ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

"EL SÍNDROME DE ULISES EN UNA MUESTRA DE INMIGRANTES VENEZOLANOS EN ECUADOR."

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Salud y Grupos Vulnerables

Autora:

KARLA GRETA TORRES ALDAZ

Director:

Dr. PAÚL MARLON MAYORGA LASCANO, Mtr.

Ambato – Ecuador

Diciembre 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

EL SÍNDROME DE ULISES EN UNA MUESTRA DE INMIGRANTES VENEZOLANOS EN ECUADOR

Línea de Investigación:

Salud y Grupos Vulnerables

Autora:

KARLA GRETA TORRES ALDAZ

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mtr f._____

CALIFICADOR

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. MS f._____

CALIFICADOR

Aitor Larzabal Fernández, Mg. f._____

CALIFICADOR

María Isabel Ramos Noboa. Ps. Mg f._____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f._____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Diciembre 2019

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTENTICIDAD

Yo KARLA GRETA TORRES ALDAZ, con CC 1804884607, autora del trabajo de graduación titulado: "EL SÍNDROME DE ULISES EN UNA MUESTRA DE INMIGRANTES VENEZOLANOS EN ECUADOR" previo a la obtención del título profesional de PSICÓLOGA CLÍNICA, en la escuela de PSICOLOGÍA

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de la Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, Diciembre 2019

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

KARLA GRETA TORRES ALDAZ

CC 1804884607

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser el motor y la razón de mi vida, sin duda Él ha sido el que me ha dado la fuerza para seguir adelante y nunca rendirme, no solo en los estudios sino en todo aspecto de mi vida; también quiero agradecer a la Virgen María por ser mi madre y guía en cada paso, ella siempre ha sido la estrella que me alumbra en todo lugar TOTUS TUUS.
Por otro lado, quiero agradecer a toda mi familia en especial a mis padres Luis y Mercedes quienes se han esforzado junto conmigo, este logro es de los tres, sin ellos no hubiera logrado nada, gracias por ayudarme, apoyarme y consolarme en los momentos de dificultad, sin duda este trabajo es suyo. Gracias a mis hermanos mayores quienes con su ejemplo y amor me han ayudado a llegar a este punto de mi vida.

Gracias a todos los profesores por su ayuda y conocimiento entregado durante toda mi vida universitaria.

Quiero agradecer a todos los inmigrantes venezolanos que nos colaboraron en este proyecto, quiénes dejando de lado su trabajo y brindándonos su valioso tiempo nos compartieron amablemente su historia, espero de todo corazón que todo mejore para ellos y su país.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto y mi vida a Dios, a Él todo honor y gloria y a la Virgen por ser mi guía.

También les dedico este proyecto a mis padres quiénes son mi inspiración y la muestra de que, con esfuerzo, trabajo duro, perseverancia y amor todo se logra.

A mis hermanos José y Cris por ser mis compañeros de vida, les amo mucho.

RESUMEN

El objetivo de la investigación es identificar el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico por migración en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador. La investigación posee un paradigma positivista, es de metodología no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance exploratorio y descriptivo de corte transversal. En cuanto a la muestra, participaron 70 inmigrantes venezolanos, un 61,42% fue de sexo masculino y un 38,57% de sexo femenino, todos mayores de 18 años y fueron evaluados con la Escala de Ulises. Se encontró que la media general de la muestra $\dot{X}$=43,22 se encuentra por debajo del punto de corte (96,00), debido a esto se pudo afirmar que el estado actual del síndrome en los evaluados no presenta la suficiente sintomatología para que se constituya el síndrome en sí. El Síndrome de Ulises se presenta en la muestra en nivel leve (21,4%), moderado (67,1%) y extremo (11,4%). Finalmente, se evidenciaron limitaciones en esta investigación como el tamaño de muestra reducido debido al difícil acceso a la población y el corto tiempo de la recolección de información, aspectos que se tomarían en cuenta en futuras investigaciones.

Palabras Clave: estrés, migración, prevalencia, síndrome de Ulises, vulnerabilidad

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the actual state of the Ulysses Syndrome or chronic stress caused by the migration in a sample of Venezuelan immigrants in Ecuador. This study is based on a positive paradigm and it is a result of a non-experimental approach with a quantitative research mode, with an exploratory, descriptive and cross-sectional reach. The sample included the participation of 70 Venezuelan immigrants 61.42% were male and 38.57% female, all over 18 years of age and they were evaluated with the Ulysses Scale. It was found that the general mean of the sample $\dot{X}$=43,22 was under the cut-off point (96.00), due to this it could be ascertained that the actual state of the syndrome in the immigrants evaluated doesn't show the enough symptomatology for the syndrome itself can be constituted. The Ulysses Syndrome is present in the sample at a mild level (21.4%), moderate (67.1%) and extreme (11.4%). Finally, certain limitations in the study were noted, such as: reduced sample size and a short period of time in which the information was gathered; aspects that should be considered in future studies.

Key Words: stress, migration, prevalence, Ulysses syndrome, vulnerability

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD iii
AGRADECIMIENTO iv
DEDICATORIA v
RESUMEN vi
ABSTRACT vii
INTRODUCCIÓN 1
METODOLOGÍA 4
JUSTIFICACIÓN 5
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO 6
1.Inmigración 6
1.1 Inmigración como factor de riesgo en la Salud Mental 7
1.2 Factores Predictores del Estrés en el Proceso Migratorio 10
2.El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) 15
2.1 Vulnerabilidad en el Síndrome de Ulises 16
2.2 Duelo en el síndrome de Ulises 17
2.3 Estresores en el síndrome de Ulises 23
2.4 Sintomatología de síndrome de Ulises 24
3. Diagnóstico Diferencial 27
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO 30
2.1 Metodología de la Investigación 30
Paradigma de la Investigación 30
Enfoque 31
Modalidad 31
Alcance 31
Método General 32
Método Específico 33
2.2 Técnicas e Instrumentos 33
2.3. Población, Muestra y Muestreo 38
2.4. Procedimiento 45
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 46

Análisis Descriptivo 46
Análisis de la Escala de Ulises 46
Análisis Comparativo 56
CONCLUSIONES:.....59
RECOMENDACIONES 61
BIBLIOGRAFÍA 62
ANEXOS 67
ANEXO 1: Carta de Consentimiento Informado 67
ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica 68
ANEXO 3: Escala de Ulises 71

Tabla de Gráficos

Tabla 2.1 Análisis de fiabilidad de la Escala de Ulises……...……..…..……..32
Tabla 2.2 Características Individuales de los participantes…….……35
Tabla 2.3 Características migratorias de los participantes……..…37
Tabla 2.4 Características migratorias de los participantes (Cont.)……....38
Tabla 3.5 Análisis Descriptivo del Síndrome de Ulises……..……...….41
Tabla 3.6 Niveles del Síndrome de Ulises…….50
Tabla 3.7 Análisis Comparativo Síndrome de Ulises…….51
Tabla 3.8 Análisis Comparativo Síndrome de Ulises……52

Tabla de Figuras

Figura 1.1 Recomendaciones para la correcta atención socio sanitaria al síndrome de Ulises……..….23
Figura 2.2 Diagnóstico del síndrome de Ulises……..…….…..…..... 32
Figura 3.3 Histograma Escala de Familia…….…...43
Figura 3.4. Escala de Estrés Aculturativo…….……...43
Figura 3.5 Histograma Escala de Fracaso…….…….……..44
Figura 3.6 Histograma Escala de Supervivencia y Miedo…….…….....45
Figura 3.7 Histograma Escala de Supervivencia y Miedo…….……..45
Figura 3.8 Histograma Otras Variables…….……..……46
Figura 3.9 Histograma Escala de Vulnerabilidad……..……..47
Figura 3.10 Histograma Evaluación Total…….…….....47
Figura 3.11 Puntos de Corte Escala de Ulises por Variable……..…….....48
Figura 3.12Punto de Corte de la Escala de Ulises Total……49

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La relación entre la migración y el síndrome de Ulises ha sido estudiada a través del tiempo por varios autores por lo que existen varias investigaciones nacionales e internacionales que constituyen un sustento teórico y metodológico con las cuales ayudan a entender el proceso de migración como situación de alta vulnerabilidad que aumenta los riesgos y la posibilidad de que los migrantes empiecen a presentar cierto nivel de estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises).

Los estudios en referencia al Síndrome de Ulises en inmigrantes comprenden un debate científico amplio, las investigaciones se centran principalmente en los países de Europa, América del Norte y Centroamérica. Destacan los trabajos de Achotegui (2015), en población inmigrante radicada en Barcelona, donde se valoraron las características sociodemográficas ligadas al síndrome de Ulises de 1110 inmigrantes atendidos en el SAPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados); en dicho estudio se identificó que el prototipo de inmigrante con síndrome de Ulises es un latinoamericano o subsaharianos, de entre 30 y 45 años que lleva entre 2 y 5 años en España, y es el/la hijo/a mayor, en este estudio a nivel de género no se encontraron diferencias significativas.

Por otra parte, al estudiar la migración y el síndrome de Ulises se encuentra el trabajo de Salaberria y Sánchez (2017), en el que se valoró a 65 inmigrantes de primera generación residentes en el País Vasco (Guipúzcoa). Aquí se encontró que los inmigrantes presentan altos niveles de estrés migratorio, sintomatología clínica y bajos niveles de autoestima, también en este estudio se evidenció que los inmigrantes en situación irregular cuentan con menor apoyo familiar, menores ingresos económicos y más estrés migratorio. Por último, se encuentra el trabajo de Escudero (2004), en España donde se estudió el síndrome de Ulises en inmigrantes de origen argentino y se exploró el peso de los factores culturales en el desarrollo del síndrome con grupos de discusión.

Ya en el continente americano, la producción al respecto del tema es más limitada, sin embargo, se rescatan los estudios en México y Estados Unidos por Moya et al. (2016). En el que se estudió el síndrome de Ulises, se demuestra la existencia de problemas en el área del duelo por familia, cambio en el estatus social, riesgos físicos, emocionales, etc. Por ende, se comprobó que el Síndrome de Ulises está presente en algunos migrantes del continente americano.

Finalmente, en el Ecuador no se han producido trabajos representativos que aborden la dinámica de la migración y el síndrome de Ulises. Lo que más se aproxima a los estudios de inmigración son los trabajos de Eguiguren (2017), la cual realizó estudios acerca de migración en Ecuador, se centra en el desarrollo nacional y las movilidades. De ahí lo relevante e importante del estudio del estado actual del síndrome de Ulises en población inmigrante venezolana radicada en Ecuador, pues el conocimiento que se tiene a día de hoy es escaso.

Problema de Investigación

Se ha observado de manera no sistematizada en una muestra de población inmigrante venezolana en Ecuador un conjunto de síntomas que conforman el síndrome de Ulises que constituyen un problema de salud mental emergente. El síndrome de Ulises o síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, término acuñado por Achotegui (2004), se caracteriza por un amplio conjunto de síntomas psíquicos que aparecen en las personas migrantes tras dejar su país. Este mismo, menciona que los síntomas más importantes que conforman el Síndrome de Ulises son: La separación forzada de los seres queridos, el sentimiento de desesperanza, la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia, el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios, las amenazas de las mafias, la detención y la expulsión, o la indefensión por carecer de derechos (Achotegui, 2010).

La determinación del estado actual del síndrome de Ulises, en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador resulta valioso, dada la situación actual de ambos países donde los inmigrantes venezolanos han tenido que dejar su país en situación extrema e insertarse en el Ecuador. Consecuentemente, los migrantes se convierten en población vulnerable y se considera

el escenario de crisis y los desafíos a los que se enfrentan se genera ciertos procesos psicológicos que terminen en estrés crónico, múltiple e intenso. Por lo que al realizar este estudio ayudará a comprender y medir el estado actual de la salud mental del inmigrante.

Para ésta investigación, es necesario realizar una investigación de nivel no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance exploratorio y descriptivo de corte transversal en aproximadamente 70 ciudadanos venezolanos que han permanecido en el Ecuador por más de tres meses de manera ininterrumpida y determinar así el impacto que le ocasiona al inmigrante en su salud mental, salir de su país y realizar un proceso migratorio.

La investigación enunciada permitió conocer el estado actual del síndrome de Ulises en la población inmigrante. Además, facilitó la comprensión del estado de los inmigrantes venezolanos en nuestro país y comprender de mejor manera este fenómeno que se ha dado en los últimos años, también la información proporcionada por esta investigación podrá ser utilizada para generar programas de intervención que favorezcan a la salud mental en los inmigrantes a futuro.

Pregunta Científica

¿Cuál es el estado actual del Síndrome de Ulises en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador?

Objetivos

Objetivo General

Identificar el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador.

Objetivos Específicos

- Fundamentar los aspectos teóricos del síndrome de Ulises en inmigrantes.
- Evaluar el estado actual del síndrome de Ulises en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador.
- Realizar un estudio de incidencia de riesgo de desarrollar síndrome de Ulises en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador
- Emitir un informe de los resultados encontrados.

METODOLOGÍA

La siguiente investigación tiene un paradigma positivista, es de nivel no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance exploratorio y descriptivo de corte transversal, basado en el método general de la investigación que corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales y con método especifico descriptivo del fenómeno a estudiar.

Método General

Método científico aplicado a las ciencias sociales

Método Específico

Método descriptivo

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se justifica debido a la importancia de conocer el estado actual del inmigrante en Ecuador. Actualmente la constante entrada de inmigrantes venezolanos al Ecuador dada la crisis económica y humanitaria que están viviendo, se ha convertido en una necesidad social casi urgente, que exige mayores elementos de juicio para su abordaje.

Las circunstancias previamente descritas, hacen que la inmigración constituya un factor de riesgo donde las circunstancias personales o sociales del inmigrante puedan ser problemáticas hasta el punto de llegar a desestructurar al sujeto y afectarlo psicológicamente. Por lo que, este estudio ayudó a comprender la dura realidad y las variadas experiencias que estas personas viven día a día, referente al impacto psicológico en el proceso de salir de su país e instalarse en otro de manera forzada y saber si existen sentimientos de pérdida, separación y soledad.

Por otro lado, se conoció el proceso psicológico que pasan para adaptarse a una nueva sociedad y como este proceso genera en ciertos individuos un cuadro reactivo de estrés crónico y múltiple conocido como Síndrome de Ulises, por lo cual específicamente fue necesario conocer cuál es el estado actual respecto a su salud mental. Además, aportó a tener una visión más real de este fenómeno y de igual modo se pudo determinar cuáles son los aspectos de mayor vulnerabilidad a fin de proporcionar información de los inmigrantes venezolanos que contribuya a futuros programas de intervención que se realicen en el país y que terminará por beneficiarlos.

Por último, aún no existe un análisis epidemiológico del síndrome de Ulises realizado en Ecuador a los inmigrantes venezolanos y las pocas investigaciones sobre migración no son actuales y muy pocas están enmarcadas en el área de salud mental de tal forma que, los resultados de esta investigación enriquecerán el estado del arte y aportarán a futuras investigaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.Inmigración

La inmigración es un fenómeno mayormente sociodemográfico que sucede alrededor del mundo y que ha sucedido a través de la historia de la humanidad. A partir de esto, cabe mencionar la diferencia entre inmigración y migración. La migración se refiere a la movilidad geográfica de las personas (Grinberg & Grinberg, 1984), mientras que según el Diccionario de la Real Academia Española (2018), inmigrar se entiende como el hecho de llegar a un país y establecerse en él y buscar mejores medios de vida. Por consecuente, una persona inmigrante es aquella que se ha desplazado de un lugar a otro la cual es suficiente distante y distinta donde permanece por un tiempo prolongado e implica vivir allí y desarrollar las actividades de la vida cotidiana (Grinberg & Grinberg, 1996).

Al definir al inmigrante Tizón (2004), destaca que la definición de inmigrante considera tanto las realidades externas del individuo (geográficas, sociales, culturales, políticas, etc.), como internas (emociones, sentimientos, fantasías conscientes e inconscientes, pensamientos, esquemas para la acción), así también como los aspectos psicosociales y psicológicos. A su vez, también se observa que al lugar donde se desplacen las personas son suficientemente distinto y distante, con tiempo prolongado y conlleva a la convivencia con las personas autóctonas del lugar a donde se han desplazado. Hay que mencionar también que Sebatier y Berry (1997), establecen que el término "inmigrado" hace referencia a aquellas personas y únicamente a las que se han desplazado de una sociedad a otra para instalarse de forma voluntaria en otra sociedad.

Por otra parte, es importante diferenciar al "inmigrado" con el "trabajador en el extranjero", Berry (1997), explica que el trabajador extranjero a llegado al país de acogida sin ninguna intención de radicarse en aquel lugar, de ahí que esta persona solo se dedicará a trabajar durante un tiempo determinado y su separación es temporal, lo que ayuda a que no presente estresores que interfieran en su adaptación y así se enfrenta a las situaciones de una mejor manera.

Grinberg y Grinberg (1996), mencionan que el "inmigrado" es una persona que se establece en el país a donde ha llegado, debido a que ve reducida sus posibilidades de retorno a su país y se considera que ha roto todo vínculo con su país de origen vive un duelo migratorio que afecta a nivel de salud mental.

1.1 Inmigración como factor de riesgo en la Salud Mental

La migración se constituye como un factor de riesgo, debido a que el inmigrante genera estrés y duelo migratorio a causa de que, si el inmigrante es lábil (poco estable), el medio es muy hostil o si se dan las dos cosas a la vez, las cosas se pondrán difíciles para ellos (Achotegui, 2009). La unión entre vulnerabilidad personal y "acontecimientos vitales" es lo que converte la emigración en factor de riesgo para la salud mental (Tizón. et al, 1996). Además, que según la Fundación de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM, 2007), el estrés provocado por el cambio radical de cultura, sentimiento de discriminación que sienten muchos ciudadanos extranjeros son causa de deterioro de la salud mental en los migrantes, además como este proceso deriva en determinadas alteraciones psicopatológicas en la mayoría estrés y depresión.

La inmigración es un proceso, constituye transiciones y transformaciones en el viaje que obligan al inmigrante a redefinirse constantemente de acuerdo a las nuevas condiciones, lo que significa que estos inmigrantes puedan generar un sentimiento de pérdida, inseguridad e incertidumbre (Abuagilah, 2008). También se afirmar que esta experiencia no es una experiencia traumática aislada o que se manifiesta en el momento de la separación del país de origen, o en la llegada al nuevo destino, sino que es un conjunto de factores determinantes de ansiedad, de pena y de sentimiento de desamparo (Grinberg & Grinberg, 1996).

Po lo cual, la inmigración genera cambios en las personas los cuáles llegan a condicionar su vida, sin olvidar que estos cambios aumentan la posibilidad de enfermar puesto a que se activan estados emocionales negativos como ansiedad, depresión, estrés, y desarrolla contactos poco saludables o manteniendo reacciones fisiológicas desequilibradas (Sandín, 2003). Así, el viaje migratorio supone ineludiblemente un proceso de transición entre dos contextos y de adquisición de una nueva realidad. Se trata de un viaje que implica no solo un desplazamiento

físico sino, de un notable grado de desorientación social y psicológica por lo que la gente que ve obligada a enfrentarse a gran número de transformaciones en su vida, experimenta así nostalgia e incluso duelo por la familia que deja atrás. (Ibarrola Armendariz & Firth, 2007).

Esta transición que viven las personas durante la inmigración implica cambios de rol y de escenario, por lo que la necesidad de reajustar varias dimensiones como: la familiar, social, educativa, cultural, laboral, etc.; es evidente (Retortillo, 2008). Este reajuste en la persona, genera tanto una serie de ventajas como también de problemas. En cuento a las ventajas se observa el acceso a nuevas oportunidades vitales y horizontales, de ahí que Achotegui (2009), menciona que no se niega la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración y los beneficios que se adquieren durante este proceso, por lo que la migración es muchas veces más una solución que un problema. Sin embargo, así como existen beneficios, la migración encierra a su vez, ciertos problemas.

La inmigración es un proceso difícil, esta tendría una parte problemática, un "lado oscuro", que se ve reflejado en un conjunto de dificultades de tensión y situaciones de esfuerzo que en ocasiones llegan a superar la capacidad de adaptación del ser humano y afectarlo a nivel psicológico. Pese a esto se menciona que todos los seres humanos poseen capacidades para emigrar y elaborar ese duelo, debido a que los seres humanos han emigrado a través de los tiempos y con éxito han llevado este proceso evolutivo. Desde esta perspectiva, no se considera a la migración en sí misma como causa de trastorno mental, sino como un factor de riesgo al tener las siguientes situaciones: Existencia de vulnerabilidad en el inmigrante y niveles de estresores muy (Achotegui, 2009).

Al ponerse las cosas difíciles los inmigrantes llegan a sufrir de cierta manera que se verán afectados en su psicología en especial que producen estrés y duelo migratorio. En la actualidad el término estrés se refiere a que tanto el ámbito físico como el social que sobrecargan a las personas con demandas que exceden su capacidad de afrontamiento lo que tiene consecuencias negativas sobre la salud (Barrón, 1997).

En cuento al estrés migratorio, se mencionan dos tipos de fenómenos: a) los cambios ambientales que ponen al individuo en situaciones problemáticas, o en contexto donde las expectativas conductuales no son claras, b) la carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a las demandas ambientales. De ahí que estos fenómenos interfieren en la vida del inmigrante, trayendo problemas como: sobrecarga de roles, conflictos interpersonales en conjunto de roles que conlleva problemas y dificultades que se originan entre personas que interactúan entre sí como esposo, esposa, padre e hijo, etc (Martínez, Gracía & Martínez, 2005). De igual manera se generan conflictos entre roles como demandas laborales y familiares, conflictos por restructuración de rol que se refiere a los cambios asociados a la evolución del propio rol, también por cautividad de rol que ocurre en personas que no están dispuestas a llevar a cabo un rol que les incumbe. Otro tipo de condiciones o problemas como ser pobre, residir en una zona en la que prevalece el crimen y la delincuencia, o padecer una enfermedad crónica grave, se encuentran entre los estresores crónicos ambientales que eluden los roles y, a pesar de ello, envuelven a la gente (Pearlin, 1989).

Por otro lado, duelo migratorio, Achotegui (2000), menciona que este es "el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto, además que se podría generar una correlación entre los dos conceptos (duelo y estrés), mencionando que el duelo es un estrés prolongado e intenso" (p.39).

- La familia y los amigos, sobre todo si se dan separaciones forzadas de hijos pequeños.
- La lengua
- La cultura: costumbres, religión, valores
- La tierra: paisaje, colores, olores, luminosidad…
- El estatus social: papeles, trabajo, vivienda, posibilidades de ascenso social
- El contacto con el grupo étnico: prejuicios, xenofobia, racismo
- Los riesgos para la integridad física: viajes peligrosos, riesgo de expulsión, indefensión.

Estos duelos se viven en mayor o menor grado en los procesos migratorios debido a que no todos los migrantes lo viven igual, algunos lo viven en buenas condiciones o en situaciones extremas, así Achotegui (2000), considera que habría de diferenciar desde la perspectiva de las dificultades en la elaboración del duelo y por tanto en su potencial picopatógena, tres tipos de

duelos: En primer lugar el duelo siempre que es el que se da en buenas condiciones y que sería fácilmente elaborado. En segundo lugar, el duelo complicado cuando existen serias dificultades para que se elabore el duelo y por último el duelo extremo es cual es tan problemático que no es elaborable, dado a que supera la capacidad de adaptación del sujeto (propio del síndrome de Ulises).

1.2 Factores Predictores del Estrés en el Proceso Migratorio

Los inmigrantes al emprender su viaje pasan por una serie de cambios vitales y como se sabe, todos los cambios son potencialmente dañinos debido a que requieren cierto grado de reajuste, pero también es conocido que todo cambio es normal e inexorable para cada nivel de vida social y edad. Por lo que se afirmarían, que no es tanto el cambio dañino por sí mismo, sino la cualidad del cambio lo que es potencialmente dañino (Sandín, 2003). Así la crisis no reside en la situación sino en la interacción entre situación y la capacidad del sujeto para superarlo, no todas las personas tienen la misma capacidad para controlar sus respuestas emocionales, ni la misma motivación y compromiso personal ante una determinada situación (Cockerham, 2001). Así, existen variedad de factores que son considerados como vulnerabilidades en el estrés durante el proceso migratorio, convirtiéndose estos en factores que serían predictivos para que afecten al inmigrante a mayor o menor escala. Abuagilah (2014), menciona los siguientes:

Factores Socioculturales

El inmigrante se enfrenta a grandes dificultades para poder adaptarse, estas dificultades serían el escaso dominio del idioma, los conflictos de la naturaleza cultural, la percepción del estatus o las diferentes dificultades para poder conseguir trabajo y en cuanto a los factores socioculturales, destacan los siguientes:

- El choque cultural: Para Oberg (1954), este es un estado de ansiedad que resulta de la perdida de todo lo referente y símbolo que se conoce para realizar la interacción social y se considera como parte del proceso de adaptación. Adler (1975), describe este estado por medio de 5 etapas: la del contacto, donde la gente recibe todo lo nuevo como lo bueno; la desintegración

y la reintegración, aquí se da el choque y es un periodo de negociación que provoca pérdida de autoestima; la autonomía, donde se encuentra formas de solucionar los problemas y se empiezan a superar los sentimientos de etapa de crisis; y por último la independencia, donde el sujeto es capaz de expresarse por uno mismo y consigue disfrutar de la nueva cultura.

- Distancia cultural: Este es otro estresor cultural, donde el sujeto se enfrenta a la distancia cultural que existe entre el país de origen y el país receptor. A mayor distancia cultural entre las dos cultural, el sujeto realiza un mayor esfuerzo adaptativo y será mayor la posibilidad de percibir un desbordamiento y sensación de pérdida de control frente a la demanda ambiental en relación con los recursos disponibles; mientras que una mayor cercanía cultural exige un menor esfuerzo de adaptación, favorece a la comunicación fluida y genera menos ansiedad e incertidumbre (Martínez, García-Ramírez & Martínez, 2005; citado en Abuagilah, 2014).

- Religión: Las creencias y las prácticas constituyen un importante recurso en el proceso de la inmigración, sin embargo, la forma y la dirección en que dichos recursos son empleados varían significativamente, incluso entre migrantes de un mismo país de origen (Odgers, 2013). Lo religioso, tanto en lo referente a prácticas, como a las instituciones, se constituye en estas redes sociales que llega a generar vínculos en tres direcciones: internamente, entre los migrantes que asisten y se congregan; entre estos y la sociedad de acogida; y finalmente, entre los inmigrantes y las sociedades y el mundo religioso de origen (Plata & Rodríguez, 2013). Por lo cual la religión ayuda a generar vínculos entre los migrantes por lo que son ser un factor de protección, además de tener efectos positivos para la salud como la práctica del perdón y la autoeficacia que se promueve. Sin embargo, la religión también son un factor de riesgo, que discriminan justamente debido a la religión que profesan (Abuagilah, 2014).

- Idioma: El idioma en común o la existencia de comunidades lingüísticas en el país de destino se consideran como factores que coadyuvan a explicar la dirección de los flujos migratorios y en conciencia conocer o compartir el idioma es una de las características que el migrante valora a la hora de migar y por el contrario la divergencia idiomática se entiende como un factor que previene o influye negativamente en la selección del país de destino. Además, en

cuanto a la integración tener conocimientos básicos del idioma es indispensable para lograrlo (Bermejo, 2008). Esto debido a que el conocimiento de la lengua del país receptor es fundamental para que el inmigrante pueda integrarse y participar en la integración simbólica con los demás de un modo satisfactorio, por lo que el migrante va a poder adquirir valores y objetivos de la sociedad de acogida de una manera mucho más fácil, al contrario de los individuos que no conocen o solo lo hacen superficialmente el idioma , se encontrarán fuera del sistema de interacción de la sociedad receptora (Solé & Izquierdo, 2005).

- Etnia: Este término se refiere a grupo de personas que son diferentes del grupo dominante en cuento en que comparten la cultura, las características biológicas, las raíces geográficas y la religión, todo lo cual crea un sentimiento de afiliación reforzado por el hecho de vivir y actuar juntos, los motivos de discriminación debido a motivos de raza, religión o pertenencia étnica es frecuente entre inmigrantes (Abuagilah, 2014). Este factor es de mucho riesgo , los inmigrantes pasan por una discriminación estructural de mercado de trabajo mediante dispositivos como los de: etnoestratificación y segregación, en donde las personas inmigrantes en cuento a su posición para conseguir un nuevo empleo son más dependientes de su origen étnico que de sus competencias profesionales, se genera así discriminación laboral donde van a existir diferencias, desigualdades y desventajas dentro del colectivo de trabajo (Aguilar, 2014).

A parte de los factores económicos, también aparecen otro tipo de factores que se caracterizan por ser estigmatizantes y discriminatorias, en ese sentido se presentan actitudes en los países receptores que se acompañan con situaciones que vulneran derechos humanos de esas personas que han debido migrar, esto se produce debido al nacionalismo que tiene mucho que ver con el racismo,el circular la idea de defender la identidad cultural del país receptor, se proponen una serie de medidas que por lo general consisten en evitar la mezcla y lograr la expulsión de los inmigrantes, considerados inasimilables, para lo cual hay que reforzar la seguridad nacional en las fronteras, lo que va a terminar por generar tensiones, discriminación y exclusión (Rivera, 2001).

- Género: En todo el planeta hay en la actualidad 175 millones de migrantes internacionales, lo que constituye alrededor del 3.5 % de la población global, aproximadamente la mitad son mujeres, a pesar de la común y errada noción de que los hombres son los principales migrantes (Jolly & Reeves, 2005). También es un hecho indiscutible que los fenómenos migratorios afectan de manera distinta a hombres y mujeres. Con respecto a la salud mental se ha mencionado que las mujeres manifiestan más estrés que los hombres vinculado a obligaciones y responsabilidades que han tenido que enfrentar como consecuencia de la emigración de su cónyuge, de igual manera sentimientos de aislamiento, soledad y falta de apoyo de su esposo (Salgado de Snyder & Maldonado, 1993). Aunque la migración mejora la vida de la mujer inmigrantes, también se afianzan roles y desigualdades y exponer a las mujeres a nuevas vulnerabilidades como resultado de su precaria condición legal, exclusión y aislamiento, hecho que explica como el género en las mujeres llega a ser un factor predictor de vulnerabilidad y estrés (Jolly & Reeves, 2005).

- Factores premigratorios: En todo proceso migratorio se define una serie de etapas, y algunos autores como Bhugra (2004), menciona 3 fases (premigración, migración y postmigración). Esta etapa está relacionada con el motivo por el que el sujeto decide emigrar y pone en marcha sus planes, sus habilidades sociales y el concepto psicológico de uno mismo (Abuagilah, 2014). En cuanto a los motivos migratorios existen varios: a veces como refugiados, exiliados políticos, trabajadores poco cualificados, empresarios, trabajadores temporales, parientes de personas que emigran con anterioridad o como investigadores, estuantes, jubilados, etc.

  Pero las teorías clásicas para el estudio del proceso migratorio han puesto por lo general en las motivaciones económicas, de acuerdo con las teorías de la “impulsión-atracción”, los inmigrantes e trasladan casi siempre desde regiones donde las rentas son bajas a otras donde son altas, desde países con alta densidad de población a otra con baja población y siempre en búsqueda de oportunidades económicas y libertad política. El viaje migratorio supone ineludiblemente un proceso de transición entre dos contextos y de adquisición de una nueva identidad (Ibarrola-Armendariz & Firth, 2007). Dentro de este proceso se encuentran como proceso de vulnerabilidad la personalidad, déficit de habilidades, cuando se presenta una

migración forzosa y persecución y los factores de resiliencia que pudieran intervenir son la preparación voluntaria para el proceso que pasarán (Bhugra, 2004).

- Factores postmigratorios: Durante el periodo inicial del inmigrante en su nuevo país, el inmigrante se enfrentará a cinco problemas básicos como: la situación laboral (falta de acceso a un trabajo normalizado), situación irregular de residencia, falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y problemas de comunicación relacionados con el idioma (Falces, Vázquez & Cañas, 2008). Una vez que ya tuvo lugar la migración y se ha emprendido el verdadero proceso de adaptación, la discrepancia con la cultura y las expectativas frustradas se han de convertir en variables de vulnerabilidad (Delgado, 2008).

  También en esta etapa se encontrarán varios factores de vulnerabilidad más, como el choque cultural, conflicto cultural, discrepancia y las aspiraciones que el inmigrante tenga; así mismo se encontrarán factores de resiliencia tales como la identidad, cultura positiva, apoyo social y ventajas socioeconómicas (Bhugra, 2004). Como factores protectores, se menciona la juventud y la salud, debido a que si los migrantes cuentan con estas características podrán trabajar en zonas desarrolladas y tener mejores ingresos y así una mejor vida. El apoyo social de los amigos son también un recurso principal de la vida social y que podrán apoyar a trabajadores migrantes (Abuagilah, 2014).

  Dentro de otros estresores que se encuentra en la situación legal de los inmigrantes y es perjudicial para la salud, según la Organización Mundial de la Salud (2008), son los siguientes:

    - La clandestinidad de los inmigrantes, lo que los lleva a una total desconsideración para su seguridad física.
    - La explotación asociada al trabajo legal o ilegal del inmigrante, debido a que la persona suele realizar trabajos pocos cualificados que se escapan al cumplimiento de las normas básicas laborales.

- Las nuevas condiciones de trabajo, donde se incrementa el riesgo para la salud debido a accidentes de trabajo.
- El impacto de la transculturación, sobre la condición de vida.
- La exclusión en cuanto al acceso de servicios y programas de salud de los países receptores, en especial de la seguridad social; lo que les impide recibir la atención médica básica que pueda prevenir agravamiento en su salud.
- La exclusión en los programas preventivos y promoción de la salud por ausencia de redes de apoyo debido a falta de materiales cultural y lingüísticamente apropiados.

Estos estresores que se describen van a afectar considerablemente a los inmigrantes de manera que, al presentarse uno o todos causa que la persona sea más predisponente a desarrollar el síndrome de Ulises u otras afectaciones en la salud mental.

2.El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

El termino síndrome de Ulises fue desarrollado por Achotegui y su equipo (Achotegui, 2000; 2002; 2004; 2006), para proponer la teoría de aquellos migrantes que se han expuesto a un estrés extremo, pero que poseen baja vulnerabilidad presentarán un cierto conjunto de síntomas que se enmarcarán dentro del Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). Este síndrome se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos. Así, este síndrome describe un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no son elaborados, esta es una respuesta de sujetos sanos, que no han tenido un antecedente de trastornos mentales y , es un problema social causado por la globalización (Abuagilah, 2014).

El síndrome de Ulises (S.U) está relacionado a unos estresores específicos e intensos derivados del proceso de la inmigración, aculturación y una constelación de síntomas. En este proceso se van a relacionar dos conceptos el de estrés y el del duelo, así a más pérdidas-duelos, se

incrementará el nivel de estrés. Por consiguiente, el (S.U) en el contexto actual, hace referencia a un proceso reactivo, que se vincula a estresores bien identificados como causa del mismo y también reversible debido a que el cuadro del síndrome desaparece cuando desaparecen los estresores (Abuagilah, 2014).

El inmigrante va a poner a prueba su equilibrio dinámico debido a los estresores internos y externos, así la elaboración del duelo migratorio va a ser una búsqueda de un nuevo equilibrio. Esta escala se basa en un modelo propuesto por Achotegui (2009), llamado VEDA (Vulnerabilidad – Estresores – Duelo - Adaptación), donde se integra la información sobre: las características del sujeto que migra (vulnerabilidad); las circunstancias que le afectan tras migrar (estresores); la manera como el migrante maneja el cambio migratorio (elaboración del duelo o afrontamiento de estrés); y la sintomatología asociada a esta situación, valorada desde la perspectiva de la adaptación (Villaverde, 2015).

2.1 Vulnerabilidad en el Síndrome de Ulises

El proceso de la migración supone una situación de alta vulnerabilidad, donde se aumenta el riesgo y la posibilidad de que los derechos se vean dañados o la integridad afectada, lo que es muy grave en las migraciones no buscadas tales como, los desplazamientos forzados en casos de conflictos armados, enfrentamientos entre grupos armados por conflictos diversos o desastres naturales, así mismo las urgencias socioeconómicas que llevan a las familias migrantes a vincularse tempranamente a las primeras formas de sobrevivencia, aceptan empleos informales, malsanos y de baja remuneración (Petit, 2003). La vulnerabilidad social es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos (Pizarro, 2001). Además, la vulnerabilidad es involucrada a carencia de poder, en sentido amplio cuando se la analiza desde un determinado patrón de desarrollo a partir de un sentimiento de indefensión que emana de carencia material y de personas, por lo cual estas personas por lo general no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto, por lo que está en situación de constante riesgo (Araujo, 2015). Achotegui (2002), menciona que la relación entre la migración y vulnerabilidad depende del conjunto de

limitaciones que tiene el sujeto cuando emigra y que son un factor de riesgo para su salud mental. Esto como producto de diferentes circunstancias tales como la inestabilidad económica, la incertidumbre, la desintegración familiar, la perdida de referentes, las dificultades escolares, la sobrecarga de la figura materna, las nuevas construcciones familiares, la precariedad al instalarse, el riesgo de la urgencia, falta de recursos, la aceleración de la adultez, distención de la cohesión familiar y el aumento de la vulnerabilidad infantil (Petit, 2003).

En la valoración de la vulnerabilidad Achotegui (2010), menciona que se tiene en cuenta:

- La vulnerabilidad física o diátesis. Limitaciones físicas que puedan dificultar la elaboración del duelo migratorio: por ejemplo, discapacidades, ser diabético, etc.
- La vulnerabilidad psíquica Limitaciones psíquicas que puedan dificultar la elaboración del duelo migratorio: depresión, psicosis, etc.
- La historia personal: se le ha de preguntar al inmigrante si tiene un buen recuerdo de su infancia, o si por el contrario fue desgraciada… y si antes de emigrar vivió acontecimientos traumáticos, guerras… , todas las dificultades que haya podido vivir constituyen un factor de riesgo.
- La edad del inmigrante: se considera que emigrar con más de 65 años incrementa las limitaciones de adaptación del sujeto. Por ejemplo, es obvio que una persona de edad tendrá más dificultades para memorizar el vocabulario de una nueva lengua.

Dentro del síndrome de Ulises se valora la vulnerabilidad del inmigrante debido a que, estos factores son considerados para la evaluación del estrés en el proceso migratorio.

2.2 Duelo en el síndrome de Ulises

Al duelo migratorio, es importante diferenciarlo del duelo que se vive por la pérdida de un ser querido, el duelo junto con el estrés por migración, tiene diferentes características y además según su intensidad van a ser particulares dentro del Síndrome de Ulises, en primer lugar está el duelo simple: que es el que se da en buenas condiciones y que es elaborado; el duelo complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo; y el duelo extremo,

que es tan problemático que no es elaborable y supera las capacidades de adaptación del sujeto, duelo propio del Síndrome de Ulises (Achotegui, 2004).

Achotegui (2009) analiza a continuación las características del duelo en el proceso migratorio:

El duelo migratorio es un duelo parcial

Aquí se diferencia el duelo migratorio del duelo por la pérdida de un ser querido, el referente clásico de concepto de duelo: en el caso de la migración, el objeto (el país de origen y todo lo que representa) no desaparece, no se pierde propiamente para el sujeto, pues permanece donde estaba y cabe la posibilidad de contactar con él. Es más, cabe la posibilidad de regresar un día, definitivamente, al lugar del origen (Achotegui, 2009).

Es un duelo recurrente

En el caso de la migración, el ir y venir emocional en relación al país de origen da lugar a que los procesos de elaboración de la separación funcionen de modo recurrente. Así, es muy frecuente encontrarse con que un viaje al país de origen, una llamada de teléfono o la información que le llega al inmigrante le reaviven los vínculos con el país de procedencia. Y escribimos 'reavivar', porque esos vínculos siguen activos durante toda la vida del sujeto, a veces de modo más consciente, a veces de modo más inconsciente (Achotegui, 2009).

Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados

La primera infancia constituye para los seres humanos una edad sensible, en la que se estructuran toda una serie de vínculos con las personas próximas, la lengua, el paisaje o la cultura. A diferencia de la edad adulta, en la infancia no sólo se viven los acontecimientos en los que la persona se halla inmersa, sino que esos mismos acontecimientos condicionan la forma como se construye la personalidad, forman parte de los materiales con los que se construye el edificio de la personalidad (Achotegui, 2009).

Así pues, se asegura que la infancia moldea al ser humano. En la edad adulta, la estructura de la personalidad se halla ya formada, y los acontecimientos que se van viviendo actúan sobre algo ya construido, que tan sólo es modificado en parte. De ahí que, cuando la persona emigra, ya está condicionada por lo que ha vivido en la infancia y, lógicamente, tendrá dificultades para adaptarse plenamente a la nueva situación (Achotegui, 2009).

El duelo migratorio es un duelo múltiple

El duelo migratorio es un duelo parcial, lo cual no significa que es menos importante o intenso que el duelo total por la pérdida de un ser querido. Sin embargo, el duelo migratorio, por ser parcial, es, a su vez, recurrente y continúa activo durante la vida del sujeto. También el duelo migratorio se halla íntimamente ligado a vivencias infantiles, por lo que también se halla vinculado a aspectos psicológicos difíciles de elaborar. Pero además de todo lo señalado, el duelo migratorio es un duelo por muchas cosas. Es un duelo múltiple. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más, cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración (Achotegui, 2009).

El duelo migratorio afecta a la identidad

La multiplicidad de aspectos que conlleva la elaboración del duelo migratorio (familia, lengua, cultura o estatus, entre otros) da lugar a profundos cambios en la personalidad del inmigrante, hasta tal punto que modifican su propia identidad. Es decir, para bien o para mal, la migración cambia al sujeto. Si va bien, favorecerá que surja una persona madura, 'de mundo'. Si va mal, desestructurará al sujeto en el plano psicosocial y psicológico.

Entendemos por identidad "el conjunto de las autorepresentaciones que permiten que el sujeto se sienta, por un lado, como semejante y perteneciente a determinadas comunidades que comparten ciertos valores o ideas y, por otro lado, diferente y no perteneciente a otras" (Achotegui, 2002). Hacer referencia a la identidad de una persona es hacer referencia a un juego de semejanzas y diferencias; podríamos decir que a un juego de espejos (Achotegui, 2009).

El duelo migratorio conlleva una regresión psicológica

Para enfrentar los cambios, el inmigrante tiende con frecuencia a sentirse abrumado e inseguro, y a adoptar actitudes regresivas. Las tres expresiones más básicas de esta regresión infantil en la migración, serían:

- Las conductas de dependencia: el inmigrante tiende a comportarse a veces de modo sumiso ante las figuras de autoridad; actúa como el niño ante las figuras paternas.
- La queja infantil, la 'pataleta': otra actitud típicamente regresiva ante la frustración y el dolor es la protesta, la 'pataleta'.
- La sobrevaloración de los líderes: Como señala la psicología social, cuando hay una situación de peligro, los seres humanos tendemos a actuar con una tendencia a la jerarquización (Achotegui, 2009).

Estas actitudes que el inmigrante adopta son actitudes de sumisión ante la autoridad, como el niño frente a una figura paterna. El personal de asistencia al inmigrante se potencializa estas actitudes cuando actúan de forma paternalista favoreciendo a que el inmigrante se infantilice. Esto provoca que se disminuya el desarrollo personal del sujeto, por lo que es importante que en los servicios asistenciales ante las demandas del inmigrante siempre se le pida algo a cambio, aunque sea de forma simbólica para así mantener la autoestima y la salud mental del sujeto (Abuagilah, 2014).

La elaboración del duelo migratorio tiene lugar en una serie de etapas

Para hablar de la elaboración del duelo migratorio, es necesario citar a Selye (1954), que clasifica en tres etapas de respuesta fisiológicas del estrés: I) alarma, en la que el organismo reacciona con gran intensidad ante el estímulo estresor; II) resistencia, en la que se ponen en marcha respuestas más organizadas y sostenidas; y III) agotamiento ligado a la enfermedad.

También desde la teoría de Bowlby (1985), la perspectiva de la elaboración psicológica de los procesos de duelo, hace referencia a cuatro etapas que, aplicadas a la migración se expresarían de la siguiente manera según Achotegui (2014):

- Negación: no se acepta la realidad del cambio, y el individuo no la quiere ver.
- Resistencia: hay protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación. Ante las dificultades y los retos a los que se enfrenta el inmigrante, surge la queja, tal como señalábamos en el apartado anterior.
- Aceptación: la persona se instala ya a fondo en la nueva situación (en el caso de la migración, en el país de acogida).
- Restitución: es la reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación (en el caso de la migración, con el país de origen y el país de acogida). Se acepta lo bueno y lo menos bueno o malo, tanto del país de origen como del país de acogida.

Estas etapas de duelos son importantes, debido a que si el inmigrante las atraviesa de una manera saludable que llega a una aceptación de su realidad y por ende es menor probable que el síndrome aparezca.

Desde esta perspectiva se evidencia que el duelo migratorio como cualquier otro duelo pasa por un proceso para ser elaborado y aceptado.

La elaboración del duelo migratorio utiliza una serie de defensas psicológicas y errores en el procesamiento de la información

Existen mecanismos defensivos que están presentes en la elaboración del duelo migratorio estos son mecanismos psicológicos que ayudan al manejo de emociones y conflictos. Los mecanismos de defensa no son inadecuados en sí mismos, sino sólo cuando son masivos, porque distorsionan radicalmente la visión de la realidad para hacerla menos frustrante, más gratificante, y de ese modo, nos impiden la adaptación, que es el objetivo evolutivo del funcionamiento mental (Achotegui, 2009).

Los errores en el procesamiento de la información, para que se considere adaptable al estrés migratorio, se señala dos planos. Por un lado, en relación al estímulo, la abstracción selectiva, que consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto. Y desde la perspectiva de respuesta, Beck (1983), señala varios mecanismos: La inferencia arbitraria refiriéndose a la generalización excesiva cuando se elabora una regla general a partir de varios hechos aislados; la maximización y la minimización donde se distorsiona la realidad modifica la magnitud de los acontecimientos; la personalización que es la tendencia a atribuirse fenómenos externos injustificadamente y por último el pensamiento absolutista o dicotómico que es la tendencia a clasificar todas las experiencias siguiendo categorías externas.

La ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida

Aquí se presenta ambivalencia de sentimientos por parte del inmigrante debido a que pese a sentir amor hacia su país de origen por los vínculos que allí estableció, también tiene sentimientos de rabia debido a que se tuvo que marchar de su tierra es decir su lugar de origen pasa a ser "la madre que no le dio todo lo que necesitaba". Por otro lado, tiene sentimientos amorosos hacia el país de acogida, por los vínculos que ha establecido, pero también tiene rabia, por el esfuerzo que le supone la adaptación, por lo que se mezclan sentimientos de amor y odio hacia su país (Achotegui, 2009).

El duelo migratorio afecta también a los autóctonos y a los que se quedan en el país de origen

La migración es un hecho social y, como todo hecho social, tiene repercusiones sobre el conjunto de la sociedad. Este hecho supone cambios no solo en la vida del inmigrante sino también en la vida de quienes reciben al inmigrante (Achotegui, 2009).

El regreso del inmigrante es una nueva migración

El retorno al país de origen, llega una persona muy diferente de la que un día marchó y llega a un país que también es diferente. El regreso del inmigrante es, a su vez, una nueva migración. En el tiempo en que ha vivido fuera del país de origen, se han producido muchos cambios, tanto en la personalidad del inmigrante como en la sociedad de la que un día partió (Achotegui, 2009).

El duelo migratorio es transgeneracional

Las vivencias que pasa el inmigrante no solo las vive él, sino que también continua en sus hijos y podría continuar en las diferentes generaciones si es que el inmigrante no llega a ser cuidadoso en la sociedad de acogida. Achotegui (2009), pone el ejemplo de los negros de Norteamérica, de 100 millones que fueron trasladados como esclavos, 60 murieron en los viajes o víctimas de la explotación. Los que quedaron llevan decenas de generaciones ya en Estados Unidos y continúan, en parte, sin estar integrados en la sociedad norteamericana.

2.3 Estresores en el síndrome de Ulises

La migración tiene un lado problemático, denominado estrés o duelo migratorio. El término del estrés ha sido definido como una experiencia en la que el individuo percibe que las demandas del medio o de cualquier evento superan los recursos para hacerles frente (Monat y Lazarus, 1991). Los estresores más importantes dentro de la inmigración son: La separación forzada de los seres queridos, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades; la lucha de supervivencia y el miedo o el terror que viven en los viajes migratorios, la amenaza de las mafias, de la detección y la expulsión o la indefensión por carecer de derechos.

Estos estresores van más allá del estrés aculturativo y se encuentran incrementados por toda una serie de factores que la potencian como: la multiplicidad (a más estresores más riesgo, los estresores se potencian entre ellos), la cronicidad (estos estresores afectan al migrante durante meses e incluso años), indefensión aprendida (término propuesto por Seligman, 1975), donde el

individuo siente que haga lo que haga no va a poder modificar su situación; y los déficits en sus redes de apoyo social. Además, se considera que con frecuencia el sistema sanitario y asistencial no atienden adecuadamente el síndrome de Ulises , los profesionales tienden a banalizar esta problemática ya sea por desconocimiento, insensibilidad o por racismo; y también porque no se diagnostica como cuadro reactivo de estrés y se trata a los inmigrantes como enfermos depresivos, psicóticos, somáticos; convirtiéndose el sistema sanitario como un nuevo estresor para los inmigrantes (Achotegui, 2009).

2.4 Sintomatología de síndrome de Ulises

A partir de lo expuesto, se llega a la conclusión de que la experiencia de la emigración y los estresores extremos que viven hoy millones de inmigrantes los hacen muy vulnerables al Síndrome de Ulises, el cual se refiere a un cuadro de duelo migratorio extremo vinculado a la intensidad del estrés migratorio crónico (Abuagilah, 2014). Los síntomas del síndrome de Ulises son una combinación de toda una serie de estresores y síntomas que serán descritos a continuación. Esta descripción propuesta por Achotegui (2004), es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología y se basó en el trabajo en salud mental con población inmigrante que se desarrolló en el año 1982 primero en la Fundación Cardenal Vidal i Barraquer, y posteriormente en el SAPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver, los desarrollados en la ciudad de Barcelona – España.

Sintomatología del Área Depresiva

Los síntomas que se ven con más frecuencia son, *la tristeza* que expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, de desistimiento ante los duelos extremos a los que hace frente el inmigrante en situación límite; e*l llanto* debido a que en las situaciones límite lloran tanto hombres como mujeres, a pesar de que los hombres han sido educados en casi todas las culturas para el control del llanto, la interpretación de que el llanto se dé tanto en hombres como en mujeres radicaría en que ante una situación límite, inclusive las barreras de tipo cultural quedarían en segundo lugar. *La culpa,* se describe como culpa paranoide debido a que la persona

no está preocupada por el daño infligido hacia otro por el mal que ha causado, sino que está afectada debido al temor al castigo que tener recibir pro una acción inadecuada. *Las ideas de muerte* no son frecuentes en los inmigrantes, debido a que por lo general posee una gran capacidad de lucha que le hace ir hacia adelante a pesar de la adversidad, además que la mayoría posee factores de protección como los sentimientos religiosos (Achotegui, 2004)

Sintomatología del Área de las Ansiedad

Esta se encuentra dentro de las más importantes en el área clínico entre sus síntomas están, la tensión, nerviosismo que surgen de la lucha que supone afrontar las adversidades que conllevan emigrar en estas condiciones que conllevan todos estos estresores; *preocupaciones intrusivas y recurrentes,* que se hallan en relación a extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran los inmigrantes extracomunitarios, se requiere de gran capacidad de insight para entender tantas emociones. *La irritabilidad*, no es un síntoma tan frecuente como los anteriores, pero se ha de tener en cuenta que al expresarse se ve más en bandas juveniles. *El insomnio,* que se presenta debido a que en la noche es el momento más duro donde afloran los recuerdos y se percibe con toda su crueldad la soledad y la magnitud de los problemas al que hace frente, además se pone en marcha la ansiedad de anticipación que favorece al inmigrante que comienza a tener problemas con el poder conciliar el sueño y se va instaura el insomnio con lo que se llega a un círculo vicioso o a son condicionamiento. Además, este agrava debido a las pésimas condiciones de las viviendas en que habitan: ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, etc (Achotegui, 2004).

Sintomatología de Área de la Somatización

En la cultura de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo no están separados., debido a que las dos se expresan de modo combinado, es decir que aparecen síntomas somáticos y esto no impide la expresión psicopatológica. Entre los síntomas somatomorfos, destacan las cefaleas y la fatiga y en menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y las torácicas. *La cefalea,* es de los síntomas más característico del síndrome de Ulises , se dan en una

proporción superior a la de los autóctonos que viven en situaciones de estrés, estas cefaleas son casi siempre de tipo emocional u van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas en el inmigrante. *La fatiga* se ve en todos los pacientes que sufren del síndrome, aunque en menor cantidad en los que llevan poco tiempo en el país de acogida, este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio y la cefalea (Achotegui, 2004).

Sintomatología del Área Confusional

En cuanto a esta sintomatología aquí se encuentra, fallos de memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientado a nivel temporal, etc. Hay diferentes factores que favorecen a la aparición de esta sintomatología y están ligados con el tener que esconderse o hacerse "invisibles" para no ser retenidos o repatriados. A su vez, en las culturas donde hay más control sobre los ciudadanos se ve con más frecuencia esta sintomatología y también la de tipo paranoide. También el hecho de las constantes mentiras o medias mentiras, fabulación, etc potencia al final la confusión y la desconfianza. Otro factor que favorece la confusión es que se mezclas las culturas, los idiomas, los lugares, los puntos de referencia, los recuerdos y las vivencias actuales (Achotegui, 2004).

Interpretación Cultural de la Sintomatología

En la mayoría de casos el inmigrante va a interpretar desde su cultura tradicional o de su país de origen de lo que pase en su proceso de inmigración. En muchas ocasiones interpretan su "mala suerte" como producto de brujería, magia, hechicería, etc. Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva mágica conllevará a que la intervención psicológica deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente, por lo que el terapeuta que lo trate se acercará a él según sus vivencias para que pueda continuar el diálogo y profundizar en el tema. Los pacientes desde la perspectiva de la evolución se ha visto que presentan variabilidad temporal en sus síntomas, hay temporadas en las que están mejor pero después recaen, y esto está relacionado al contexto cambiante en el que se encuentran y en la ayuda y las defensas que utilizan (Achotegui, 2004).

3. Diagnóstico Diferencial

El síndrome de Ulises no es una enfermedad, se ubica en el ámbito de la salud mental, que es más amplio que el ámbito de la psicopatología, debido a que este es un cuadro reactivo o de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no se elaboran. Achotegui (2009), considera que plantear la denominación 'Síndrome de Ulises' contribuye a evitar que estos inmigrantes, por no existir un concepto para su problemática, sean víctimas de la desvalorización de sus padecimientos y que se les diga que no tienen nada, a pesar de padecer a veces hasta diez síntomas. También de que sean incorrectamente diagnosticados como enfermos depresivos (no tienen apatía, son proactivos; no sólo no tienen ideas de muerte, sino que están llenos de proyectos e ilusiones), como trastornos adaptativos (su reacción esto talmente proporcional a unos estresores de pesadilla que padecen), o como trastorno por estrés postraumático (no tienen conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas). A continuación, se muestra un gráfico elaborado por Achotegui (2009), donde se visualiza recomendaciones para la correcta atención sociosanitaria al síndrome de Ulises:



Figura 1.1. *Recomendaciones para la correcta atención socio sanitaria al síndrome de Ulises (Fuente; Achotegui, El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple síndrome de Ulises, 2009)*

Como se observa, al síndrome de Ulises se lo atiende en el punto medio de la salud mental y la psicopatología, eso quiere decir que se lo trata como un conjunto de síntomas reactivos al proceso migratorio. Así pues, como señala este gráfico es muy importante ante esta problemática que se halla en el límite de estas dos áreas, por un lado, no hay que banalizar este cuadro, se considera que no les pasa nada (la peligrosa banalización del mal), y, por otro lado, no medicalizarlo puesto a que estos inmigrantes padecen una enfermedad mental. Para explicarlo mejor Achotegui (2009), menciona una metáfora donde explica que el síndrome de Ulises es como si en una habitación se subiera la temperatura hasta los 100 grados. Normalmente las persona tendrían mareos, calambres… ¿Estarían enfermos por tener estos síntomas? Decididamente, no. Cuando saliéramos al aire libre, estos síntomas desaparecerían, porque simplemente se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica a esa elevada temperatura ante la que no funciona nuestra termorregulación. Pero si alguien en la sala tuviera un infarto, un cólico, ese sí que estaría enfermo (lógicamente, en esta metáfora se trataría de una depresión, una psicosis).

Es decir, el síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención será fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, por lo que el trabajo sobre el síndrome abarca no sólo a psicólogos médicos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermeros, educadores sociales y otros profesionales asistenciales. Ulises era un semidiós, que, sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, por lo que personifica bien a los caos que se ven hoy en las donde hay personas que viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en La Odisea.

El análisis de la relación que tienen los estresores del síndrome de Ulises y sus síntomas, hay que tener en cuenta que según Achotegui (2009), hay inmigrantes que tienen los estresores del síndrome, pero no el síndrome en sí. Es decir, que estas personas se desarrollan una psicosis, una depresión, un trastorno adaptativo, etc., esto se ve más frecuente es inmigrantes con un antecedente de enfermedades psiquiátricas. Por otro lado, otros tienen algún aspecto parcial del cuadro, pero en un nivel menor, de modo que no se considera que padecen del síndrome de Ulises.

Así pues, la incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los estresores, como el sentimiento de soledad por separación de la familia y los seres queridos, sensación de desesperanza y agotamiento, incapacidad para cumplir el proyecto migratorio, etc. Se afirma que este cuadro pertenece más al campo de la prevención sanitaria que al campo de tratamiento. Por lo tanto, ante esta situación, la prevención es lo importante, lo que hace que los servicios sanitarios y los educadores sociales deban poder detectar este cuadro para tratarlo a tiempo, pues de ello depende que las personas no acaben padeciendo un auténtico trastorno mental (Achotegui, 2009).

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Metodología de la Investigación

La siguiente investigación tiene un paradigma positivista, basada en el método general de la investigación que corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales y con método especifico descriptivo del fenómeno a estudiar. Es de nivel no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance exploratorio y descriptivo de corte transversal.

Paradigma de la Investigación

El paradigma en el que se basa esta investigación es el positivista, el cual según Martínez (2013): "Busca los hechos o causas de los fenómenos sociales independientemente de los estados subjetivos de los individuos; aquí, el único conocimiento aceptable es el científico que obedece a ciertos principios metodológicos únicos" (p.2). Lo que más se destaca de este tipo de paradigma es que es de naturaleza cuantitativa lo que asegura la precisión de los resultados de las investigaciones. Por lo cual Martínez (2013), explica que al aplicarse en las ciencias sociales el conocimiento se convierte en sistemático, comprobable, medible y replicable. El paradigma positivista sustenta a investigaciones para que así se pueda responder a hipótesis o preguntas científicas por medios estadísticos y determinar los parámetros de las variables mediante expresión numérica (Ricoy, 2006). Este paradigma se caracteriza por ser racional, objetivo y se basa en lo observable, manipulable y verificable. Mediante el principio de verificación de las proposiciones solo tienen validez los conocimientos que existen ante la experiencia y observación, es decir, sólo tienen validez los conocimientos que existen ante la experiencia y observación; todo será comprobado para ser válido para la ciencia (Ramos, 2015).

Así pues, en esta investigación se analiza cuál es el estado actual del síndrome de Ulises en los migrantes venezolanos mediante un análisis de datos establecidos, donde se mide el fenómeno de estudio y se responde a la pregunta científica mediante el uso de métodos estadísticos a fin de que los conocimientos que existen puedan ser comprobados y validados para la ciencia, además que los hallazgos basados en este paradigma serán valiosos debido a que son reales y generalizables a toda la población (Guba & Lincoln, 2002).

Enfoque

En relación al enfoque de la investigación, es de tipo no experimental, lo que implica según Hernández (2003), hacer estudios en los cuales no se altera en forma intencional las variables independientemente para ver su efecto sobre otras variables, lo que se hace en esta investigación es observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. En otras palabras, el investigador registra el fenómeno tal y como este se lleva a cabo, no manipula el ambiente ni al individuo por lo que permite la recolección de información de manera directa y objetiva sin ningún tipo de intervención.

Modalidad

En cuanto a la modalidad de la investigación cuantitativa, este es el método más utilizado al momento de realizar investigaciones regidas bajo el método científico. Así, Del Canto y Silva (2013), mencionan que: "Desde una perspectiva holística permite abordar el objeto de estudio obteniendo resultados más concretos y fiables que permitan alcanzar los objetivos planteados en la investigación, dando de esta manera un mayor aporte a las ciencias sociales" (p.26). Por lo tanto, esta modalidad permite otorgar mayor validez a la investigación, los resultados son más concretos, pues utiliza herramientas que permiten arrojar resultados estadísticos lo que provoca que se pueda medir y cuantificar los resultados, por lo tanto, la pregunta de investigación pueda ser esclarecida con mayor eficacia y seguridad.

Alcance

En cuanto a lo que se refiere al alcance de la investigación, esta es cuantitativa de tipo exploratoria, descriptiva de corte transversal. Autores como Hernández, Fernández y Baptista (2004) exponen que los estudios exploratorios sirven para: "Familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados" (p.79). Es decir, la investigación exploratoria

permite estudiar un tema que ha sido poco explorado y del cual se tienen muchas dudas que necesitan ser despejadas y al mismo tiempo aporta al estado del arte.

A partir del alcance exploratorio, la presente investigación sigue una línea de alcance descriptivo. Cazau (2006), señala que en este tipo de investigación: "Se seleccionan una serie de cuestiones, conceptos o variables y se mide cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin, precisamente, de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno" (p.27). Por lo tanto, mediante este tipo de investigación se podrá especificar es estado actual de los migrantes venezolanos además de entender el fenómeno de una mejor manera mediante los resultados obtenidos y así por último se pueda aportar al estado del arte mediante la sistematización de nuevos conocimientos.

En cuanto al corte temporal de la investigación, esta investigación emplea un corte transversal, el cual es un estudio observacional que mide tanto la exposición como el resultado en un punto determinado en el tiempo, este diseño se lleva a cabo usualmente para estimar la prevalencia de una enfermedad dentro de una población específica (Álvarez & Delgado, 2015, p.26). El corte transversal escogido en la investigación es adecuado al realizar una investigación de nivel no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance exploratorio y descriptivo conoce el estado actual del síndrome de Ulises, no se busca saber el estado mental de los migrantes a través de su vida, sino solo el estado que presentan en la actualidad sin tomar en cuenta factores longitudinales. El fin de esta investigación es identificar el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador.

Método General

El método general de la investigación es el científico aplicado las ciencias sociales. En relación a este método, se basa en una serie de pasos que el investigador sigue en el proceso de producir conocimiento, mediante este, se formulan cuestiones y se resuelven problemas de la realidad del mundo y la realidad humana, se basa en la observación y en la teoría ya existente. Así mismo

este método es utilizado en el proceso de la investigación social y mediante este se obtiene nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, o bien estudiar una situación para diagnosticas necesidades y problemas a efectos de aplicar conocimientos con fines prácticos (Batthyány et al., 2010, p. 10). El método utilizado en la presente investigación permite que se produzca un nuevo conocimiento mediante la respuesta a la pregunta científica planteada sobre el estado actual del síndrome de Ulises en la población migrante venezolana, genera múltiples líneas de estudio que se podrán plantear en base a los resultados.

Método Específico

El método específico de la investigación es descriptivo y en relación a este nivel de investigación, Hyman (1995) menciona que estos estudios constituyen la descripción de algunos fenómenos y su objeto central es la medición precisa de una o más variables en una población definida o en una muestra de dicha población. Dicho en otras palabras, este tipo de investigación ayuda a analizar como es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Este método ayuda a caracterizar un fenómeno o una situación concreta indica los rasgos diferenciadores y peculiares. Así, esta investigación busca describir y medir el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico y múltiple en inmigrantes venezolanos con una muestra de 70 inmigrantes venezolanos. En este caso se seleccionó la escala de Ulises propuesta por Achotegui (2010) y adaptada por Sánchez (2015).

2.2 Técnicas e Instrumentos

Técnicas

Se utilizó una técnica para la realización de la investigación, y esta es la observación científica por medio de ficha sociodemográfica Ad Hoc, mediante la cual se pudo recolectar información. En base a la técnica mencionada, se pudo responder a la pregunta científica planteada, situación que permitirá establecer conclusiones y recomendaciones que aporten al estado del arte.

- **Observación Estructurada**

La observación estructurada permite apoyar a las investigaciones de corte cuantitativo; pues, según Niño (2011) es: "tradicionalmente aplicada en la investigación cuantitativa de corte experimental, especialmente en ciencias experimentales, se basa en un plan previo riguroso que cubre un marco conceptual y unos criterios de observación, así pues, esta es controlada y sistemática" (p.61). Por lo tanto, esta técnica es adecuada para el presente estudio, pues permitirá determinar inicialmente el estado actual del síndrome de Ulises en una muestra de inmigrantes venezolanos. La información evidenciable por medio de la de la observación estructurada se sintetizará en la ficha demográfica donde se detallan los datos relevantes de los inmigrantes venezolanos en Ecuador.

- **Entrevista Estructurada**

La entrevista psicológica estructurada es muy utilizada en investigaciones de ciencias sociales, en este estudio se orientó la entrevista para poner conocer el estado del síndrome de Ulises en las personas inmigrantes. En cuento a esta técnica Colín y otros (2009), la describe como: Conjunto de procedimientos en el que el entrevistador utiliza preguntas dirigidas a un abordaje detallado, ajustado a ciertos objetivos preestablecidos que desea conocer o para los cuales el entrevistado solicita asistencia (pp. 69-70). Cabe resaltar que, al realizarse la aplicación de los reactivos por medio de esta técnica, se garantiza el nivel de validez de los resultados puesto a que las técnicas tienen estudios previos que las respaldan.

Instrumentos

El instrumento utilizado para esta investigación fue: la Escala de Ulises propuesta por (Achotegui, 2010).

- **Ficha Ad Hoc sociodemográfica**

En relación a la ficha sociodemográfica, el cuál es un cuestionario estructurado en base a las características de la población, se recopilaron los datos generales de los participantes de la investigación, aspectos en donde se tomaron en cuenta las variables sociales generales y relacionados con la migración, que contienen información general como: el sexo, edad, país donde nació, estudios completados, tiempo de estadía en Ecuador, actividad principal a la que se dedica, situación documental en Ecuador, la religión que practican, las personas con la que viven en al momento, si es que pertenecen a alguna asociación desde que esta en Ecuador y el número y lugar de permanencia de hijos. Hay que mencionar que las preguntas del cuestionario se adecuaron a migrantes, específicamente venezolanos.

- **Escala de Ulises**

La escala tiene una función esencialmente de screening (i. e., exploración rápida) para valorar la situación psicosocial de los inmigrantes. Esta escala está basada en la valoración de los factores de riesgo en la migración a través de la vulnerabilidad y los estresores. Por tanto, se trata de detectar, en una primera evaluación, la posible existencia y, en su caso, la intensidad de los factores de riesgo del inmigrante desde la perspectiva de la salud mental (Achotegui, 2010). El objetivo es evaluar el duelo migratorio entendido como duelo múltiple en el que se consideran seis grandes áreas: familia, estrés aculturativo, fracaso, tierra, grupo de pertenecía y riesgo físico.

Este instrumento se usa en el contexto de una entrevista y en este caso se ha recogido a través de la aplicación de este cuestionario que divide en siete apartados que recogen datos sobre el nivel de estrés que padece el inmigrante en diferentes ámbitos. Cada ítem se puntúa de 0 a 3. Los apartados descritos por Sánchez (2015) son los siguientes:

• La escala de familia (rango 0-60) estima la existencia de familiares, amigos o instituciones cercanos para pedir ayuda, el haber dejado a hijos y padres ancianos o enfermos en el país de origen, la separación o el divorcio de la pareja, la posibilidad de que exista peligro para la familia en el país de origen, etc.

• La escala de estrés aculturativo (rango 0-27) valora las diferencias entre la lengua, la cultura, la tierra y la identidad étnica del país de origen y el país receptor

• La escala de fracaso (rango 0-48) recoge información sobre la situación legal y laboral, las deudas, las expectativas, la posibilidad de regreso, la existencia de enfermedades y discapacidades o las dificultades escolares de los hijos.

• La escala de supervivencia y miedo (rango 0-24) ayuda a conocer si el inmigrante tiene vivienda, padece hambre, tiene dificultades de salud no atendidas, si ha vivido situaciones de peligro para su vida durante el viaje migratorio y/o en el país de origen.

• La escala de factores epidemiológicos (rango 0-6) evalúa la importancia que tiene la edad y el sexo en el proceso migratorio.

• La escala de otras variables (rango 0-9) reúne información sobre la historia infantil, la decisión de emigrar y el registro de síntomas psicológicos percibidos por el paciente.

• La escala de vulnerabilidad (rango 0-18) indaga sobre la percepción que tiene el inmigrante de sí mismo en cuanto a sus características de personalidad (timidez, dependencia, desconfianza, etc.).

La puntuación máxima que se obtienen en la escala es de 192 puntos. Se considera estrés leve entre 0-30 puntos, moderado entre 30 y 60 puntos y extremo más de 60.

El diagnóstico de Síndrome de Ulises, se realiza en consideración a la globalidad de la información aportada por la prueba y según Achotegui (2010), con tan solo un estresor, ya se considera que el sujeto entra en la categoría de estresores extremos o estresores Ulises. Lo antes explicado se visualiza en la siguiente tabla:



Figura 2.2. *Diagnóstico del síndrome de Ulises. (Abuagilah, Síndrome de Ulises, aculturación y personalidad en una población de inmigrantes árabes, 2014)*

En el gráfico se observan los factores que están presentes en el curso de desarrollo síndrome de Ulises, donde se presentan al menos un estresor junto con los síntomas propios del síndrome.

A continuación, se presentará el análisis de la fiabilidad de la escala de Ulises (ver tabla 1.), la misma que describe la fiabilidad por escala y de manera global.

Análisis de fiabilidad de la Escala de Ulises

Tabla 2.1.
Análisis de fiabilidad de la Escala de Ulises

Factores	Ítems	Alfa
Escala de Ulises	20	,685
Escala de estrés Aculturativo	9	,459
Escala de Fracaso	16	,596
Escala de Supervivencia y Miedo	8	,781
Factores epidemiológicos	2	,016
Otras variables	3	,254
Vulnerabilidad	6	,473
Global	64	,811

Nota: 70 observaciones

En la valoración de la consistencia interna de la escala de Ulises que se realizó propiamente para esta investigación, se observa en la Escala de Familia (α= *,685*), Escala de Estrés Aculturativo (α= *,459*), Escala de Fracaso (α= *,596*), Escala de Supervivencia y Miedo (α= *,781*), Factores Epidemiológicos (α= *,016*), Otras Variables (α= *,254*) y Vulnerabilidad (α= *,473*). Es evidente que los valores arrojados por separado en cada escala tienen un valor pobre de confiabilidad, debido a la distribución de cada ítem dentro de cada escala,estos no son homogéneos. Sin embargo, el valor de fiabilidad que se arroja en la escala global (α= *,811*) es considerado como bueno e indica consistencia interna en la escala. En base a los datos obtenidos se determina que la Escala de Ulises es confiable y corrobora la homogeneidad y direccionalidad de los ítems que componen el cuestionario, puesto que la consistencia general es buena para el empleo del reactivo.

2.3. Población, Muestra y Muestreo

El estudio se realizó con inmigrantes venezolanos en Ecuador, con la selección de una muestra representativa, toma en cuenta varios aspectos mencionados a continuación.

Población

La población de interés son los ciudadanos venezolanos adultos que han ingresado al Ecuador y ya han permanecido dentro del país por un período mínimo de tres meses. Sin diferenciar el estado civil, ni el estrato socioeconómico o étnico, ni su situación laboral. Al ser una población que se categoriza en base a características sumamente específicas y, dado que no existen datos exactos acerca de la población venezolana en el Ecuador actualmente, tipificamos el número total de casos como indeterminado.

Muestra

La condición migratoria actual de la población de interés en el Ecuador no se encuentra regulada pues, existe un flujo constante de ingreso de ciudadanos venezolanos al país, algunos de ellos se encuentran en un estado de permanencia transitoria, otros no poseen papeles legalizados o están en proceso de regularizar sus documentos, entre otras circunstancias que no permiten conocer el número exacto de la población, por lo que se ha decidido que como muestra tomaremos 70 casos.

Muestreo

El tipo de muestreo a utilizar es de tipo no probabilístico por conveniencia emplea criterios de inclusión y exclusión, debido a que autores como Otzen y Manterola (2017), mencionan que este tipo de muestreo: “Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (p.30). Como criterio de inclusión tenemos que los participantes que serán tomados como casos dentro de la muestra serán: venezolanos, adultos, con una permanencia

mínima de tres meses; mientras que como criterio de exclusión se consideran: participantes no migrantes, menores de edad, migrantes no venezolanos y aquellos que han ingresado recientemente al país (menos de tres meses).

Caracterización de la muestra

Esta sección está comprendida por el análisis de las características sociodemográficas de los participantes de la muestra en la investigación, las cuales se hallan divididas en dos categorías principales. La primera corresponde al análisis de las variables sociodemográficas de los participantes a nivel personal, la segunda está conformada por las variables migratorias de las personas. La investigación comprendió un proceso de evaluación psicológico en 70 participantes

Características individuales de los participantes

En la tabla 2 se revisa las características de la muestra comparadas por género en función de variables individuales como los estudios cursados, su religión y la actividad principal de los participantes. Para estas variables de carácter nominal, los datos se presentan en función de la frecuencia (*f*) y la representación porcentual (*%*). Mientras que para la variable edad y número de hijos, de tipo discreta, la misma se representa por la media ($\dot{X}$), la desviación estándar (σ) y el contraste a través de la prueba t para muestras independientes (*t*).

Tabla 2.2.
Características Individuales de los participantes

Variables	***Masculino; n=43***		***Femenino; n=27***		***Contraste***
Categoría	***Frec***	***% de N de la fila***	***Frec***	***% de N de la fila***	***X²***
Estudios					
Ninguno	0	0,0%	2	7,4%	
Básicos	1	2,3%	0	0,0%	
Medios	28	65,1%	13	48,1%	0,154
Superiores	14	32,6%	12	44,4%	
Religión					
Católica	25	58,1%	22	81,5%	
Cristiano Evangélico	12	27,9%	1	3,7%	
Otro	4	9,3%	3	11,1%	0,118
Agnóstico	1	2,3%	1	3,7%	
Ateo	1	2,3%	0	0,0%	
Actividad Principal					
QHD	1	2,3%	3	11,1%	0,281
Sin trabajo	1	2,3%	1	3,7%	
Trabaja	41	95,3%	23	85,2%	
	M	**Ds**	**M**	**Ds**	**T**
Edad	30,21	9,033	31,85	10,257	-0,703
Número de Hijos	1,42	1,22	1,41	1,309	0,036

Nota: 70 participantes

La muestra se encuentra divida en 43 participantes se sexo masculino y 27 se sexo femenino, la primera característica sociodemográfica a analizar corresponde al nivel de estudios que los participantes poseían, obteniendo dentro del grupo de población masculina un *65,1%* posee formación académica de grado medio, seguido por un *32,6%* que posee estudios superiores y un *2,3%* que ha recibido formación básica. En cuento a la población femenina, un *48,1%* señaló poseer formación académica media, mientras que un *44,4%* formación superior y *7,4%* señala no haber recibido formación académica. Se observa que en esta variable no se identificaron diferencias significativas entre los grupos $X^2=0,154;\ p > .05$, por lo que existe una distribución similar entre ellos.

La siguiente variable que se analiza es la religión que dicen practicar los participantes del estudio, en el grupo masculino, predomina la identificación religiosa católica con un porcentaje de *58,1%*, después un *27,9%* que corresponde a los cristianos evangélicos y un *9,3%* que señala la opción "otro", que indica que no se identificaban con ninguna de las religiones propuestas, un *2,3%* se reconoce como agnóstico y otro *2,3%* se identifica como ateo. En cuanto al grupo

femenino, se encontró que un *81,5%* se identifican como católicas, mientras que un *11,1%* se identifican con otras religiones que no se mencionaron, y un *3,7%* se consideran como agnósticas y el porcentaje restante de *3,7%* se identifica como cristiano evangélico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $X^2=0,118;\ p > .05$, por lo que se concluye que existe distribución similar entre ambos grupos.

El análisis de la actividad principal de los participantes, en el grupo masculino se evidencia un *95,3%* que trabaja actualmente, un *2,3%* que se dedica a los quehaceres domésticos y el *2,3%* restante no tiene trabajo. En cuento al sexo femenino un *85,2%* se dedica a trabajar, un 11% se dedica a los quehaceres domésticos y el *3,7%* no posee trabajo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $X^2=0,281;\ p > 0.5$, por lo que se concluye que existe distribución similar entre ambos grupos. En la variable edad, existe en la población masculina una media de *30,21* con una desviación estándar de *9,033*. En la población femenina la media es de *31,85* y *10,257* como desviación estándar. En esta variable se no encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos $X^2=-0,703;\ p > .05$, por lo que se concluye que existe distribución similar en la población.

En la variable de número de hijos, la población masculina muestra una media de *1,42* con una desviación estándar de *1,22* y por otro lado la población femenina posee una media de *1,41* con una desviación estándar de *1,309*. En esta variable se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos $X^2=0,036;\ p > .05$, por lo que se concluye que no existe distribución similar en la población.

Características migratorias de los participantes

Un segundo segmento de análisis a continuación, tienen relación con las características migratorias de los participantes (ver tabla 3 y 4), en el que se revisó aspectos como en que trabajan, si es que tienen contrato, personas con las que viven y lugar de permanencia de los hijos. De la misma manera que en la revisión anterior, la representación de los resultados se muestra, por medio de la frecuencia (*f*) y la representación porcentual (%), y al tratarse de variables nominales, el contraste se lo realiza por medio de la prueba Chi cuadrado de Pearson

(χ^2) a fin de evidenciar diferencias ($p< ,05$) en la distribución de los grupos. Mientras que, para la variable de tiempo de permanencia, de tipo discreta, la misma se representa por la media (*M*), la desviación estándar (*DE*) y el contraste a través de la prueba t para muestras independientes (*t*).

Tabla 2.3.
Características migratorias de los participantes

Variables	***Masculino; n=43***		***Femenino; n=27***		***Contraste***
Categoría	***Frec***	***% de N de la fila***	***Frec***	***% de N de la fila***	***X²***
Actividad Laboral					
Desempleado	2	4,7%	4	14,8%	
Restaurante	6	14,0%	5	18,5%	
Servicio Técnico	2	2,3%	0	0,0%	
Trabajo en Universidad	0	0,0%	1	3,7%	
Festejos-Eventos	2	4,7%	0	0,0%	
Mecánico	2	4,6%	0	0,0%	
No menciona	2	4,7%	2	7,4%	
Encargado	1	2,3%	0	0,0%	
Atención al cliente	1	2,3%	0	0,0%	
Ayudante	1	2,3%	1	3,7%	
Barbero	6	14,0%	0	0,0%	
Controlador de Buses	2	4,7%	0	0,0%	
Cargador	1	2,3%	0	0,0%	
Chofer	1	2,3%	0	0,0%	0,247
Construcción	1	2,3%	0	0,0%	
Docente	0	0,0%	1	3,7%	
Encargada de almacén	1	2,3%	1	3,7%	
Estilista	1	2,3%	1	3,7%	
Estimador	1	2,3%	0	0,0%	
Ayudante en Fábrica	1	2,3%	1	3,7%	
Cuidador de carros	1	2,3%	0	0,0%	
Negocio Propio	0	0,0%	1	3,7%	
Panadero	2	4,7%	0	0,0%	
Vendedor informal	6	14,0%	3	11,1%	
Servicio técnico	2	4,7%	0	0,0%	
Vendedor de variedades	3	7,0%	7	25,9%	

Nota: 70 observaciones

El inicio del análisis de las variables migratorias, se empieza por la ocupación o trabajo de los participantes, en el grupo masculino un *14%* se dedica a trabajar como vendedor informal de la ciudad, mientras que otro *14%* se dedica a trabajar como barbero, y un *7%* se dedica a trabajar como barbero. Después un *4,7%* corresponde a los que trabajan como panaderos y otro *4,7%* son mecánicos frente a otro *4,7%* que se dedican a trabajar en festejos-eventos, otro *4,7%* trabajan como cocineros y así mismo un *4,7%* trabaja en buses y los que trabajan en servicio técnico. También los no trabajan en nada representan un *4,7%* y los que no mencionan en que

trabajan también son el *4,7%.* Siguiendo con el análisis se evidencia un porcentaje de *2,3%* para los que trabajan en: atención al cliente, fábricas, cuidador de carros, construcción, ayudante, estimador, chofer, estilista y encargado de almacén. Y con un porcentaje del 14% se encuentran los inmigrantes que trabajan en un restaurante.

En cuanto a las participantes de sexo femenino, según su trabajo u ocupación se dividen de la siguiente manera: 25,9% se dedican a ser vendedoras, 14% no tiene trabajo y el 11% se dedica a trabajar en semáforos de la ciudad. Con un igual de porcentaje, 7,4% se encuentran los siguientes trabajos: fábricas, universidad, negocio propio. Presenta un porcentaje de 3,7% están los trabajos de: docente, ayudante, estilista y encargada de almacén. Y con un porcentaje del 18,5% se encuentran los inmigrantes que trabajan en un restaurante. A partir de estos datos no se encontraron diferencias significativas entre los grupos X^2=0,247; p > .05, por lo que se concluye que existe distribución similar entre los grupos.

Tabla 2.4.
Características migratorias de los participantes (Cont.)

Variables	***Masculino; n=43***		***Femenino; n=27***		***Contraste***
Categoría	***Frec***	***% de N de la fila***	***Frec***	***% de N de la fila***	***X²***
Contrato					
Si	8	18,6%	9	33,3%	
No	35	81,4%	18	66,7%	0,162
Con quien viven					
Solo	9	20,9%	0	0,0%	
Familia y Amigos	1	2,3%	2	7,4%	
Padres	2	4,7%	2	7,4%	
Pareja	6	14,0%	4	14,8%	
Hijos	0	0,0%	3	11,1%	0,030
Amigos	5	11,6%	0	0,0%	
Familia Extendida	14	32,6%	10	37,0%	
Familia Nuclear	6	14,0%	6	22,2%	
Lugar de Permanencia de los Hijos					
No hijos	14	32,6%	9	32,6%	
País de origen	14	32,6%	3	11,1%	
País de acogida	11	25,6%	12	44,4%	0,172
Tienen hijos en ambos países	4	9,3%	3	11,1%	
	M	**Ds**	**M**	**Ds**	**T**
Tiempo de Permanencia	13,9	10,327	13,8	12,366	0,059

Nota: 70 observaciones

Junto a la variable de trabajo se analiza la variable de contrato, donde en población masculina se encontró que un *18,6%* posee contrato en el lugar en el que labora y el porcentaje de los que trabajan sin contrato es el *81,4%.* En el sexo femenino el *33,3%* posee un contrato formal,

mientras que un *66,7%* no tiene contrato. Mediante el análisis se no se encuentra diferencias significativas entre los grupos $X^2=0,162; p > .05$, por lo que se concluye que existe distribución similar entre los mismos.

En la variable que corresponde a las personas con las que vive el migrante, en el grupo masculino un *32,6%* vive con la familia extendida, otro *20,9%* vive solo y con el porcentaje de *14%* cada uno, están los que viven con su pareja y su familia nuclear. El *11,6%* comparte vivienda con sus amigos, un *4,7%* vive con sus padres y un *2,3%* habita junto con su familia y amigos. En la población femenina el *37%* vive con su familia extendida, el *22,2%* con la familia nuclear y un *14,8%* vive con su pareja y un *11,1%* vive con sus hijos. Por último, el *7,4%* vive con sus padres y otro *7,4%* con su familia y amigos. A partir de los datos se identificó diferencias significativas $X^2=0,030; p > .05$, por lo que se concluye que existe diferencias entre sexos: hombres y mujeres con respecto a las personas con quién viven en el país.

En la variable de lugar de pertenencia de los hijos, el *32,6%* del grupo masculino no tiene hijos, y las mujeres con un porcentaje de *33,3%* menciona no tener hijos. Los participantes que tienen hijos, en el sexo masculino el *32,6%* tiene a sus hijos en el país de origen, el *25,6%* tiene a sus hijos en el país de acogida y el *9,3%* tiene hijos radicados en ambos países, tanto el de acogida como el de origen. En cuanto a la población de sexo femenino el *11,1%* tiene a sus hijos en el país de origen y el *44,4%* tiene a sus hijos radicados en el país de acogida y por último el *11,1%* tiene a hijos en radicados en ambos países tanto el de acogida como el de origen. A partir de los datos no se identificó diferencias significativas $X^2=0,172; p > .05$, por lo que se concluye que existe distribución similar entre los mismos.

La variable de tiempo de permanencia, en el grupo masculino presenta una media de *13,98* con una desviación estándar de *10,327* y en cuento al grupo femenino se refleja una media de *13,81* y desviación estándar de *12,366.* A partir de los datos no se identificó diferencias significativas $X^2=0,59; p > .05$, por lo que se concluye que existe distribución similar entre los mismos.

2.4. Procedimiento

Para la realización de la investigación se procedió a recolectar bibliográficamente toda la información relacionada con el tema de estudio, para posteriormente a ello realizar un análisis exhaustivo sobre dicha información. Posteriormente, se procedió a seleccionar los instrumentos psicométricos para la investigación de la variable de estudio, identifica su nivel de validez y confiabilidad. La investigación conto con la participación de 70 migrantes venezolanos, durante el periodo Enero- abril 2019 en Ecuador.

La recolección de la información se realizó de manera individual a cada migrante, considera un tiempo estimado de 20 minutos por aplicación. La aplicación del reactivo se realizó en los meses de enero a abril 2019. Los migrantes respondieron a la información de manera manual y en ciertos casos se necesitó que sean asistidos para esclarecer ciertas dudas. Se les aplicó los cuestionarios en el siguiente orden: la carta de consentimiento informado; la ficha sociodemográfica y el cuestionario de la escala de Ulises.

Posteriormente a la recolección de información, se procedió a tabular e interpretar los datos obtenidos a través del Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 21, el cual es un software estadístico cuya función es analizar datos y realizar ilustraciones gráficas de las interpretaciones estadísticas. Tras contar con toda la información de la ficha sociodemográfica y reactivo aplicado en el SPSS, se procedió a realizar un análisis con estadísticos descriptivos.

De esta forma se ha llegado a la formación de nuevos conocimientos con respecto a el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico y múltiple en el migrante venezolano. Esta investigación ayudará a describir y profundizar la comprensión del fenómeno en cuestión; además, la información proporcionada por esta investigación, podrá ser utilizada para generar programas de intervención que favorezcan a la salud mental en los inmigrantes a futuro.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis Descriptivo

A continuación, se realizará un análisis descriptivo de los datos recolectados por medio de la Escala de Ulises, que valora el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico y múltiple del migrante.

Análisis de la Escala de Ulises

Los resultados de la variable de Síndrome de Ulises están distribuidos en los siguientes factores: escala de familia, escala de estrés aculturativo, escala de fracaso, escala de supervivencia y miedo, factores epidemiológicos, otras variables y vulnerabilidad. La variable cuantitativa, se expresa en medidas de distribución: media ($\dot{X}$), desviación estándar (σ), curtosis y asimetría.

A continuación, se muestra una tabla donde se describe el síndrome de Ulises por cada escala a analizar:

Tabla 3.5.
Análisis Descriptivo del Síndrome de Ulises

Factores	Media	Desviación Estándar	Curtosis	Asimetría
Escala de Familia	20,08	9,69	7,91	1,87
Escala de estrés aculturativo	6,78	3,43	3,63	1,25
Escala de fracaso	7,51	5,16	1,87	0,99
Escala de supervivencia y miedo	3,28	3,81	2,16	1,55
Factores epidemiológicos	0,82	1,00	0,63	1,14
Otras variables	2,07	1,89	-0,31	0,62
Vulnerabilidad	2,65	2,57	0,29	0,87
Total	43,22	17,85	2,08	1,08

Nota: 70 observaciones

La tabla corresponde al síndrome de Ulises, valorado tras la aplicación de la escala de Ulises que está conformado por 7 factores mencionados anteriormente. En la *Escala de Familia* se encontró que la media de la muestra es de *20,08* desviación estándar de *9,69* curtosis de *7,91* y una asimetría de *1,87*. Con respecto a la *Escala de Estrés Aculturativo* se encontró que la media de la muestra corresponde a *6,78* desviación estándar de *3,43* curtosis de *3,63* y una asimetría

de *1,25*. En relación al tercer factor correspondiente a la *Escala de Fracaso* tiene una media de *7,51* una desviación estándar de *5,16* con una curtosis de *1,87* y asimetría de *0,99*. Respecto a la *Escala de Supervivencia y Miedo*, esta tiene una media de *3,28* una desviación estándar de *3,81* curtosis de *2,16* y asimetría de *1,55*.

Con respecto a los *Factores Epidemiológicos,* se encontró una media de *0,82*, una desviación estándar de *1,00* además de curtosis de *0,63* y asimetría de *0,62*. En el factor de *Otras Variables* se encontró una media de *2,07* una desviación estándar de *1,89* con curtosis de *-0,31* y asimetría de 0,*62*. En el Factor de *Vulnerabilidad* se encontró una media de 2,65 deviación estándar de *2,57* la curtosis es de *0,29* y asimetría de *0,87*. Por último, como *Evaluación Total* se tiene en la media *43,22* deviación estándar de *17,85* una curtosis de *2,08* y asimetría de *1,08*.

Así mismo, en las figuras siguientes se encuentra histogramas por cada escala que conforma el Síndrome de Ulises, donde se encuentra la distribución de los datos obtenidos por medio de la Escala de Ulises. Se analiza la asimetría (la cual es positiva cuando la distribución se encuentra concentrada hacia la izquierda, o negativa cuando la distribución se encuentra concentrada hacia la derecha). También se analiza la curtosis, aquí si lo datos están concentrados hacia la media se la categorizará como leptocúrtica (curtosis mayor a 0), si es que los datos están muy dispersos se la categorizará como platicúrtica (curtosis menor a 0) y cuando la curtosis sea igual a 0 se la categorizará como mesocúrtica (Gutiérrez, 2015).

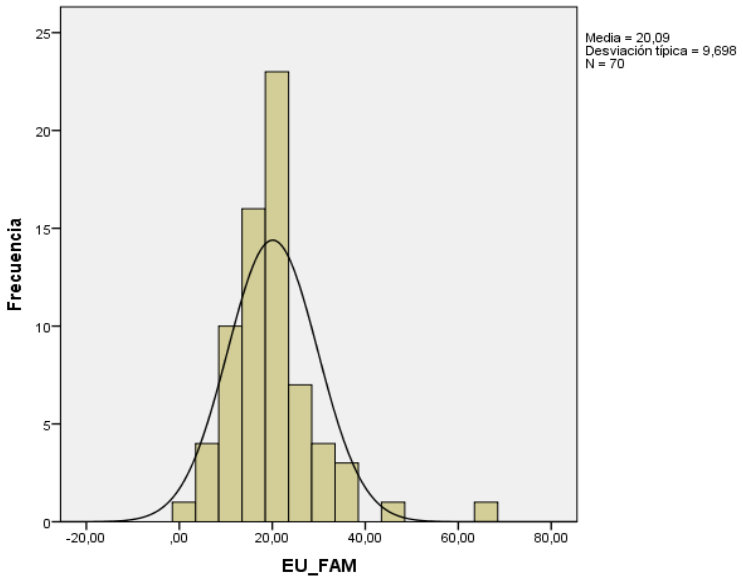


Figura 3.3. ***Histograma Escala de Familia***

Como se aprecia en la figura (ver figura 3), hay asimetría positiva *1,87* y leptocurtosis *7,91* es decir que valores están distribuidos a la izquierda y leptocurtosis , los valores están concentrados hacia la media y son mayores a 0 (ver figura 3).

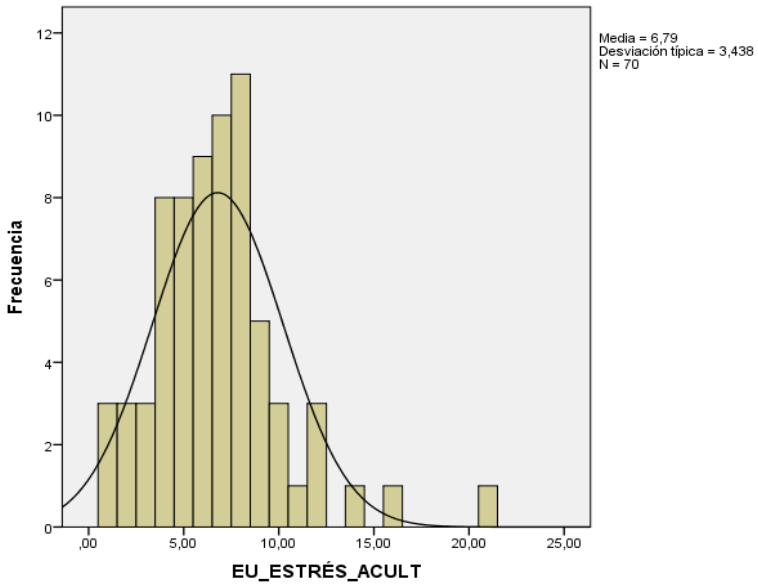


Figura 3.4. ***Escala de Estrés Aculturativo***

Como se aprecia en la figura (ver figura 4), en cuanto a la Escala de estrés aculturativo, hay asimetría positiva de *1,25* y leptocurtosis de *3,63*. Es decir que valores están distribuidos a la izquierda y leptocurtosis , los valores están concentrados hacia la media y son mayores a 0.

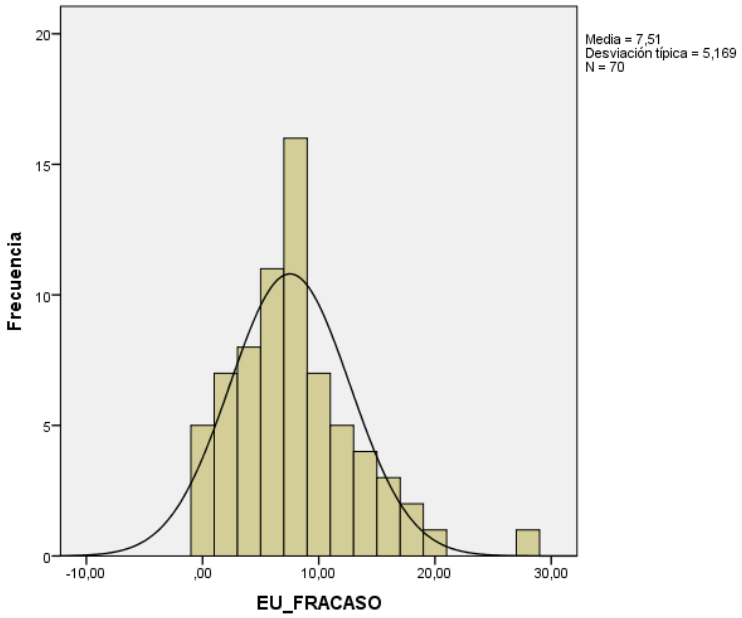


Figura 3.5. ***Histograma Escala de Fracaso***

Como se aprecia en la figura (ver figura 5), en la Escala de Fracaso, se evidencia una leptocurtosis de *1,87* y asimetría positiva de *0,99*. Siendo así que los valores están distribuidos a la izquierda y leptocurtosis , los valores están concentrados hacia la media y son mayores a 0.

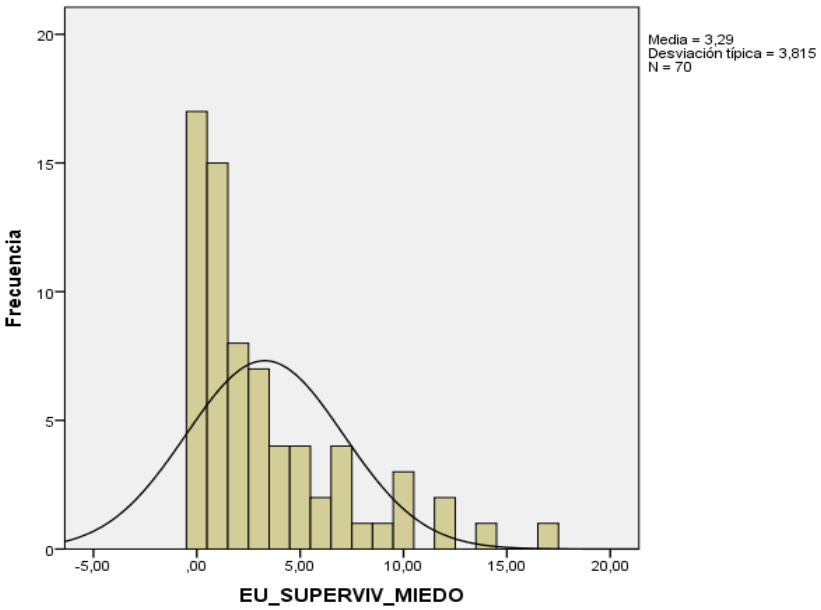


Figura 3.6. ***Histograma Escala de Supervivencia y Miedo***

En la figura (ver figura 6), se aprecia que la Escala de Supervivencia y Miedo, se encuentra una leptocurtosis de *2,16* y asimetría positiva de *1,55*. Los valores están distribuidos a la izquierda y leptocurtosis , los valores están concentrados hacia la media y son mayores a 0.

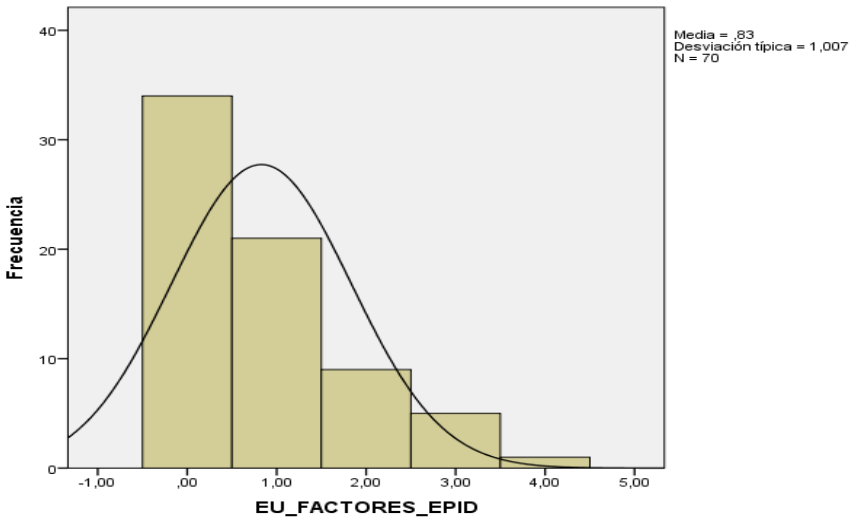


Figura 3.7. ***Histograma Escala de Supervivencia y Miedo***

En la escala de Factores Epidemiológicos se aprecia en la figura (ver figura 7), que la leptocurtosis es de *0,63* y asimetría positiva de *0,62*. Los valores están distribuidos a la izquierda y leptocurtosis , los valores están concentrados hacia la media y son mayores a 0.

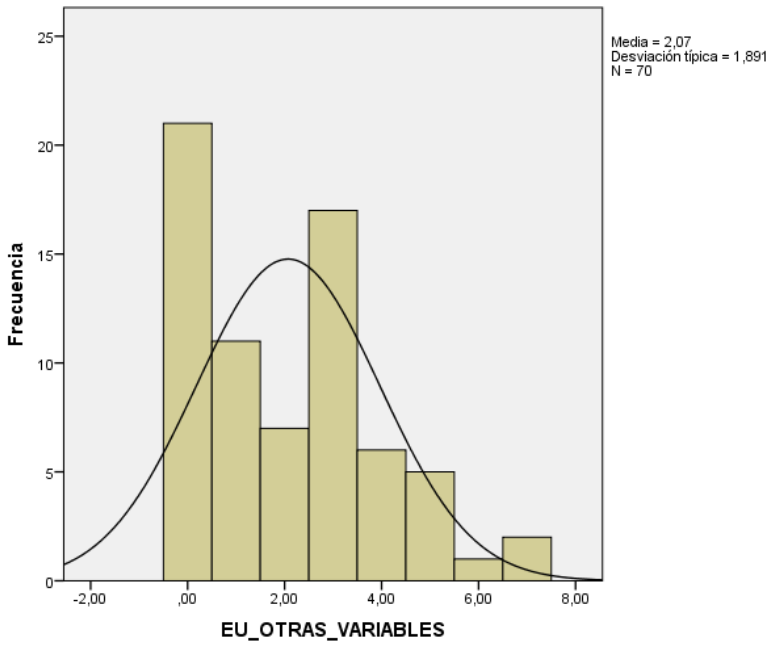


Figura 3.8. ***Histograma Otras Variables***

Como se aprecia en la figura (ver figura 8), en la escala de Otras Variables se encontró una platocurtosis de *-0,31* y asimetría positiva de *0,62*. Los valores están distribuidos a la izquierda y platocurtosis , los valores están dispersos en relación a la media, además que el valor es menor a 0.

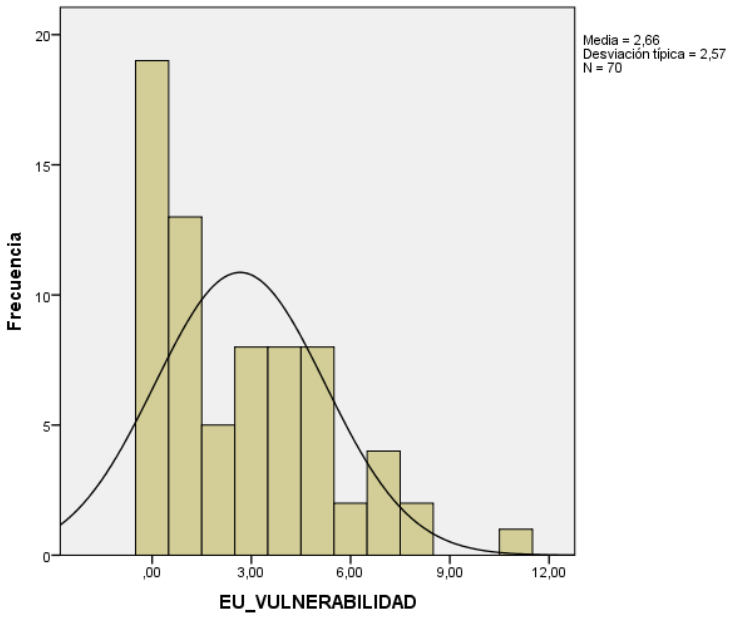


Figura 3.9. ***Histograma Escala de Vulnerabilidad***

En la escala de Vulnerabilidad, como se aprecia en la figura (ver figura 9), se encontró leptocurtosis de 0,29 y asimetría positiva de 0,87. Los valores están distribuidos a la izquierda y leptocurtosis , los valores están concentrados hacia la media y son mayores a 0.

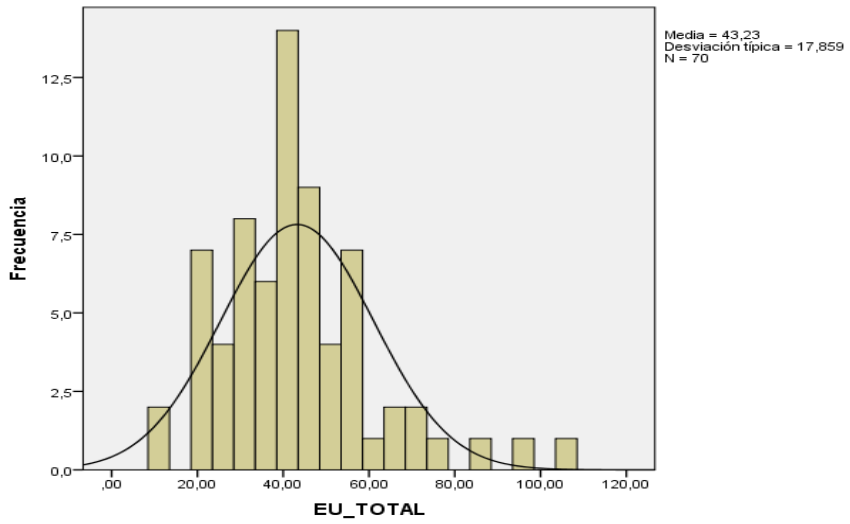


Figura 3.10. ***Histograma Evaluación Total***

Por último, como Evaluación Total se aprecia en la figura (ver figura 10), una leptocurtosis de *2,08* y asimetría positiva de *1,08*. Los valores están distribuidos a la izquierda y leptocurtosis , los valores están concentrados hacia la media y son mayores a 0.

Análisis de los Puntos de Corte

A continuación, se presentará una figura en donde se aprecia los puntos de corte de la escala de Ulises, junto con las medias obtenidas en el estudio realizado.

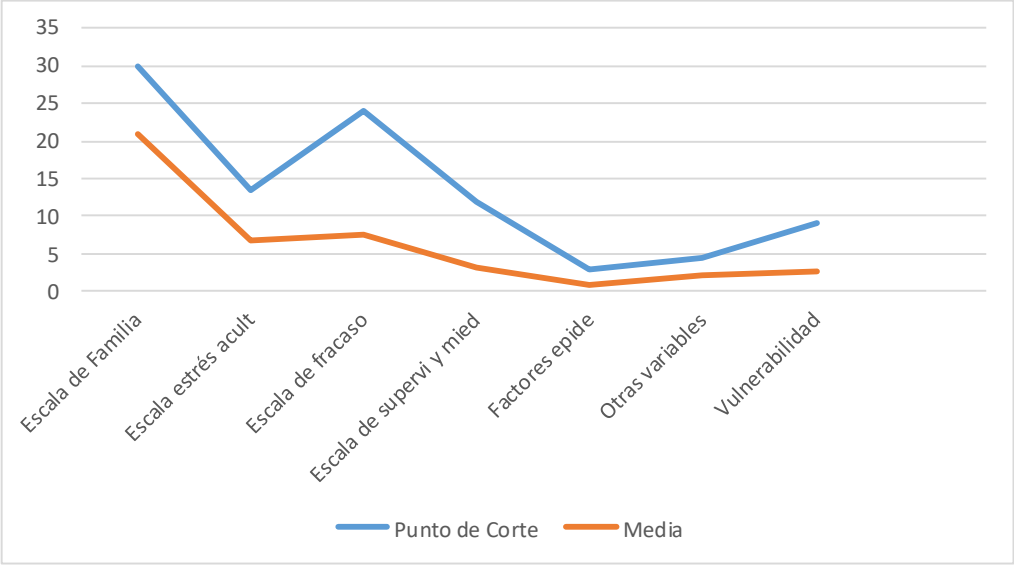


Figura 3.11. *Puntos de Corte Escala de Ulises por Escalas*

En la figura presentada (ver figura 11), se evidencia que la mayoría de los inmigrantes se encuentran por debajo del punto de corte, lo cual revelaría que dentro de los participantes no hay una sintomatología marcada del síndrome de Ulises. Sin embargo, se observa que la media de la escala de familia (*20,8*) es la más cercana al punto de corte (*30,00*). Esto se debe a que la variable de la familia es especialmente significativa, la falta de apoyo social de tipo familiar caracteriza a la mayoría de participantes con síndrome de Ulises (Abuagilah, 2014). Estos datos obtenidos corroboran resultados de investigaciones previas como las de Sánchez (2014) y Moya y otros (1991), donde al aplicar la Escala de Ulises evidenciaron que los inmigrantes evaluados demostraban un alto nivel de estrés, sobre todo en lo que concierne a la escala de familia, debido

a que sienten que la separación con sus familias va a ser por un gran tiempo, además que los participantes mencionaban sentirse afectadas por sentirse lejos de su tierra y su familia, por lo que se concluye que por la general el duelo más difícil de afrontar para el migrante es el duelo por la familia.

Así mismo, la media de factores epidemiológicos *(0, 82)* se encuentra cercana al punto de corte *(3,00)* esto se debe a que la incidencia de la sintomatología del síndrome de Ulises es mayor o menor según los factores de riesgo (Ramos & García, 2007), y en este caso pese a que este valor no estuvo sobre la media, se mantuvo alto debido a la presencia de ciertos estresores y duelos que potencializaron este valor.

Seguido, se presentará una figura en donde se podrá apreciar el punto de corte de la escala de Ulises junto con la media total del estudio realizado.

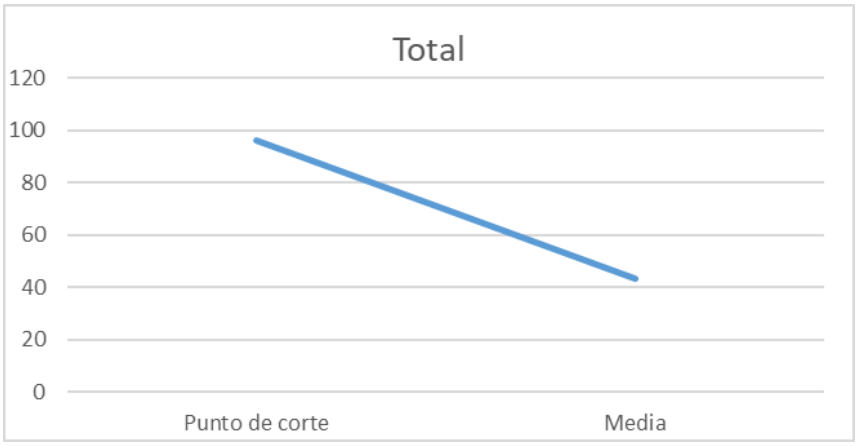


Figura 3.12. *Puntos de Corte Escala de Ulises Total*

La media total del estudio es de *(43,22)*, mientras que el punto de corte total es de *(96,00)* se evidencia en la figura que, de acuerdo a los valores arrojados, el total de los inmigrantes que fueron entrevistados se encuentran por debajo del punto de corte.

A continuación, se realizará un análisis categórico de la Escala de Ulises, que valora el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico y múltiple. Esta se divide en leve (0-30) puntos, moderado (30-60) puntos y extremo (más de 60) puntos.

Niveles

Tabla 3.6.
Niveles del Síndrome de Ulises

Categorías	Frecuencia	%
Leve	15	21,4%
Moderado	47	67,1%
Extremo	8	11,4%
Total	70	100%

Nota: 70 observaciones

Se observar en la tabla (ver tabla 6) que existe una frecuencia de 15 personas que corresponde al *21,4%* que presenta de manera leve el síndrome de Ulises *(S.U)*, mientras que con una frecuencia de 47 personas que corresponde a un *67,1%* presentan de manera moderada el *(S.U)* y una frecuencia de 8 personas que corresponde *al 11,4%* presenta un síndrome de Ulises extremo. Pese a que la mayoría de los inmigrantes se encuentran con estrés crónico y múltiple moderado, se evidencia que el *11,4%* tiene síndrome de Ulises, es decir estrés crónico que, pese a no ser una cifra representativa dentro de la muestra, evidencia que en algunos de los evaluados se ha agrupado la sintomatología por lo que este problema de salud mental en nuestro país está presente en algunos de los inmigrantes venezolanos.

Es importante mencionar que la mayoría de la población se mantuvo con sintomatología del síndrome moderada, es decir no llegan a padecer el síndrome en sí, esto debido a factores de protección que posee la muestra evaluada y que la ayudaron a mantenerse y desarrollar capacidades de autonomía. Estos factores son: características particulares, mismo idioma, costumbres semejantes, la cultura, mantener una relación positiva con su antiguo país y con su cultura e idiomas maternos sin tener que rechazarlos para tener que ser aceptados, entre otros (Grimberg & Grimberg, 1996).

Análisis Comparativo

Se utilizó la prueba U de Mann Whitney, prueba paramétrica que utiliza rangos en lugar de medias en las comparaciones.

Síndrome de Ulises Según el Sexo

A continuación, se presentan los rangos alcanzados por el grupo de hombres, mujeres, en relación a la variable Categórica, donde se presenta el nivel de Síndrome de Ulises (Leve, moderado, extremo); así un mayor rango promedio indica valores mayores en los resultados de ese grupo, para luego, analizar su probabilidad asociada.

Tabla 3.7.
Análisis Comparativo Síndrome de Ulises

Escala de Ulises	*Rango Promedio*		*Suma de Rangos*		*U de Mann-Whitney*	*Z*	*Sig. Asintó(bi)*
	Hombre	*Mujer*	*Hombre*	*Mujer*			
Síndrome de Ulises	38,35	30,96	1649,00	836,00	458,000	-1,784	0,074

Nota: 70 observaciones.

El grupo de hombres ha obtenido un mayor rango para la dimensión del Síndrome de Ulises *38,35* que el de mujeres *30,96* mientras que en la suma de rangos se enuentra la cifra de *1649,00* en hombres y *836,00* en mujeres. En cuanto a $p = 0,074$, por lo que se concluye que las diferencias observadas no resultan estadísticamente significativas $p < 0,05$. Por lo que se concluye que la distribución el síndrome de Ulises es normal y no se encuentran diferencias significativas según los resultados arrojados en la variable de sexo. Pese a que no se encontraron diferencias significativas, se evidencia que el síndrome se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, lo cual es resultado de la muestra seleccionada, la mayoría fue de sexo masculino (*61,42%)* y también, a que por lo general la mayoría de inmigrantes tienden a ser hombres jóvenes puesto a los diversos riesgos que pasan para poder cumplir con su papel proveedor y deja a la mujer la doble responsabilidad de manejo del hogar y trabajo para mantener la familia (Salgado de Snyder, 2002).

Síndrome de Ulises Según el Contrato Laboral

A continuación, se realizará un análisis comparativo, donde se presenta el nivel de Síndrome de Ulises (Leve, moderado, extremo). Así, un mayor rango promedio indica valores mayores en los resultados de ese grupo, para luego, analizar su probabilidad asociada.

Tabla 3.8.
Análisis Comparativo Síndrome de Ulises

Escala de Ulises	*Rango Promedio*		*Suma de Rangos*		*U de Mann-Whitney*	*Z*	*Sig. Asintó(bi)*
	Contrato Si	*Contrato No*	*Contrato Si*	*Contrato No*			
Síndrome de Ulises	29,88	37,30	508,00	1977,00	355,000	-1,579	0,114

Nota: 70 observaciones.

El grupo de inmigrantes sin contrato en su trabajo ha obtenido un mayor rango para la dimensión del Síndrome de Ulises *37,30* que el de los que sí tienen contrato *29,88* mientras que en la suma de rangos se encuentra la cifra de *508,00* en los que tienen contrato y *1977,00* para los que no tienen contrato. En cuanto al resultado de significancia $p = 0,114$, por lo que se concluye que las diferencias observadas no resultan estadísticamente significativas $p < 0,05$. Se concluye que la distribución el síndrome de Ulises es normal y no se encuentran diferencias significativas según los resultados arrojados en la relación de la variable de contrato. Esta cifra se debe a la realidad del Ecuador en cuanto a la situación laboral de inmigrantes, puesto a que según el ministerio de trabajo los ciudadanos extranjeros que vayan a presentar servicios en el sector privado y tengan la condición de residente permanente o temporal que la ley de movilidad humana les faculte, podrán realizar actividades laborales, de tal manera que no requieren autorización laboral, además que se enfatiza que a ningún ser humano se le considerará como ilegal por su situación migratoria (Sistema Nacional de Información, 2014). Puesto a lo antes señalado se indica que, dadas las leyes del Ecuador, la situación de contrato no se considera como un factor de estrés extremo,los inmigrantes no necesitan un contrato para laborar además que, las leyes los protegen para realizar actividades laborales de una manera libre en el ámbito privado, ya en el sector público es diferente, pero en la muestra seleccionada la mayoría trabaja en el sector privado o por cuenta propia.

Finalmente, se diría que el estado actual del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos se encuentra en su mayoría en moderado , en la Escala de Ulises la media total es de *40, 12* valor que se encuentra dentro del rango (30-60) para catalogarlo así. De este modo, se menciona que el estado actual no es riesgoso en los inmigrantes venezolanos evaluados, pese a esto se indicaría que sí existe un pequeño porcentaje de la muestra que presentó sintomatología extrema de síndrome de Ulises, es decir el síndrome está presente en la muestra, pero no se ha desarrollado por completo en todos los individuos.

CONCLUSIONES:

A partir del proyecto de investigación realizado y con la obtención de datos y análisis de resultados, se concluye que:

- La fundamentación de los aspectos teóricos del síndrome de Ulises en inmigrantes, permitió determinar qué tanto, la migración como la inmigración son fenómenos mayormente sociodemográficos que suceden alrededor del mundo y que han sucedido a través de la historia de la humanidad. El síndrome de Ulises es adquirido por el inmigrante cuando las condiciones son tan difíciles que no hay posibilidades de elaboración del duelo y las persona entran en una situación de crisis permanente (duelo extremo) además, en el síndrome de Ulises se considera siete duelos que afectan de manera directa y estos son: la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos.
- Al evaluar el estado actual del síndrome de Ulises, se dio como resultado de la aplicación de la Escala de Ulises que la media general evidencia que los estados actuales de las escalas se mantuvieron por debajo del punto de corte así, en la escala de familia el punto de corte es de 30 y la media fue de 20,8, se nota que los dos puntos están distantes, sin embargo, es la escala que más se acerca al punto de corte. En la escala de estrés aculturativo se ve que el punto de corte de corte es de 13,5 y la media es de 6,78 en la escala de fracaso el punto de corte es de 24 y la media de 7,51 en la escala de supervivencia y miedo el punto de corte es de 12 y la media es de 3,28. En los factores epidemiológicos el punto de corte es de 3 y la media es de 0,82 en la escala de otras variables se ve que el punto de corte es de 4,5 mientras que la media es de 2,07 en la escala de vulnerabilidad el punto de corte es de 9 y la media es de 2,65 y por último en la escala total el punto de corte es de 96 y la media de 43,22. En conclusión se nota que todas las escalas estuvieron por debajo del punto de corte, por lo que se infiere que en toda la muestra el estado actual del síndrome en los inmigrante no presenta la suficiente sintomatología para que se constituya el síndrome en sí.
- Mediante la aplicación de la Escala de Ulises, se evidencia que las medias obtenidas en cada una de las escalas presentan asimetría negativa lo cual quiere decir que, la mayoría

de los resultados están agrupados hacia la izquierda lo que revela que las cifras son bajas y que la mayoría de los participantes puntuaron de manera similar. En canto a la curtosis, casi todos los valores se encuentran agrupados hacia la media, es decir, presentan leptocurtosis a excepción de la escala de otras variables donde los valores se encuentran dispersos en relación a la media y su valor es menor a 0, por lo que se presentó platocurtosis.

- En el análisis de los niveles del Síndrome de Ulises, la mayoría del porcentaje de la población *(67,1%)* presenta Síndrome de Ulises nivel moderado, seguido se encuentran el porcentaje de las personas que puntúan Síndrome de Ulises leve *(21,4%)* y el porcentaje menor es de las personas con Síndrome de Ulises extremo (*11,4%).* Pese a que la media general se encuentra por debajo del punto de corte, es importante recalcar que existe un pequeño porcentaje de la población que sí presenta Síndrome de Ulises, lo cual es relevante, revela que si existen personas en las que está presente el síndrome.

- La realización del estudio de la incidencia de riesgo de desarrollar el síndrome de Ulises en una muestra de inmigrantes mediante la aplicación de la Escala de Ulises, se observa que el grupo de entrevistados se encuentran por debajo del punto de corte como resultado, se indica que no existe un nivel de riesgo, aunque, la escala de familia y factores epidemiológicos fueron las que más de acercaron al punto de corte, esto debido a que se corroboró que los inmigrantes por lo general son más afectados en estas áreas pues generan estrés y duelo más difícil de elaborar, temas que se contemplan en informe de los resultados encontrados.

RECOMENDACIONES

Con el fin de aportar a futuras investigaciones, se propone las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda informar los resultados de las investigaciones al ministerio de interior del Ecuador el cual está a cargo del servicio de apoyo migratorio debido a que, según los datos obtenidos, se podrán reconocer fortalezas y debilidades para a futuro realizar planes de intervención en inmigrantes venezolanos.
- El Síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención será fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, por lo que se recomienda proponer al ministerio del interior y al de salud, promover la salud mental en inmigrantes venezolanos y trabajar con la población que padece del Síndrome de Ulises.
- Se sugiere psicoeducación a la población ecuatoriana, puesto a que se ha comprobado que ciertas actitudes de esta población es un factor de riesgo para que se desarrolle el Síndrome de Ulises en el inmigrante venezolano.
- Al ejecutar futuras investigaciones sobre la problemática planteada, se recomienda ampliar el estudio, los realiza con muestras de grupos más grandes o se recolecta la información en períodos de tiempo más extensos, con el fin de enriquecer los resultados de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Achotegui, J; et al. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental, 15* (57), 13-23.

Achotegui, J., & López, A., & Morales. & Espeso, D., & Achotegui, D. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPIR in Barcelona. *Norte de Salud Mental, 52*(8), 70-78.

Achotegui, J; et al. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de Salud Mental, 8* (37), 23-30.

Achotegui, J. (2009). Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Gaceta médica de Bilbao*: Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, 106* (4), 122-133.

Achotegui, J. (2009). *Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy*. Girona: Editorial el mundo de la mente.

Achotegui., J. (2009*). Cómo evaluar el estrés y duelo migratorio. Escala de evaluación de factores de riesgo en salud mental (Escala de Ulises).* Girona: Editorial el mundo de la mente.

Achotegui, J. (2002): Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales. Barcelona: Editorial Jano.

Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural.* Barcelona: Editorial Jano.

Achotegui, J. (2000): *Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial, medicina y cultura.* Barcelona: Editorial Jano.

Abuagilah, E. (2014). *Síndrome de Ulises, aculturación y personalidad en una población de inmigrantes árabes.* (Disertación Doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona.

Aguilar, M. (2014). Discriminaciones múltiples de los migrantes en perspectiva de derechos. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales,* (17), 39-54.

Álvarez, G & Delgado, J. (2015). Diseño de estudios epidemiológicos. I. El estudio transversal: tomando una fotografía. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son 32*(1), 26-34.

Araujo, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes*? Novedades en Población,* (210), 89-96.

Barrón, A. (1997). *Estrés psicosocial y salud, En M.I. Hombrados (Coord).* Valencia: Promolibro.

Batthyány, K; et al. (2010). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales*. Universidad de la república: comisión sectorial de la enseñanza.

Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P.J. Clayton y J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new)*. Nueva York: Raven Press.

Berry, J.W. (1997). Inmigración, aculturación y adaptación. Psicología Aplicada. *Una Revisión Internacional, 46* (1), 5-68.

Bermejo, Rut. (2008). Idioma e inmigración: un análisis de la evolución de los requisitos idiomáticos en las políticas de inmigración. Working Paper: Real Instituto Elcano.

Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva.* Barcelona: Paidós.

Bhugra, D. (2004). Migration and mental healt. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109,* 243-258.

Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Tercera edición.

Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology.* Nueva York: Prentice-Hall.

Colín, G, et al. (2009). *Introducción a la entrevista psicológica.* México*:* 1ª edición.

Del Canto, E. & Silva, A. (2013). Metodología cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Revista de Ciencias Sociales, 3* (141), 25-34.

Eguiguren, M. (2017). Los estudios de la migración en Ecuador: del desarrollo nacional a las movilidades. Íconos. *Revista de Ciencias Sociales,* (58), 59-81.

Escudero, M. (2004). Exploración del Síndrome de Estrés Crónico "Síndrome de Ulises" en inmigrantes de origen argentino. *Nure Investigation,* (8), 1-6.

Grinberg, L & Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio.* Madrid: Alianza.

Grinberg, L & Grinberg, R. (1996). *Migración y Exilio estudio psicoanalítico*. Madrid: Bibliotecanueva.

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill Interamericana.

Hyman, H (1995). *Diseño y análisis de las encuestas sociales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Derman, & J. Haro, *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. La Sonora: El Colegio Sonora.

Ibarrola, A & Firth, C.H. (2007). *Migraciones en contexto global. Transiciones y transformaciones como resultado de la masiva movilidad humana*. Bilbao: Universidad

Jolly, S & Reeves, H. (2005). Género y migración. Reporte técnico. Institute of Development Studies.

Martínez, M., García, M & Martínez, J. (2005). *Procesos migratorios. Aplicando la psicología social.* Madrid: Pirámide.

Martínez, V. (2013). Paradigmas de investigación Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialéctico crítica. (s.d).

Monat, A. & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia.

Moya, E., & Chávez, S., & Esparza, O., & Calderón, L., & Castañeda, E., & Villalobos, G., *et al.* (2016). El Síndrome de Ulises en inmigrantes económicos y políticos en México y Estados Unidos. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal, 5,* 11-50.

Niño, V. (2011). *Metodología de la investigación.* Bogotá: Ediciones de la U.

Oberg, K. (1954): *"Culture Shock".* Chicago: first Midwest regional meeting of the Institute of International Education.

Odgers, Olga. (2013). Religión e integración: Creencias y prácticas de los inmigrantes. *Migración y desarrollo, 11*(21), 133-157.

Otzen, T. & Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol, 35*(1), 227-232.

OMS. (2008). 8va Conferencia Sudamericana de Migraciones. Discurso de la Directora de la OPS en la ceremonia de la apertura. Disponible en http://www1.paho.org/Spanish/D/DSpeech_URU_Migracion_spa_Sep08.htm

Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. Journal of Health and Social Behavior, 30, 241-256.

Petit, J. (2003). Migraciones, vulnerabilidad y políticas públicas. Impacto sobre los niños, sus familias y sus derechos. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

Plata, W, & Rodríguez, A. (2013). Migración, religión y la construcción de una identidad latinoamericana en el exilio: Bruselas, Bélgica, 1980-2008. *Cuadernos de Historia (Santiago), 38*, 31-160.

Real Academia Española. (2018). Diccionario manual e ilustrado de la lengua Española (4ta Edic. Rev.). Madrid: España: Espasa-Calpe.

Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Scientific Research Paradigms, 23*(1), 9-17.

Ramos, P & García, A. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés, 13* (2-3), 253-268.

Retortillo, Á. & Rodríguez, H. (2008). Actitudes de aculturación y prejuicio étnico en los distintos niveles educativos: un enfoque comparado. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 11* (2), 61-71.

Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação, 31* (1), 11-22.

Rivera, F. (2001). *Migrantes y racismo en américa latina: dimensiones ocultas de realidades complejas.* Chile: Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH).

Salaberria, K & Sánchez, A. (2017). Estrés migratorio y salud mental. *Psicología Conductual, 24* (2), 419-432.

Salgado de Snyder, N., & Maldonado, M. (1993). Funcionamiento psicosocial en esposas de emigrantes mexicanos a los Estados Unidos. *Revista Latinoamericana de Psicología, 25* (2), 167-180.

Salgado de Snyder, N. (2002). *Motivaciones de la migración de mexicanos hacia estados unidos.* México: Instituto de investigaciones jurídicas.

Sánchez, A. (2015). Programa de apoyo psicológico a inmigrantes: estudio de casos. (Disertación Doctoral). Universidad del país vasco facultad de psicología. País Vasco.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3* (1), 141-157.

Sebatier, C. & Berry, J.W. (1996). *Inmigración y Aculturación. Rn R.Y. Bourhis & J-PH Leyens (Eds).* Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos. Madrid: McGraw-Hill.

Selye, H., Morros, S. J., & Cañadell, V. J. M. (1954*). Fisiología patología de la exposición al "Stress" (sufrimiento): tratado basado en los conceptos del síndrome general de adaptación*. Barcelona: Editorial Científico Medica.

Solé, C & Izquierdo, A. (2005). *Integraciones diferenciadas: migraciones en Cataluña, Galicia y Andalucía*. Barcelona: Anthropos.

Sistema Nacional de Información (SNI). (2014). Recuperado de: http://www.trabajo.gob.ec/autorizacion-laboral-de-personas-extranjeras/

Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo- vivencias, investigación y asistencia.* Barcelona: Paidós-Fundación Vidal i Barraquer.

Tizón, J., Salamera, M., Sanjosé, J., Pellejero, N., Achotegui, J., & Sainz, F. (1996). *"Migraciones y Salud Mental"*. Barcelona: Promociones y publicaciones Universitarias PPU.

Villaverde, M. (2015). *La construcción de identidades en adolescentes de origen extranjero y los discursos sobre duelo migratorio, implicaciones en educación intercultural* (tesis doctoral). Universidad de Oviedo, Oviedo

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de Consentimiento Informado

Sr. / a: _____

Por medio de la presente, solicito su autorización para incluirlo como participante en las investigaciones que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2019. Éstas investigaciones llevan por título: "El Síndrome de Ulises en una Muestra de Inmigrantes Venezolanos en Ecuador".

La presente investigación se llevará a cabo en la ciudad de Ambato, la cual es dirigida por el Dr. Marlon Mayorga Lascano y ejecutada por Karla Torres Aldaz. El objetivo de esta investigación consiste en Identificar el estado actual del síndrome de Ulises o estrés crónico en una muestra de inmigrantes venezolanos en Ecuador.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar una encuesta, en la que se harán diversas preguntas referidas a los objetivos establecidos. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será Anónima. Es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCE-Ambato para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación

_____

Firma de autorización

Cédula de Ciudadanía										

ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica

Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un "X" en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL

1. **Sexo** 1.- Hombre___ 2.- Mujer___

2. **¿Qué edad tiene usted?** _____Años

3. **¿En qué país nació usted?**_____

4. **¿Qué estudios tiene que haya completado?**

1. Ninguno o estudios básicos sin terminar	
2. Estudios básicos (primarios completos, certificado escolar)	
3. Estudios medios (secundarios, bachillerato, BUP, formación profesional, COU)	
4. Estudios superiores (universitarios, diplomatura o licenciatura)	

5. **¿Cuánto tiempo lleva usted en Ecuador?** Años_____ Meses_____

6. **¿Cuál es su actividad principal?**

1. Quehaceres domésticos	
2. Estudiante	
3. Jubilado/Pensionista/Rentista	
4. Parado/a (sin trabajo)	
5. Trabaja →	
6. Otros	

5.1 ¿En qué trabaja principalmente? _____

5.2 ¿Tiene Ud. contrato? **1. Si_____ 2.No_____**

7. **¿Cuál es su situación documental en Ecuador?**

1. Regular		**2. Irregular**		**3. En trámite**	

8. ¿Cuál es su religión?

1. Católica	
2. Cristiano Evangélico	
3.Mormona	
4. Otra_____	
5. Agnóstico o Indiferente (no se contesta la siguiente)	
6. Ateo. (no se contesta la siguiente)	

8.1 ¿Cuál es su grado de práctica religiosa?

1. Nada practicante	
2. Poco	
3. Algo	
4. Bastante	
5. Muy practicante	

9. ¿Co quién vive en este momento? *Se pueden señalar varias

1. Solo/a	
2. Con sus padres	
3. Con su pareja	
4. Con sus hijos/as	
5.Con otro familiar	
6. Con amigos/as o compañeros/as	
7. Otra opción_____	

10. ¿Pertenece a alguna asociación desde que está en Ecuador?
***Se puede señalar varias**

a. Religiosa	
b. Política	
c. Sindical	
d. Deportiva	
e. De padres/madres	
f. Cultural	
g. Otras_____	

11. Número de hijos_____

12. Lugar de permanencia de los hijos:

a. País de origen	
b. País de acogida	

ANEXO 3: Escala de Ulises

Instrucciones: A continuación, se le va a presentar una serie de frases relacionadas con diversos temas. Su tarea consiste en contestar marcando con una "X" en la respuesta con la que más se sienta identificado:

ESCALA DE FAMILIA (rango 0-60)

1. Déficit de familiares próximos que le ayude con seguridad, en caso de necesidad: ( ) 3 Ningún familiar ( ) 2 Un familiar ( ) 1 Dos familiares ( ) 0 Más de dos familiares	**2. Dejar hijos menores de edad en el país de origen:** ( ) 3 Tres o más hijos ( ) 2 Dos hijos ( ) 1 Un hijo ( ) 0 No tiene hijos menores
3. Que los hijos estén enfermos en el país de origen: ( ) 3 Muy enfermos ( ) 2 Enfermedad grave ( ) 1 Enfermedad moderada ( ) 0 No están enfermos	**4. Dejar padres ancianos en el país de origen:** ( ) 3 Más de un año ( ) 2 Entre 6 meses y un año ( ) 1 Menos de 6 meses ( ) 0 No son ancianos
5. Enfermedad de los padres: ( ) 3 Extrema ( ) 2 Muy grave ( ) 1 Grave ( ) 0 No están enfermos	**6. No poder estar con la pareja:** ( ) 3 Más de un año ( ) 2 Entre 6 meses y 1 año ( ) 1 Menos de 6 meses ( ) 0 Está con la pareja
7. Peligro para la familia en el país de origen: ( ) 3 Extremo ( ) 2 Muy grave ( ) 1 Grave ( ) 0 No existe peligro	**8. Que el peligro para la familia se dé estando aquí:** ( ) 3 En los primeros seis meses de estar aquí ( ) 2 Entre los 6 meses y 1 año ( ) 1 Entre uno y dos años ( ) 0 No existe peligro
9. Ver que no es posible traer a la familia: ( ) 3 En absoluto ( ) 2 Sería muy difícil ( ) 1 Sería difícil ( ) 0 Es posible	**10. Muerte de familiares próximos sin poder ir al funeral:** ( ) 3 Lo valora muchísimo ( ) 2 Lo valora mucho ( ) 1 Lo valora relativamente

	( ) 0 No lo valora
11. Sentimiento de soledad: ( ) 3 Extrema ( ) 2 Muy grande ( ) 1 Grande ( ) 0 Normal	**12. Desearía enviar dinero a su familia:** ( ) 3 No puede enviar nada ( ) 2 Envía muy poco ( ) 1 Envía poco ( ) 0 Envía lo suficiente
13. Divorcio o separación en el período de la migración: ( ) 3 En los seis primeros meses de estar aquí ( ) 2 Entre los seis meses y el año ( ) 1 Más de 1 año ( ) 0 Estaba ya separado	**14. Hay tensiones en las relaciones familiares:** ( ) 3 Extremas ( ) 2 Muy importantes ( ) 1 Importantes ( ) 0 Normales
15. Déficit de amigos que le ayuden en situación de necesidad: ( ) 3 Ningún amigo ( ) 2 Un amigo ( ) 1 Dos amigos ( ) 0 Tres o más amigos	**16. Déficit de instituciones que le ayuden en situación de necesidad:** ( ) 3 Ninguna ( ) 2 Una institución ( ) 1 Dos instituciones ( ) 0 Tres o más instituciones
17. Padres sin papeles: ( ) 3 Más de un año ( ) 2 Entre seis meses y un año ( ) 1 Menos de 6 meses ( ) 0 Tienen papeles	**18. Ausencia de un progenitor viviendo aquí:** ( ) 3 Más de año ( ) 2 Entre seis meses y 1 año ( ) 1 Menos de seis meses ( ) 0 Está aquí
19. Haber estado separado de los padres: ( ) 3 Más de un año ( ) 2 Entre seis meses y un año ( ) 1 Menos de seis meses ( ) 0 No ha estado separado	**20. Nacimiento de un hermano:** ( ) 3 Menos de 6 meses de estar aquí ( ) 2 Entre seis meses y un año ( ) 1 Entre uno y dos años ( ) 0 No ha tenido hermanos

ESCALA DE ESTRÉS ACULTURATIVO (rango 0-27)

1. Lengua: ( ) 3 Analfabetismo ( ) 2 Semialfabetismo ( ) 1 Bajo nivel de instrucción ( ) 0 Instrucción básica	**2. Lengua. Discapacidades (por ejemplo dislexia):** ( ) 3 Muy importante ( ) 2 Importante ( ) 1 Moderada, menor ( ) 0 Sin discapacidad
3. No poder acceder a la lengua por trabajo clandestino, por miedo: ( ) 3 Acceso imposible ( ) 2 Acceso muy difícil ( ) 1 Acceso difícil ( ) 0 Acceso posible	**4. Cultura. Trabas a la práctica de su religión:** ( ) 3 Muy importantes ( ) 2 Importantes ( ) 1 Moderadas, menores ( ) 0 No hay trabas
5. Cultura. Trabas a su vestimenta: ( ) 3 Muy importantes ( ) 2 Importantes ( ) 1 Moderadas, menores ( ) 0 No hay trabas	**6. Cultura. Se considera víctima del mal de ojo y no tiene acceso a curanderos:** ( ) 3 Ninguna posibilidad ( ) 2 Es muy difícil ( ) 1 Bastante difícil ( ) 0 Nada difícil
7. Tierra. Menos luminosidad: ( ) 3 Muchísimo menor ( ) 2 Mucho menor ( ) 1 Bastante menor ( ) 0 Igual	**8. Tierra. Más frío:** ( ) 3 Muchísimo más ( ) 2 Mucho más ( ) 1 Bastante más ( ) 0 Igual
9. Identidad étnica. Prejuicios hacia su grupo: ( ) 3 Muy intensos ( ) 2 Intensos ( ) 1 Moderados, menores ( ) 0 No existen	

ESCALA DE FRACASO (rango 0-48)

1. Está sin papeles: ( ) 3 Hace más de un año ( ) 2 Entre 6 meses y 1 año ( ) 1 Menos de seis meses ( ) 0 Tiene papeles	**2. Imposibilidad de obtener los papeles:** ( ) 3 No ve ninguna posibilidad ( ) 2 Es muy difícil pero podría conseguirlos ( ) 1 Podrá conseguirlos ( ) 0 Está tramitándolos
3. Sin trabajo: ( ) 3 Hace más de 1 año ( ) 2 Entre 6 meses y 1 año ( ) 1 Menos de 6 meses ( ) 0Tiene trabajo	**4.Trabajo en malas condiciones:** ( ) 3 Súper-explotación ( ) 2 Extremadamente duro ( ) 1 Muy duro ( ) 0Normal
5.Trabajo peligroso: ( ) 3 Muy peligroso ( ) 2 Peligroso ( ) 1 Situaciones de peligro ( ) 0 No hay situaciones de peligro	**6. Deuda contraída en la migración:** ( ) 3 Enorme ( ) 2 Muy grande ( ) 1 Grande ( ) 0 No tiene deudas
7. Regresar sería visto como fracaso: ( ) 3 Enorme ( ) 2 Muy grande ( ) 1 Grande ( ) 0 No	**8. Se fue tras fracasar allá de modo:** ( ) 3 Enorme ( ) 2 Muy grande ( ) 1 Grande ( ) 0 No
9. Accidente laboral: ( ) 3 Con secuelas muy graves ( ) 2 Con secuelas graves ( ) 1 Sin secuelas ( ) 0 No ha tenido accidentes laborales	**10. Enfermedad laboral:** ( ) 3 Con secuelas muy graves ( ) 2 Con secuelas graves ( ) 1 Sin secuelas ( ) 0 No hay enfermedad laboral
11. Expectativas frustradas: ( ) 3 Totalmente ( ) 2 En gran parte ( ) 1 En parte ( ) 0 No	**12. Desconfianza en que mejorará:** ( ) 3 No confía nada ( ) 2 Confía muy poco ( ) 1 Confía poco ( ) 0 Si confía
13. Eran excesivas sus expectativas: ( ) 3 Muy excesivas ( ) 2 Excesivas ( ) 1 Sólo en parte	**14. Padece alguna enfermedad:** ( ) 3 Muy grave ( ) 2 Grave ( ) 1 Gravedad moderada

( ) 0 No lo eran	( ) 0 No es grave
15. Padece alguna discapacidad: ( ) 3 Muy grave ( ) 2 Grave ( ) 1 Moderada ( ) 0 No es grave	**16. Niños: fracaso escolar:** ( ) 3 Muy grande ( ) 2 Grande ( ) 1 Moderado ( ) 0 No hay fracaso

ESCALA DE SUPERVIVECIA Y MIEDO (rango 0-24)

1. Alimentación: ( ) 3 Pasa hambre habitualmente ( ) 2 Pasa hambre a veces ( ) 1 Le es difícil alimentarse adecuadamente ( ) 0 Se alimenta adecuadamente	**2. Vivienda:** ( ) 3 Ha vivido en la calle o en infravivienda ( ) 2 Vive en muy malas condiciones, hacinamiento ( ) 1 Ausencia de calefacción, agua caliente... etc ( ) 0 La vivienda es adecuada
3. Sanidad: ( ) 3 Se ha encontrado enfermo sin asistencia ( ) 2 Dificultades para acceder a la asistencia ( ) 1 No le atienden adecuadamente (cultura…) ( ) 0 Tiene acceso a la sanidad	**4. Ha vivido peligro para su vida en el viaje migratorio:** ( ) 3 Riesgo extremo (naufragio…) ( ) 2 Situaciones de peligro ( ) 1 Situaciones de riesgo ( ) 0No ha vivido peligro
5. Ha sufrido amenazas de mafias: ( ) 3 Muy fuertes ( ) 2 Fuertes ( ) 1 Moderadas, menores ( ) 0 No ha sufrido amenazas	**6. Ha sufrido agresiones racistas (físicas o verbales):** ( ) 3 Muy fuertes ( ) 2 Fuertes ( ) 1 Moderadas, menores ( ) 0 No ha sufrido
7. Ha estado retenido por no tener papeles: ( ) 3 Más de 1 mes ( ) 2 Entre 1 semana y 1 mes ( ) 1 Menos de 1 semana	**8. Ha sufrido malos tratos, traumas o abusos sexuales en el país de origen o aquí:** ( ) 3 Muy graves ( ) 2 Graves

( ) 0 No ha estado retenido	( ) 1 Moderados, menores ( ) 0 No ha sufrido

FACTORES EPIDEMOLÓGICOS (rango 0-6)

1.Edad: ( ) 3 Tener más de 50 años ( ) 2 Tener entre 40 y 50 años ( ) 1 Tener entre 30 y 40 años ( ) 0 Tener entre 18 y 30 años	**2. Género. Limitaciones en la autonomía personal:** ( ) 3 Muy grandes limitaciones ( ) 2 Grandes limitaciones ( ) 1 Limitaciones menores ( ) 0 No siente limitaciones

OTRAS VARIABLES (rango 0-9)

1. Historia infantil: ( ) 3 Muy traumática ( ) 2Traumática ( ) 1 Difícil ( ) 0 Normal	**2. Vino siguiendo a otros familiares. Si no estuvieran no habría venido:** ( ) 3 De ninguna manera ( ) 2 Le hubiera costado muchísimo ( ) 1 Le hubiera costado mucho ( ) 0 No le hubiera costado
3. Padece síntomas psicológicos tras venir aquí: ( ) 3 Muy intensos ( ) 2 Intensos ( ) 1 Moderados, menores ( ) 0 Leves	

VULERABILIDAD (rango 0-18)

1. Ser tímido: ( ) 3 Muchísimo ( ) 2 Mucho ( ) 1 Bastante ( ) 0 Poco	**2. Ser desconfiado:** ( ) 3 Muchísimo ( ) 2 Mucho ( ) 1 Bastante ( ) 0 Poco

3.Ser indeciso: ( ) 3 Muchísimo ( ) 2 Mucho ( ) 1 Bastante ( ) 0 Poco	**4. Ser dependiente:** ( ) 3 Muchísimo ( ) 2 Mucho ( ) 1 Bastante ( ) 0 Poco
5. Negación de los problemas: ( ) 3 Muchísimo ( ) 2 Mucho ( ) 1 Bastante ( ) 0Poco	**6.Mala imagen de sí mismo:** ( ) 3 Muchísimo ( ) 2 Mucho ( ) 1 Bastante ( ) 0 Poco