantes en el siglo XXI”, *Mente y Cerebro*, Vol. 77, pp. 15-24, Disponible en: <https://www.fundacionmaresme.cat/wp-content/uploads/2018/05/2-Art%C3%ADculo-Mente-y-cerebro.-JOSEBA-ACHOTEGUI.pdf>

— (2017), “El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”, *Revista de Menorca*, Vol. 96, pp. 103-111.

ACNUR (2016), *Tendencias Globales*. Disponible en: <http://www.acnur.es/PDF/Tendencias2016.pdf>.

Arellano, Alfonso (2010), “Inmigrantes y periodo de residencia: Asimilación laboral en España en época de crisis”. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/ee/2010/09-2010.pdf>

Ayuda en Acción (s. f.), “¿Cómo afrontar el Síndrome de Ulises?” Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/ayuda-humanitaria/sindrome-ulises/>

Balsa, Adairis (2012), “Emociones e hipertensión arterial, peculiaridades en la edad pediátrica”, *Revista Cubana de Pediatría*, Vol. 84, No. 1, pp. 73-79.

Cabodevilla, Iosu (2007), “Las pérdidas y sus duelos”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 30, supl. 3, pp. 163-176.

Comisión Europea (2018), “Special Eurobarometer 469: Integration of immigrants in the European Union”. Disponible en: https://data.europa.eu/euodp/es/data/dataset/S2169_88_2_469_ENG

Consejo Económico y Social de España (2019), “Informe sobre la inmigración en España: Efectos y oportunidades”. Disponible en: <http://www.ces.es/documents/10180/6053176/Inf0219.pdf>

Consejo General de la Psicología de España (s.f.), “El estrés”. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag13.htm>

Elkheir, Mozdalifa (2014), *Síndrome de Ulises, aculturación y personalidad en una población de inmigrantes árabes*, Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.

Espeso, Dori (2009), “Estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) en población infantil, desde una perspectiva multicultural”, *Desenvolupa, Revista de Atenció Temprana*, No. 30. Disponible en: <file:///C:/Users/jfernandr/Downloads/Estr%C3%A9s+cr%C3%B3nico+y+m%C3%BAltiple.pdf>

Fernández, Jordi y Edo, Silvia (1994), “Emociones y salud”, *Anuario de Psicología*, Vol. 61, pp. 25-32.

Fernández-Rodríguez, Juan Carlos (2012a), *Asma bronquial y factores psicológicos. Un estudio centrado en las emociones*, Saarbrücken: Editorial Académica Española.

Fernández-Rodríguez, Juan Carlos (2012b), “The experience and expression of anger and anxiety in bronchial asthma patients”, *Anuario de Psicología*, Vol. 42, No. 2, pp. 213-225.

Fernández-Rodríguez, Juan Carlos y Herrera, Mayte (2013), “Rinitis y factores psicológicos: estado de su relación”, *Escritos de Psicología*, Vol. 6, No. 1, pp. 14-19. DOI: 10.5231/psy.writ.2012.2709

García-Arboleda, Mónica (2013), *Incidencia del Síndrome de Ulises en Andalucía*, Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.

García-Vega, Elena (2011), “Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la enfermedad inflamatoria intestinal”, en Pérez-Álvarez, Marino; Fernández Hermida, José Ramón y Amigo, Isaac (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*, Madrid: Pirámide, pp. 187-197.

Hervás, Gonzalo y Moral, Gabriel (2017), “Regulación emocional aplicada al campo clínico. Formación Continuada a Distancia para División de Psicoterapia. Consejo General de Psicología de España”. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>

Hidalgo, Francisco J. (2012), “Fibromialgia. Un trastorno de estrés oxidativo”, *Revista Sociológica Española del Dolor*, Vol. 19, No. 2, pp. 95-100.

Instituto Nacional de Estadística (2018), Principales series de población desde 1998. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03005.px>

International Organization for Migration (2016), “International Migration Report 2015”. Disponible en: [http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/Migration Report2015_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/Migration%20Report2015_Highlights.pdf).

Laczko, Frank (2017), “Improving data on migration: A 10-point plan”, *Migration Policy Practice*, Vol. 7, No. 1, pp. 18-23.

Martínez, Valentina (2017), “Libertad de expresión y seguridad: un análisis del discurso periodístico sobre inmigración”, *Barataria. Revista Castellano Manchega de Ciencias Sociales*, Vol. 23 (número extraordinario), pp. 87-102. DOI: <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i23.349>

Martínez, Francisco y Fernández, Jordi (1994), “Emoción y salud. Desarrollos en psicología básica y aplicada”, *Anales de Psicología*, Vol. 10, No. 2, pp. 101-109.

- Oblitas, Luis A. (2009), *Psicología de la salud y calidad de vida*, México: Cengage Learning.
- OMS (2001), “Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Piqueras, José Antonio; Ramos, Victoriano; Martínez, Agustín E. y Oblitas, Luis A. (2009), “Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física”, *Suma Psicológica*, Vol. 16, No.2, pp. 85-112.
- Reigo-Botella, Adela; Clemente, Miguel y Sangiao, Inmaculada (2018), “Migración y síndrome de Ulises: ser nadie en tierra de nadie”, *Barataria, Revista Castellano Manchega de Ciencias Sociales*, Vol. 24, pp. 27-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i24.388>
- Ronzoni, Giacomo (2017), *Corteza prefrontal, amígdala y estrés: estudio de la noradrenalina, corticosterona y memoria aversiva en la rata*, Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Rosales, Rosaura (2014), *Estrés y salud*, Tesis doctoral. Universidad de Jaén.
- Salvador, Carmen María; Pozo, Carmen y Alonso, Enrique (2010), “Estrategias comportamentales de aculturación y síndrome de Ulises de los inmigrantes latinoamericanos”, *Boletín de Psicología*, Vol. 98, pp. 55-72.
- Smith, Patrick J. & Blumenthal, James A. (2011), “Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms and treatment”, *Revista Española de Cardiología*, Vol. 64, No. 10, pp. 924-933.
- Villalobos, Cristina (2015), “Inmigrantes delincuentes en prensa: un paso más allá del discurso de la inmigración como problema”, *Revista Internacional de Culturas y Literaturas*. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/69864> DOI: <https://hdl.handle.net/11441/69864>
- Zayas, Antonio (2016), *Factores psico emocionales y ajuste psicológico asociados al cáncer de mama*, Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.