

Trabajo Fin de Grado

Adaptación Psicológica del Colectivo Inmigrante durante el Proceso de Asentamiento en la Sociedad de Acogida Europea

Revisión Crítica de la Literatura

Escuela Universitaria de Enfermería Vitoria-Gasteiz

Autora: Ane Ferrero Udaeta

Directora: Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana

Curso Académico 2020-2021

Vitoria-Gasteiz, 11 de marzo de 2021

Nº de palabras: 7741

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por inculcarme sus valores y su perseverancia.

A mi madre, mi padre y mi hermana, por su amor y apoyo incondicional a pesar de mi genio y mi carácter. Por ser mis guías desde que tengo memoria.

A mi pareja, por su paciencia y cariño, por ofrecerme su hombro una y mil veces.

A Ana, Mery, Ane, Tomy e Izaskun, por cruzarse en mi camino. Sin vosotras esta carrera de fondo no habría sido posible.

A mi directora Begoña, por su tiempo y conocimiento. Por su esfuerzo, constancia y confianza en esta última etapa de ambas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	7
Marco Conceptual y Justificación.....	8
Objetivo.....	11
Metodología.....	12
Resultados y Discusión	14
Manifestaciones de la desadaptación psicológica.....	14
Afectación emocional o psicológica.....	15
Afectación física o somatización.....	17
Predictores de la desadaptación psicológica.....	20
Factores inherentes al sujeto.....	20
Sexo.....	20
Edad.....	21
Educación	21
Estado de Salud Física.....	22
Estado Civil	23
Nº de Descendientes.....	24
Tiempo de Residencia	25
Conocimiento del Idioma	25
Factores del contexto	26
Situación Económica	26
Situación Laboral	27
Apoyo Social	28
Vivir Solo.....	29
Necesidad de Atención Sanitaria	29
Utilización y Acceso a la Atención Sanitaria.....	30
Visitas a Atención Primaria.....	31
Ingresos en Hospital.....	31
Visitas a Especialistas.....	32
Visitas a Emergencias.....	33
Uso de los Servicios de Salud Mental	33
Conclusiones e implicaciones para la práctica	35
Limitaciones	36

Bibliografía.....	37
Anexos.....	39
Anexo 1: Palabras clave.....	40
Anexo 2: Ecuaciones de búsqueda.....	41
Anexo 3: Diagrama de flujo	44
Anexo 4: Lectura crítica de artículos seleccionados.....	45
Anexo 4.1: Tabla resumen investigación cuantitativa-descriptiva	45
Anexo 4.2: Guión investigación cuantitativa-descriptiva	46
Anexo 4.3: Tabla resumen investigación cualitativa.	48
Anexo 5: Tabla resumen de los resultados de los artículos	50
Anexo 6: Árbol categorial	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución por diseño de estudio14

Figura 2: Distribución por año de publicación14

Figura 3: Distribución por idioma14

Figura 4: Distribución por país de acogida14

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Afectación emocional y psicológica de la desadaptación psicológica.....	16
Tabla 2: Afectación física de la desadaptación psicológica.....	19
Tabla 3: El sexo como predictor de la desadaptación psicológica.....	20
Tabla 4: La edad como predictor de la desadaptación psicológica.....	21
Tabla 5: La educación como predictor de la desadaptación psicológica.....	22
Tabla 6: El estado de salud física como predictor de la desadaptación psicológica.....	23
Tabla 7: El estado civil como predictor de la desadaptación psicológica.....	23
Tabla 8: El número de descendientes como predictor de la desadaptación psicológica.....	24
Tabla 9: El tiempo de residencia como predictor de la desadaptación psicológica.....	25
Tabla 10: El conocimiento del idioma como predictor de la desadaptación psicológica.....	25
Tabla 11: La situación económica como predictor de la desadaptación psicológica.....	27
Tabla 12: La situación laboral como predictor de la desadaptación psicológica.....	28
Tabla 13: El apoyo social como predictor de la desadaptación psicológica.....	29
Tabla 14: Vivir solo como predictor de la desadaptación psicológica.....	29
Tabla 15: Necesidad de Atención Sanitaria como predictor de la desadaptación psicológica .	30
Tabla 16: Utilización de los servicios de Atención Primaria	31
Tabla 17: Utilización de los servicios hospitalarios.....	31
Tabla 18: Utilización de los servicios de especialistas	32
Tabla 19: Utilización de los servicios de emergencias	33
Tabla 20: Utilización de los servicios de Salud Mental	33

1. INTRODUCCIÓN

Justificación: España actualmente es el principal país receptor de la Unión Europea. Dado que el proceso migratorio conlleva enfrentarse a diversos cambios, es necesario conocer como es dicho proceso de adaptación psicológica una vez están asentados en la nueva sociedad. Así, los profesionales podrán identificar las necesidades de atención y dar una respuesta sanitaria culturalmente más competente.

Objetivo: Explorar en la población inmigrante adulta la adaptación psicológica ante los cambios que encuentran en la sociedad de acogida europea.

Metodología: Se realizaron búsquedas con las siguientes palabras clave: “life change events”, “adaptation, psychological”, “stress psychological”, “mental health”, “somatoforms disorders”, “emigration and immigration”. Se revisaron las fuentes bibliográficas Medline-Ovid, Cuiden, PubMed y PsycInfo. Cochrane en la práctica basada en la evidencia y Science Direct como búsqueda manual.

Resultados: Se seleccionaron 9 estudios descriptivo-correlacionales, 4 cualitativos, 2 descriptivos y 2 revisiones, dando lugar a un total de 17 estudios que se categorizaron en: manifestaciones de la desadaptación psicológica, predictores de la desadaptación psicológica y utilización y acceso a la Atención Sanitaria.

Conclusiones: Los datos arrojan resultados concluyentes acerca de las manifestaciones mayoritarias de la desadaptación psicológica, así como de los factores predictores que determinar la vulnerabilidad al estrés. La influencia cultural también ha quedado reflejada en las diferentes vías de acceso de cada grupo al Sistema Sanitario, lo que pone de manifiesto la necesidad de formación y adecuación de los recursos sanitarios desde una perspectiva cultural.

2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La migración se conoce como el fenómeno por el que algunas personas dejan su lugar de residencia para establecerse en otro país o región de forma temporal o definitiva¹. Según investigaciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), algunos de los motivos que empujan a las personas a migrar son en primer lugar económicos (se incluyen el deseo de mejorar su nivel de vida, la búsqueda de un trabajo mejor pagado, la difícil situación económica en el país de origen y el deseo de ayudar a su familia), seguidos de motivos relacionados con la búsqueda de estimulación y crecimiento personal (engloba el deseo de riesgo y aventura, búsqueda de nuevos desafíos, conocer nuevas culturas y mejorar su nivel profesional o educativo)². El tercer tipo de motivos serían aquellos que empujan a los individuos a salir de su propio país en busca de refugio político o una mayor seguridad (los conocidos como factores de empuje)². Otro grupo de razones serían aquellas relacionadas con la familia (reagrupación con los familiares que ya estaban viviendo en el país de acogida)². Por último, existen otras motivaciones secundarias, también relevantes, como el idealismo o el deseo de ayudar a su país o a su grupo; o los motivos ligados a mejorar en prestigio y libertad².

Las cifras de los informes nos desvelan que el fenómeno de la migración crece progresivamente. Es decir, en 1990 el informe del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas recoge que hubo 156 millones de migrantes, en el año 2010 la cifra aumentó hasta 214 millones³. Sin embargo, el número de habitantes mundiales también ha ido en aumento, por lo que, a pesar del crecimiento de los movimientos migratorios, los datos indican que el porcentaje de migrantes internacionales se ha mantenido constante en un 3% de la población mundial desde mediados del siglo XX⁴. Esto quiere decir que incrementa en valores absolutos, pero no relativos.

España en concreto es el país de la Unión Europea (UE) que más cambios experimentó a nivel migratorio entre los años 2000 y 2008, alcanzando una magnitud mayor a la de cualquier otra región⁵. La media de población inmigrante en la UE es de un 4.4%, y en España, del 10.7%⁴. Actualmente es el principal país receptor de inmigrantes de la UE⁶. Justamente, en 2019 el número de extranjeros aumentó en 183.073 personas durante el primer semestre, hasta un total de 5.023.279 a 1 de julio de 2019⁷. Mencionar que estos datos no reflejan el número de inmigrantes que finalmente se establecieron en el país de llegada, sino el número total de llegadas, independientemente de su posterior asentamiento o no. Entre las principales nacionalidades, los mayores incrementos se dieron en la población colombiana (27.920 personas más), venezolana (24.238 más) y marroquí (20.627 más)⁷. Por lo que, si observamos el carácter cambiante, pluralista y diverso de nuestra sociedad, vemos que el tipo de relaciones que se originan son culturalmente heterogéneas⁸. Esta condición y el hecho de que hayamos experimentado un crecimiento de este colectivo tan rápido y en tales magnitudes, supone que los modelos de atención sanitaria todavía no estén adaptados a la multiculturalidad y, unos

profesionales de Enfermería no suficientemente formados para atender a personas de otras culturas.

La experiencia migratoria conlleva enfrentarse a sucesivos cambios, no solo a lo largo del viaje migratorio, sino también durante el asentamiento en la sociedad de acogida. En este periodo de asentamiento es donde se ponen en marcha los procesos de adaptación psicológica y cultural⁹. Para la adaptación psicológica la persona tiene que modificar conductas y pensamientos con respecto a las nuevas condiciones del medio en el que va a vivir⁹. Para la adaptación cultural es necesario desarrollar la habilidad de desenvolverse en la vida cotidiana en un nuevo ambiente cultural y hacerlo mediante estrategias de aculturación⁹.

La experiencia migratoria está cargada de emociones, unas veces positivas y otras negativas. Aunque en la adaptación psicológica se puede observar un predominio de las emociones positivas (40%) sobre las negativas (15%)² la generalidad de los estudios se ha centrado en el análisis de las emociones negativas, tales como la nostalgia y la pena (asociadas a las pérdidas que experimentan) o el miedo (asociada a las amenazas percibidas)².

Las pérdidas también abarcan aquellas relacionadas con su tierra (paisaje, colores, luminosidad, etc.)¹⁰. Aspectos de la nueva sociedad a los que tienen que adaptarse y que, en caso de ser una migración forzada, harán que la persona magnifique los aspectos negativos y viva la adaptación y el cambio como agobiante y asfixiante¹⁰. Para añadir, al emigrar generalmente se produce una pérdida de nivel social¹⁰. Si a medida que pasan los años esta situación no mejora, los inmigrantes se desmoralizan y entran en crisis¹⁰. Además, también tienen que hacer frente a la pérdida derivada de la separación de la familia y amigos¹⁰. Esto hace que la persona inmigrante pierda su red de apoyo y sienta la necesidad de reestructurar su personalidad hasta el punto de llegar a modificar su propia identidad¹⁰. Por último, en las personas existe una clara necesidad de sentimiento de pertenencia al grupo¹⁰. En la migración esa identificación puede reforzarse como consecuencia de haber dejado atrás a familiares y amigos y debido a las actitudes de rechazo por parte de la sociedad de acogida¹⁰, que también podríamos mencionar como factor amenazante. Otra amenaza con la que tienen que lidiar a su llegada es la lengua, aspecto que supone una clara barrera a la hora de integrarse de forma eficaz en la nueva sociedad en la que se encuentran¹⁰.

Según las teorías psicológicas, muchos desequilibrios emocionales responden a un fracaso de la adaptación psicológica y cultural. En esta línea hay estudios que muestran como el malestar emocional se ha llegado a identificar como riesgo de padecer el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple*, o *Síndrome de Ulises*, que se conoce como un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas¹¹.

Todo lo comentado hace que estos individuos estén expuestos a una situación de vulnerabilidad mayor en comparación con la población autóctona, dando lugar a una amplia sintomatología de malestar emocional del área depresiva (tristeza, llanto), de la ansiedad (tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad), de la somatización (fatiga, molestias osteoarticulares, cefalea, migraña), y del área confusional (que se puede relacionar con el incremento del cortisol y puede ser erróneamente diagnosticado como trastornos psicóticos)¹¹, ya que, posiblemente, ninguna otra situación de la vida de una persona supone tantos cambios y afectaciones para la salud como la experiencia migratoria.

Asimismo, las herramientas personales que tienen para gestionar el estrés migratorio al que están expuestos son diversas. Estudios realizados reflejan que gran parte de esta población hace uso de sustancias psicoactivas para aliviar el malestar emocional o como medio para adaptarse al nuevo contexto¹². Los resultados obtenidos muestran que el 53.6% (134 migrantes) de los encuestados consumieron alguna bebida alcohólica en el último año¹². De éstos, 33.6% dijo haber incrementado el uso de este tipo de bebidas mientras se encontraban en el nuevo país¹². Por otra parte, 24.1% (146 migrantes) afirmaron haber fumado algún cigarrillo de tabaco en el último año¹². De quienes lo hicieron, el 37.7% aumentaron la cantidad de cigarrillos durante su estancia en la nueva región¹². En cuanto al consumo de sustancias ilícitas, sobresale el hecho de que el 33.6% (203 migrantes) mencionaron haber usado alguna droga al menos una vez en la vida (marihuana, cocaína, crack, solventes inhalables, éxtasis y metanfetaminas), estando entre las razones del consumo dejar de sentir soledad, depresión o tensión; y como una forma de olvidar los problemas¹².

No obstante, en el imaginario social conviven las ideas del *"inmigrante sano"* con *"el inmigrante excesivamente consumidor de recursos sanitarios"*. Parte de la población cree que las personas inmigrantes gozan de un mejor estado de salud en comparación con la población autóctona, fenómeno que se conoce como *"efecto del inmigrante sano"*. Por otro lado, prevalece la creencia de que los inmigrantes abusan y hacen un uso excesivo de los servicios de Atención Sanitaria Pública. Todo esto desvela que también por parte de los profesionales existe una carencia de conocimientos sobre los pacientes inmigrantes, teniendo así una percepción distorsionada y errónea de estos usuarios, muy influida por estereotipos e ideas preconcebidas. Justamente, un estudio realizado en Barcelona obtuvo como resultados que, a pesar de que el 89% de la población de inmigrantes encuestada dijo *"haber sido tratada con respeto"* al acudir a los Servicios de Salud, el 59,4% refirió una percepción de *"discriminación hacia los inmigrantes"* y el 68,4% manifestó que las diferencias culturales afectan *"total o parcialmente"* a la calidad de la atención recibida¹³.

Como consecuencia, se ha identificado la carencia de cuidados transculturales. Como bien sabemos, la salud es una construcción cultural, es decir, los conceptos y las realidades son producto de una determinada sociedad, una determinada cultura y un determinado momento. Esto supone que los conceptos que se manejan sobre la salud sean muy variables¹⁴.

3. OBJETIVO

Ante el hecho de una sociedad multicultural se pone de manifiesto la necesidad de analizar el proceso de atención ofertado, para que pueda estar enfocado a un cuidado humanístico centrado en el bienestar de las personas y abierto a la diversidad cultural¹⁵. Por todo esto se hace necesario:

Explorar, en la población inmigrante adulta, la adaptación psicológica ante los cambios que encuentran en la sociedad de acogida europea.

4. METODOLOGÍA

Con el propósito de dar respuesta al objetivo del trabajo, se realizó una revisión crítica de la literatura sobre la adaptación psicológica en la sociedad de acogida del colectivo inmigrante; incidiendo en las repercusiones que esta tiene en su salud, en los predictores que pueden ayudar a interpretar el malestar que padecen y, por último, en las vías de acceso a la Atención Sanitaria que usan en la sociedad de acogida. Para la búsqueda se aplicaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- *Tipo de publicación:* estudios descriptivo-cuantitativos, cualitativos y revisiones.
- *Población:* hombres y mujeres en edad adulta, tanto inmigrantes como refugiados con edades entre los 18 y 88 años. Independientemente de su país de origen, se incluyeron los estudios que analizaron la población inmigrante asentada en UE, debido a que estos grupos, a pesar de sus distintas regiones de origen, tienen que adaptarse a una serie de valores compartidos por los países que integran la UE.
- *Fechas de publicación:* Las ecuaciones de búsqueda se limitaron a los años 2000-2020.
- *Idioma:* Los idiomas seleccionados para realizar las búsquedas comprendieron castellano e inglés, ya que garantizaban la lectura comprensiva.

Criterios de exclusión:

- *Tipo de publicación:* Se han excluido cartas al editor. Del mismo modo, se han excluido aquellas revisiones de la literatura que incluían publicaciones ya seleccionadas. También quedaron excluidos los artículos a los que no se pudo acceder a texto completo.
- *Población:* Se excluyeron los estudios que se basaban tanto en población pediátrica como en mujeres embarazadas, ya que su adaptación iba a estar compuesta por experiencias demasiado específicas. También se descartaron los estudios basados en inmigrantes y/o refugiados de 2ª generación, ya que probablemente la experiencia de asentamiento difiere a la de sus antecesores y las estrategias de aculturación son diferentes.

En primer lugar, se descompuso el objetivo en términos de búsqueda identificando sinónimos y antónimos en castellano e inglés. Dichos términos de lenguaje normalizado se tradujeron al lenguaje controlado de cada base de datos utilizada, obteniendo así las palabras clave “life change events”, “adaptation, psychological”, “stress psychological”, “mental health”, “somatoforms disorders”, “emigration and immigration” en Medline (Anexo 1). Cabe destacar que

se realizaron búsquedas avanzadas en las bases de datos Medline y PsycInfo con el término “Ulysses Syndrome”, ya que no está incluido como palabra clave.

Mediante la utilización de distintas palabras clave combinadas con los operadores booleanos “AND” y “OR”, se fueron construyendo distintas ecuaciones de búsqueda con el fin de dar respuesta al objetivo. Dichas ecuaciones fueron afinadas mediante limitadores de búsqueda como “año”. La búsqueda se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2020, en bases de datos tanto nacionales como internacionales. Se realizaron un total de 14 búsquedas: 3 en Ovid Medline, 3 en PsycInfo, 2 en Cuiden y 2 en PubMed. Además, se accedió a la práctica basada en la evidencia (Cochrane Library) y se realizaron búsquedas manuales en Science Direct.

Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos y con los resultados que se obtuvieron, se realizó un proceso de selección de la literatura en tres fases, plasmado en un diagrama de flujo (Anexo 3). En la primera etapa se clasificaron según título y abstract 123 artículos que se seleccionaron para una primera lectura. De estos, 42 estaban a texto completo. Tras realizar una primera lectura, se descartaron 34 por no cumplir nuevamente con los criterios de inclusión, con el objetivo o estar repetidos. Debido a la falta de resultados válidos obtenidos en bases de datos, se incluyeron 9 estudios seleccionados mediante búsqueda manual. Para finalizar se procedió a la lectura crítica de los artículos, seleccionando aquellos que respondían a los criterios marcados (Anexo 4) cuyos resultados quedaron recogidos en una tabla resumen (Anexo 5).

De la lectura emergieron diferentes categorías de análisis. En un principio las categorías se orientaron hacia el análisis físico, psicológico y social de la repercusión de la migración. Posteriormente, la lectura profunda de los resultados llevó a identificar predictores de distrés psicológico, así como el acceso a los diferentes recursos sanitarios. Finalmente, el árbol categorial se configuro en tres categorías principales: 1) manifestaciones de la desadaptación psicológica, 2) predictores de la desadaptación psicológica y 3) utilización y acceso a la Atención Sanitaria (Anexo 6).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se han obtenido un total de 17 estudios, de los cuales el 52,94 % son estudios correlacionales y el 23,52% estudios cualitativos (Figura 1). El 11,76% de las publicaciones fueron realizadas en los años 2020, 2018, 2016, 2012 y 2009. (Figura 2). El idioma de publicación mayoritario (88,23%) fue el inglés (Figura 3). Los países de acogida en los que se asentaron fueron diversos, con un predominio de España (26,08%) seguida del 13,04% de Alemania, Francia, Bélgica, Italia, Dinamarca, Portugal y Austria. El 60,88% restante corresponde a regiones como Estambul, Noruega, República Checa, Estonia, Grecia, Hungría, Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Suecia, Suiza, Yugoslavia y Reino Unido (Figura 4).

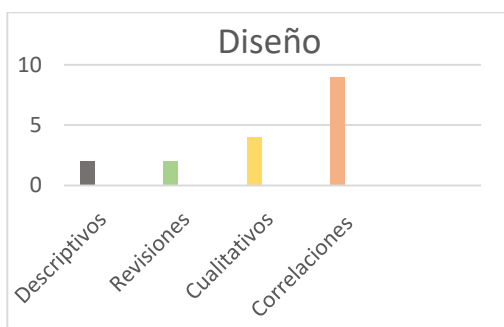


Figura 1: Distribución por diseño de estudio



Figura 2: Distribución por año de publicación

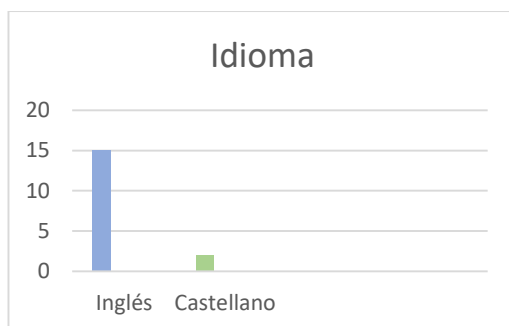


Figura 3: Distribución por idioma

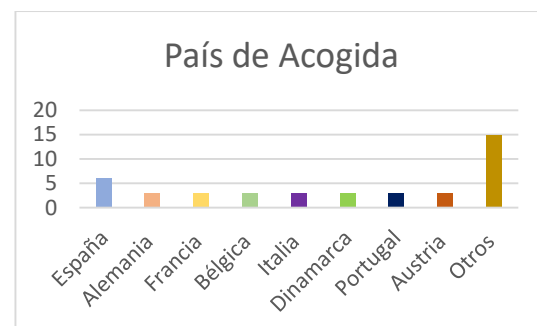


Figura 4: Distribución por país de acogida

Es frecuente que asentarse en una sociedad diferente condicione física, emocional y psicológicamente a la persona. Con la finalidad de conocer y comprender la adaptación psicológica y cultural, los resultados de los estudios se han agrupado en tres grandes categorías:

5.1 Manifestaciones de la desadaptación psicológica

Esta primera categoría, que a su vez está dividida en dos subcategorías, recoge los signos y síntomas que podemos identificar las enfermeras junto con otros profesionales de la salud y que nos indican el estado de la adaptación psicológica.

5.1.1 Afectación emocional y psicológica

El número e intensidad de amenazas y pérdidas que la persona inmigrante tiene que afrontar conlleva inevitablemente a una afectación emocional que puede derivar en la pérdida de salud mental, e incluso en el desarrollo de patología psiquiátrica.

Entre los 7 estudios seleccionados observamos que unos detectan el malestar emocional y otros identifican patología mental. En relación a las emociones, ya en el 2000, un estudio cualitativo realizado con mujeres originarias de Turquía, concluyó que las mujeres turcas acogidas en Estocolmo mostraban tristeza, preocupación, enojo, sentimiento de estar al borde de la explosión, falta de felicidad, decepción y sensación de debilidad¹⁶. Con resultados similares, otro estudio cualitativo realizado principalmente con mujeres de diferentes regiones de los Balcanes, identificó el nerviosismo como la emoción predominante con un 69,23%, seguido por el 46,15% de la ansiedad¹⁷. Para añadir, una revisión de 15 estudios transversales identificó que las mujeres refieren un mayor sentimiento de vergüenza que los hombres¹⁸.

Algunos de estos estudios también enfatizan que las mujeres tienen ataques de ansiedad¹⁶ y depresión^{16,18}. Lo que concuerda con el componente más ansiógeno de las mujeres en comparación con los hombres, en la población general¹⁹. Otro estudio que también analizó mujeres con manifestaciones de depresión, encontró que éstas recurrían al aislamiento²⁰, lo que en principio es considerado como un afrontamiento desadaptativo que no ayuda a resolver la tristeza generada por las pérdidas²¹.

El resto de estudios desvelaron patologías psiquiátricas. Concretamente, un estudio transversal con refugiados de edad media y con mayoría de hombres encontró la mayor prevalencia en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), con un 82%, seguido por el 71% del Desorden de Depresión Mayor²². Una revisión más reciente concluyó, con un 63%, que los inmigrantes tienen un mayor riesgo relativo de desarrollar trastornos psicóticos²³. Concretando más, detalló que los inmigrantes tenían un 80% de riesgo de desarrollar de Esquizofrenia²³. Al analizar los estudios que compararon la población inmigrante y nativa, el 40% concluyeron que tanto las tasas como el riesgo de suicidio es menor para el grupo de migrantes, mientras que el 30% identificaron lo contrario²³.

Por último, otro estudio que comparó la salud mental entre los inmigrantes y autóctonos encontró que, cuando los inmigrantes han pasado alrededor del 30-35% de su vida en el país de acogida, la autoevaluación de la salud mental alcanzaba el nivel de los ciudadanos autóctonos²⁴.

Tabla 1: Afectación emocional y psicológica de la desadaptación psicológica.

Autor/ Año	Muestra	Resultados
Hoare T, et al. 2017 (18)	N= 15 estudios transversales Los países de origen a los que pertenecían los inmigrantes de los diferentes artículos analizados eran Oriente Medio, África, Europa, Somalia y Timor Oriental.	Las mujeres refieren un aumento de la depresión y la vergüenza.
Bäärnhelm S, et al. 2000 (16)	N=10 mujeres (de 31 a 48 años) originarias de Turquía.	Emociones y conceptos referidos: tristeza, preocupación, enojo, sentimiento de estar al borde de la explosión, falta de felicidad, decepción, sensación de debilidad, depresión, ansiedad, estrés, nerviosismo, ataques de ansiedad.
Qays Bousmah M, et al. 2019 (24)	N=más de 100.000 adultos que viven en 19 países europeos. Mayores de 50 años. Individuos que residen en la misma vivienda son encuestados independientemente de su edad.	La autoevaluación de la salud (el individuo reporta una salud menor que "muy buena") y la salud mental (el individuo padece depresión) de los inmigrantes alcanzan el nivel de los ciudadanos cuando han pasado alrededor del 30-35% de su vida en el país de acogida.
Junod Perron N, et al. 2006 (17)	N=26, la mayoría mujeres. El 53,84% de los participantes eran originarios de Kosovo, seguidos por el 42,30% de Bosnia-Herzegovina y el 3,84% de Serbia del Sur.	<ul style="list-style-type: none"> - Nerviosismo (18/26) - Alteraciones del sueño (7/26) - Ansiedad (12/26).
Teodorescu DS, et al. 2012 (22)	N= 61. 36 hombres (edad media 44) y 25 mujeres (edad media 38).	<ul style="list-style-type: none"> - TEPT N=50 (82%) - Desorden de Depresión Mayor N=43 (71%) - Distimia N=30 (49%) - Agorafobia N=30 (49%) - Fobia Social N=30 (49%)
Nortvedt L, et al. 2016 (20)	N = 14 mujeres, entre 30-56 años. Las mujeres procedían diferentes regiones como Sur de Asia (4), Oriente Medio (3), Norte de África (3), Sudoeste de Asia (2), África Oriental (1) y Centro de Asia (1).	Las narrativas de las mujeres ilustran su experiencia común de estar aisladas en su hogar debido a la depresión.
Patel K, et al. 2017 (23)	N=51 estudios. 19 / 51 analizan tasas y riesgos de desarrollo de trastornos psicóticos. De esos 19 artículos, 10 se centraron en la Esquizofrenia. 11/ 51 se centran en el suicidio, 10 / 11 comparan las tasas y riesgo entre migrantes y población mayoritaria.	12/19 (63%) > riesgo relativo de desarrollar un trastorno psicótico para los inmigrantes. 8/10 (80%) los migrantes tienen > riesgo de desarrollar esquizofrenia. 3/10 (30%) identificaron > tasas de suicidio y de riesgo de suicidio en el grupo de migrantes. 4/10 (40%) concluyeron que las tasas y el riesgo de suicidio es < en el grupo de migrantes.

Autor /Año	Muestra	Resultados
Basabe N, et al. 2009 (25)	<p data-bbox="592 282 975 327">Fuente: Encuesta de Salud de la CA del País Vasco, 2002.</p> <p data-bbox="592 353 839 376">HOMBRES (35-44 años):</p> <p data-bbox="592 380 903 454">N (nativos) = 578 N (inmigrantes provenientes de diferentes países de origen) = 67</p> <p data-bbox="592 477 703 499">MUJERES:</p> <p data-bbox="592 504 903 526">16-24 años: N (nativos) = 565, N (inmigrantes) = 59</p> <p data-bbox="592 548 903 600">25-34 años: N (nativos) = 616, N (inmigrantes) = 107</p> <p data-bbox="592 600 903 651">34-44 años: N (nativos) = 670, N (inmigrantes) = 73</p> <p data-bbox="592 651 903 696">45-54 años: N (nativos) = 819, N (inmigrantes) = 25</p>	<p data-bbox="1007 282 1315 304">HOMBRES: Cuestionario SF-12</p> <p data-bbox="1007 331 1353 383">$CM_{\text{nativos}} = 50,60$ Vs $CM_{\text{inmigrantes}} = 46,10$, $p = 0.000$</p> <p data-bbox="1007 405 1305 427">MUJERES: Cuestionario SF-12</p> <p data-bbox="1007 454 1353 506">16-24 años: $CM_{\text{Nativos}} = 48.60$ Vs $CM_{\text{Inmigrante}} = 46.14$, $p = 0.0460$</p> <p data-bbox="1007 506 1353 557">25-34 años: $CM_{\text{Nativos}} = 48.70$ Vs $CM_{\text{Inmigrantes}} = 45.12$, $p = 0.0007$</p> <p data-bbox="1007 557 1353 609">34-44 años: $CM_{\text{Nativos}} = 49.40$ Vs $CM_{\text{Inmigrantes}} = 42.64$, $p = 0.0000$</p> <p data-bbox="1007 609 1353 660">45-55 años: $CM_{\text{Nativos}} = 48.50$ Vs $CM_{\text{Inmigrantes}} = 43.98$, $p = 0.0074$</p>

Un informe realizado en la CAPV desvela diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del componente mental de Calidad de Vida del SF-12 entre grupo de nativos e inmigrantes. Las mujeres nativas presentan mejor salud mental que las inmigrantes en todos los rangos de edad contrastados (16-54 años)²⁵. Respecto a los hombres, inmigrantes menores de 44 años también presentaron peor salud mental que los nativos, observándose la mayor diferencia en el rango de edad de 35-44 años ($CM_{\text{nativos}} = 50,60$ Vs $CM_{\text{inmigrantes}} = 46,10$, $p = 0.000$)²⁵.

En resumen, los resultados de los estudios indican que las personas inmigrantes tienen afectación emocional, con síntomas principalmente de ansiedad y depresión. Este malestar emocional, tanto en mujeres como en hombres, se confirma cuando se compara con la población autóctona. El hecho de que exista una peor salud mental en la población inmigrante hace pensar en que el tratamiento y cuidado preventivo es una necesidad de atención de esta población desde los primeros momentos.

5.1.2 Afectación física o somatización

Es conocido que un estado emocional negativo correlaciona con peor calidad de vida²⁶, incrementando el dolor y otros síntomas. Las emociones son reacciones psicofisiológicas, es decir, la experiencia emocional convive con los cambios fisiológicos; estos cambios se recogen en el constructo llamado somatización.

De los 6 estudios seleccionados, un estudio cualitativo identificó el dolor como síntoma referido en una muestra pequeña de 10 mujeres de origen turco¹⁶. Otro estudio, con una muestra predominante de mujeres de diferentes cultos de región de los Balcanes, mostró una prevalencia mayor en el dolor de cabeza (76,92%) seguido por el dolor osteoarticular (65,38%) y por la fatiga (46,15%)¹⁷. En esta misma línea, los resultados de un estudio muy reciente con 1678 participantes de ambos sexos de origen sirio, encontraron la mayor prevalencia en el dolor tanto de extremidades y osteoarticular como dolor de espalda, seguido por el dolor de cabeza²⁷.

Así mismo, la revisión de 15 estudios transversales, realizados con poblaciones de Oriente Medio, África y Europa, sirvió para mostrar que las mujeres somatizaban la afectación emocional más que los hombres¹⁸. Además, otro estudio cualitativo realizado en una muestra de 14 mujeres procedentes de Asia, África y Oriente Medio, obtuvo como resultados que las narrativas mostraban la experiencia común de estar aisladas en su hogar debido a dolores físicos²⁰. Estos datos podrían mostrar que, además de padecer una mayor somatización en comparación con los hombres, las mujeres viven esas experiencias solas.

Estos resultados parecen desvelar que, en personas incluso de distintas culturas y religiones, el malestar emocional producido durante la adaptación psicológica se somatiza principalmente en dolor osteoarticular, dolor de espalda y dolor de cabeza, principalmente en las mujeres.

Sin embargo, un estudio comparativo de la calidad de vida, realizado en la CAPV, no desvela diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del SF-12 del grupo de nativos y el grupo de inmigrantes. En relación a las mujeres, no aparecen diferencias significativas entre nativas e inmigrantes en ninguno de los rangos de edad estudiados (16-54 años)²⁵. Haciendo mención a los hombres, tampoco existen diferencias significativas, si bien los hombres inmigrantes de 25 a 34 años presentan una salud física algo mejor que los nativos ($CF_{nativos}=54,20$ Vs $CF_{inmigrantes}=55,81$, $p=0.01$)²⁵.

Recogiendo los datos de somatización, cabe preguntarse hasta qué punto estas dolencias físicas condicionan la calidad de vida del inmigrante ya que, cuando se comparan con la población autóctona, no reflejan una disminución en las puntuaciones de la salud física. Es importante mencionar que las expectativas sobre el dolor, sus manifestaciones y manejo están integradas en un contexto cultural. Es decir, tanto la definición de dolor, como la de salud o enfermedad, están influenciadas culturalmente²⁸. Debido a esto, es lógico pensar que existen diferencias considerables en el manejo y tolerancia del dolor en diferentes culturas²⁹. Este aspecto podría explicar por qué el colectivo inmigrante a pesar de experimentar un malestar físico, como consecuencia de su experiencia migratoria, pueda sentir que su salud física no esté significativamente afectada o deteriorada.

Por último, otro estudio reciente que también exploró la salud física de los inmigrantes y ciudadanos europeos, concluyó que los inmigrantes alcanzan las mismas tasas de obesidad y sobrepeso después de haber pasado el 45% de su vida en el país anfitrión²⁴. En relación a las condiciones crónicas y limitaciones para las actividades de la vida diaria (AVD), estas tasas se alcanzan una vez han pasado el 50% y el 80% de su vida en el país anfitrión, respectivamente²⁴.

Esto hace ver que el tiempo de permanencia condiciona la adquisición de hábitos de la sociedad de acogida, lo que habla del proceso de aculturización.

Tabla 2: Afectación física de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
McGrath M, et al. 2020 (27)	N=1678 (edad media 34 años). 51,6% mujeres. Los participantes eran originarios de Siria.	- Dolor en piernas, brazos o articulaciones 38.4% - Dolor en espalda 38% - Dolor de cabeza 28%
Junod Perron N, et al. 2006 (17)	N=26, la mayoría mujeres. El 53,84% de los participantes eran originarios de Kosovo, seguidos por el 42,30% de Bosnia-Herzegovina y el 3,84% de Serbia del Sur.	- Dolores de cabeza (20/26) - Fatiga (12/26) - Dolores de huesos y articulaciones (17/26)
Bäärnhelm S, et al. 2000 (16)	N=10 mujeres (de 31 a 48 años) originarias de Turquía.	- Síntoma mayoritario referido: dolor.
Qays Bousmah M, et al. 2019 (24)	N=más de 100.000 adultos que viven en 19 países europeos. Mayores de 50 años. Individuos que residen en la misma vivienda son encuestados independientemente de su edad.	Para la obesidad y el sobrepeso, los inmigrantes alcanzan el nivel de los ciudadanos después de haber pasado el 45% de su vida en el país anfitrión. Esta cifra se eleva al 50% para condiciones crónicas y a 80% para limitaciones de AVD.
Hoare T, et al. 2017 (18)	N= 15 estudios transversales. Los países de origen a los que pertenecían los inmigrantes de los diferentes artículos analizados eran Oriente Medio, África, Europa, Somalia y Timor Oriental.	Las mujeres refieren un aumento de la somatización.
Nortvedt L, et al. 2016 (20)	N = 14 mujeres, entre 30-56 años. Las mujeres procedían diferentes regiones como Sur de Asia (4), Oriente Medio (3), Norte de África (3), Sudoeste de Asia (2), África Oriental (1) y Centro de Asia (1).	Las narrativas de las mujeres ilustran su experiencia común de estar aisladas en su hogar debido al dolor físico.
Basabe N, et al. 2009 (25)	Fuente: Encuesta de Salud de la CA del País Vasco, 2002. MUJERES: 16-24 años: N (nativos) = 565, N (inmigrantes) = 59 25-34 años: N (nativos) = 616, N (inmigrantes) = 107 34-44 años: N (nativos) = 670, N (inmigrantes) = 73 45-54 años: N (nativos) = 819, N (inmigrantes) = 25 HOMBRES: 16-24 años: N (nativos) = 586, N (inmigrantes) = 52 25-34 años: N (nativos) = 691, N (inmigrantes) = 109 34-44 años: N (nativos) = 578, N (inmigrantes) = 67 45-54 años: N (nativos) = 683, N (inmigrantes) = 22	MUJERES: Cuestionario SF-12 16-24 años: CF _{Nativos} =54.10 Vs CF _{Inmigrante} =54.26, p=0.8317 25-34 años: CF _{Nativos} =54.00 Vs CM _{Inmigrantes} =55.30, p=0.0616 34-44 años: CF _{Nativos} =52.50 Vs CF _{Inmigrantes} =51.23, p=0.1952 45-55 años: CF _{Nativos} =51.30 Vs CF _{Inmigrantes} =53.29, p=0.1507 HOMBRES: Cuestionario SF-12 16-24 años: CF _{Nativos} =54.70 Vs CF _{Inmigrante} =55.65, p=0.2222 25-34 años: CF _{Nativos} =54.20 Vs CM _{Inmigrantes} =55.81, p=0.0105 34-44 años: CF _{Nativos} =53.30 Vs CF _{Inmigrantes} =53.08, p=0.8020 45-55 años: CF _{Nativos} =51.60 Vs CF _{Inmigrantes} =51.00, p=0.7143

5.2 Predictores de la desadaptación psicológica

Esta categoría pretende dar respuesta tanto a los factores inherentes al sujeto como a los factores del contexto, que podrían ayudar a los profesionales a interpretar y comprender el malestar emocional, psicológico y físico que sufren las personas migrantes. Para ello, la hemos clasificado en varias subcategorías:

5.2.1 Factores inherentes al sujeto:

5.2.1.1 Sexo

El sexo es una variable demográfica que está incluida en el análisis de muchos estudios correlacionales. En uno de los estudios analizados encontramos que el grupo de mujeres, con una edad media de 34 años, tiene 3 veces (OR=2.91, IC 95% (2.32-3.63), $p < 0.001$) más riesgo de incrementar el distrés somático en comparación con los hombres²⁷. En esta misma línea, con una muestra muy heterogénea de países de origen de los participantes, los resultados de un análisis de regresión del estudio de Nesterko et al., arrojaron que el ser hombre se asoció negativamente con la variable dependiente de somatización, con una importante diferencia estadística ($\beta = -0.19$, IC 95% (-4.05 - -1.48), $p < 0.001$)³⁰. Con menor intensidad se asoció negativamente con la ansiedad ($\beta = -0.14$, IC 95% (-3.35 - -0.79), $p < 0.01$), seguida de la depresión ($\beta = -0.10$, IC 95% (-2.60 - -0.17), $p < 0,05$)³⁰. Con una diferencia estadística menor, este mismo estudio en otro análisis de regresión mostró que los hombres también autovaloraban mejor tanto su salud física ($\beta = 0.11$, IC 95% (1.51-13.89), $p < 0.05$) como mental ($\beta = 0.09$, IC 95% (0.07-12.82), $p < 0.05$) en comparación con las mujeres³⁰. En base a estos resultados podemos decir que las mujeres inmigrantes presentan peor adaptación psicológica que los hombres ante el proceso de asentamiento en la sociedad de acogida.

Tabla 3: El sexo como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
McGrath M, et al. 2020 (27)	N = 1678 Edad media 34, 51,6% mujeres. Los participantes eran originarios de Siria.	Mujer OR = 2.91, IC 95% (2.32-3.63), $p < 0.001$
Nesterko Y, et al. 2020 (30)	N = 502. Edad media 29.73, 69,3% hombres. Los migrantes que compusieron la muestra pertenecían a diferentes países de origen, concretamente a Camerún (18,3%), Eritrea (8,2%), Iraq (4,6%), Nigeria (7,6%), Siria (10,4%), Turquía (8,6), Venezuela (16,9%) y otros (25,4%).	Somatización: Hombre $\beta = -0.19$, IC 95% (-4.05 - -1.48), $p < 0.001$ Depresión: Hombre $\beta = -0.10$, IC 95% (-2.60 - -0.17), $p < 0,05$ Ansiedad: Hombre $\beta = -0.14$, IC 95% (-3.35 - -0.79), $p < 0.01$ Autopercepción salud física: Hombre $\beta = 0.11$, IC 95% (1.51-13.89), $p < 0.05$ Autopercepción salud mental: Hombre $\beta = 0.09$, IC 95% (0.07-12.82), $p < 0.05$

5.2.1.2 Edad

La edad es otra variable demográfica que está incluida en el análisis de muchos de los estudios seleccionados. En el estudio de Moullan et al., seleccionamos los resultados del grupo de inmigrantes en España. Su análisis mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.01$) entre grupos de edad³¹. Las personas inmigrantes de sexo femenino entre 40-50 años tenían un 50% menos de probabilidad de referir buena salud en comparación con mujeres de 18-30 años³¹. En esta misma línea, en este mismo rango de edad, los hombres manifestaron un 70% menos de probabilidad de referir buena salud en comparación con los hombres de 18-30 años³¹. En ambos grupos a medida que va aumentando la edad, la disminución va en aumento³¹. Los resultados de otro estudio reciente de análisis correlacional, con migrantes de origen sirio, mostraron que a partir de los 34 años aumenta el riesgo de padecer distrés con respecto a los más jóvenes (OR=1,07, IC 95% (0.80-1.43), $p < 0.05$)²⁷.

En base a estos resultados podemos decir que a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de padecer distrés, por tanto, la edad es un determinante de la percepción de salud general.

Tabla 4: La edad como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
McGrath M, et al. 2020 (27)	N = 1678 Edad media 34, 51,6% mujeres. Los participantes eran procedentes de Siria.	Edad 25-34 años OR = 1.07, IC 95% (0.80-1.43) $p < 0.05$.
Moullan Y; et al. 2014 (31)	N (España) = 15980 (8368 mujeres, 7612 hombres). Edad 18-65. Los componentes de la muestra pertenecían a países de origen como América, Asia, Europa y África, siendo algunos originarios específicamente de Marruecos.	MUJERES: Edad 40-50 OR = 0.48, $p < 0.01$ HOMBRES: Edad 40-50 OR = 0.32, $p < 0.01$

5.2.1.3 Educación

El nivel de estudios y de formación es una variable independiente analizada en las regresiones lineales con variable dependiente de malestar emocional. Tener un nivel de formación condiciona el acceso a una mayor variedad de trabajos y mejor remunerados.

En esta subcategoría hemos seleccionado 4 estudios. Ya en el 2011 un estudio descriptivo-correlacional concluyó que tener estudios superiores se asocia con una menor vulnerabilidad al estrés ($\beta = -0.601$, $p = 0,005$)³². Otro estudio transversal realizado con una muestra compuesta por inmigrantes de ambos sexos, identificó que las mujeres con estudios de educación primaria tienen un 65% menos de probabilidad de referir buena salud en comparación con las que tienen estudios superiores (OR=0.35, $p < 0.01$)³¹. Del mismo modo, los hombres con educación primaria tienen más de un 50% menos de probabilidad de referir buena salud en comparación con los de estudios superiores (OR=0.48, $p < 0.01$)³¹. En una línea similar, un estudio de correlación reciente

concluyó, con una diferencia estadística menor ($p < 0.05$), que una mejor autopercepción de salud física está significativamente asociada a tener estudios universitarios³⁰. Por último, un estudio transversal reciente obtuvo como resultados que cada año de educación disminuye en un 5% el riesgo de padecer distrés ($p < 0.01$)²⁷.

Con estos datos podríamos concluir que el nivel educativo es un factor protector ante la probabilidad de experimentar distrés y que, a su vez, favorece la mejor autopercepción de salud entre el colectivo migrante.

Tabla 5: La educación como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
McGrath M, et al. 2020 (27)	N = 1678 Edad media 34, 51,6% mujeres. Procedentes de Siria.	Años de educación OR = 0.95, IC 95% (0-93-0.98) p < 0.01
Nesterko Y, et al. 2020 (30)	N = 502. Edad media 29.73, 69,3% hombres. Los migrantes que compusieron la muestra pertenecían a diferentes países de origen, concretamente a Camerún (18,3%), Eritrea (8,2%), Iraq (4,6%), Nigeria (7,6%), Siria (10,4%), Turquía (8,6), Venezuela (16,9%) y otros (25,4%).	Estudios universitarios $\beta = -0.11$, IC 95% (-13.08 - -1.04) p < 0.05
Teixeira de Almeida AP, et al. 2011 (32)	N (GE) = 566 inmigrantes 296 hombres / 270 mujeres, edad media 36,3 años. N (GC) = 110 nativos portugueses sin experiencia migratoria previa. El 65,9% de la muestra era originaria de Ucrania, seguida por el 17% de Rusia, el 8% de Moldavia y un 9% correspondiente a otros.	Estudios superiores $\beta = -0.601$, p 0,005
Moullan Y; et al. 2014 (31)	N (España) = 15980 (8368 mujeres, 7612 hombres). Edad 18-65. Los componentes de la muestra pertenecían a países de origen como América, Asia, Europa y África, siendo algunos originarios específicamente de Marruecos.	MUJERES: Educación primaria OR = 0.35, p < 0.01 HOMBRES: Educación primaria OR = 0.48, p < 0.01

5.2.1.4 Estado de salud física

En esta subcategoría hemos recogido distintas situaciones inherentes al estado de salud física de los sujetos que debemos tener en consideración, ya que pueden afectar al malestar. Para su análisis nos hemos basado en 2 estudios. En uno de ellos, el grupo de migrantes reportó niveles más altos de factores que explican la vulnerabilidad al estrés en comparación con la población autóctona, como es en este caso la dependencia funcional ($M_{Inmigrantes}=9.82$ Vs $M_{Nativos}=7.87$, $p=0.000$)³². Por otro lado, el estudio más reciente obtuvo como resultados que vivir con una condición crónica aumentaba casi 3 veces (OR=2.87, IC 95% (2.28-3.61), $p < 0.001$) el riesgo de padecer distrés en el grupo de inmigrantes²⁷.

Por tanto, podríamos decir que el estado de salud física es un predictor importante a la hora de determinar la vulnerabilidad al estrés.

Tabla 6: El estado de salud física como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
McGrath M, et al. 2020 (27)	N = 1678 Edad media 34, 51,6% mujeres Procedentes de Siria.	Vivir con condición crónica OR = 2.87, IC 95% (2.28-3.61), p < 0.001
Teixeira de Almeida AP, et al. 2011 (32)	N (GE) = 566 inmigrantes 296 hombres / 270 mujeres), edad media 36,3 años. N (GC) = 110 nativos portugueses sin experiencia migratoria previa. El 65,9% de la muestra era originaria de Ucrania, seguida por el 17% de Rusia, el 8% de Moldavia y un 9% correspondiente a otros.	Dependencia funcional MI _{migrantes} =9.82 Vs M _{Nativos} =7.87, p=0.000

5.2.1.5 Estado Civil

Dos estudios de los seleccionados analizan la situación de las personas inmigrantes determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establecen ciertos derechos y deberes. Un estudio del 2014 con una muestra grande en la que predominaban las mujeres, encontró que las mujeres casadas tenían mejor salud que el resto³¹. Las mujeres viudas tenían un 20% menos (OR=0.81, p<0.1) de probabilidad de referir buena salud, mientras que las divorciadas tenían un 15% menos (OR=0.85, p<0.1)³¹.

Tabla 7: El estado civil como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
Moullan Y; et al. 2014 (31)	N (España) = 15980 (8368 mujeres, 7612 hombres). Edad 18-65. Los componentes de la muestra pertenecían a países de origen como América, Asia, Europa y África, siendo algunos originarios específicamente de Marruecos.	MUJERES: Divorciadas OR = 0.85, p < 0.1 Viudas OR = 0.81, p < 0.1 HOMBRES: Divorciados OR = 0.80, p < 0.05
Nesterko Y; et al. 2020 (30)	N = 502. Edad media 29.73, 69,3% hombres. Los migrantes que compusieron la muestra pertenecían a diferentes países de origen, concretamente a Camerún (18,3%), Eritrea (8,2%), Iraq (4,6%), Nigeria (7,6%), Siria (10,4%), Turquía (8,6), Venezuela (16,9%) y otros (25,4%).	Salud física: Tener pareja $\beta = -0.12$, IC 95% (-14.40 - -1.78), p < 0.01 Salud mental: Tener pareja $\beta = -0.15$, IC 95% (-16.86 - -3.74), p < 0.01

En el caso de los hombres, aquellos divorciados tenían un 20% menos (OR=0.80, $p<0.05$) de probabilidad de referir buena salud en comparación con los casados³¹. Otro estudio más reciente, en su modelo de regresión mostró que las personas emparejadas se autovaloraban mejor tanto la salud física ($\beta=-0.12$, $p<0.01$) como la salud mental ($\beta=-0.15$, $p<0.01$) en comparación con las que no lo están³⁰. Con estos resultados podemos decir que estar casado o emparejado ayuda a sentir mejor salud física y mental, es decir ayuda a la adaptación psicológica.

5.2.1.6 Número de descendientes

En el mismo modelo anterior de regresión, las personas inmigrantes que no tenían hijos percibieron también mejor salud física ($\beta=0.20$, $p<0.001$) y salud mental ($\beta=0.17$, $p<0.01$)³⁰. Sin embargo, otro estudio de regresión encontró que tener un mayor número de descendientes se asoció con menor distres psicológico, aunque con ajustados niveles de significación ($\beta=-0.173$, $p<0.053$)³³. Por último, un estudio cualitativo realizado en una pequeña muestra compuesta de mujeres reveló que una de las preocupaciones principales referidas eran aquellas relacionadas con los hijos, con un 29,93%¹⁷.

Por tanto, el tener descendientes parece que es un predictor de la salud mental, sin embargo, los resultados no son concluyentes acerca de si actúa como factor protector o no.

Tabla 8: El número de descendientes como de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
Nesterko Y, et al. 2020 (30)	N = 502. Edad media 29.73, 69,3% hombres. Los migrantes que compusieron la muestra pertenecían a diferentes países de origen, concretamente a Camerún (18,3%), Eritrea (8,2%), Iraq (4,6%), Nigeria (7,6%), Siria (10,4%), Turquía (8,6), Venezuela (16,9%) y otros (25,4%).	Autopercepción salud física: No tener hijos $\beta = 0.20$, $p < 0.001$ Autopercepción salud mental: No tener hijos $\beta = 0.17$, $p < 0.01$
Junod Perron N, et al. 2006 (17)	N=26, la mayoría mujeres. El 53,84% de los participantes eran originarios de Kosovo, seguidos por el 42,30% de Bosnia-Herzegovina y el 3,84% de Serbia del Sur.	Hijos (7/26)
Teixeria AF, et al 2017 (33)	N= 1375 inmigrantes que residen en el área metropolitana de Portugal, Lisboa Entre 26 y 35 años de edad (37.2%) y entre 36 y 45 años de edad (22.8%), 51% mujeres. Los encuestados fueron de diferentes países de origen: 40% Brasil, 30.4% Europa del Este, 29.6% países africanos de lengua oficial portuguesa.	Número de hijos $\beta = - 0.173$, $p < 0.05$

5.2.1.7 Tiempo de residencia

Un estudio descriptivo-correlacional obtuvo como resultados que residir de 6 a 12 meses, en este caso en Portugal, se asoció significativamente a una menor vulnerabilidad al estrés ($p=0.051$)³². Además, el hecho de residir más de 5 años se asoció con mucha mayor intensidad ($p=0.006$)³².

Con estos datos podríamos concluir que a medida que aumenta el tiempo de estancia en el país de acogida, disminuye la probabilidad de experimentar distrés, es decir, mejora la adaptación psicológica.

Tabla 9: Tiempo de residencia como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
Teixeira de Almeida AP, et al. 2011 (32)	N (GE) = 566 inmigrantes 296 hombres / 270 mujeres), edad media 36,3 años.	Tiempo de residencia (6-12 meses) $\beta = -1.086$, $p = 0.051$
	N (GC) = 110 nativos portugueses sin experiencia migratoria previa	Tiempo de residencia (+ 5 años) $\beta = -0.586$, $p = 0.006$
	El 65,9% de la muestra era originaria de Ucrania, seguida por el 17% de Rusia, el 8% de Moldavia y un 9% correspondiente a otros.	

5.2.1.8 Conocimiento del idioma

Este mismo estudio reveló que no tener conocimiento básico de la lengua escrita, en este caso la lengua portuguesa, es un factor predictor de aumento de la vulnerabilidad al estrés, con una diferencia estadística de $p=0.05$ ³².

Tabla 10: Conocimiento del idioma como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
Teixeira de Almeida AP, et al. 2011 (32)	N (GE) = 566 inmigrantes 296 hombres / 270 mujeres), edad media 36,3 años.	No tener conocimientos básicos de portugués $\beta = 0.410$, $p = 0.05$
	N (GC) = 110 nativos portugueses sin experiencia migratoria previa	
El 65,9% de la muestra era originaria de Ucrania, seguida por el 17% de Rusia, el 8% de Moldavia y un 9% correspondiente a otros.		

Hemos podido identificar que las mujeres son más vulnerables emocionalmente a las repercusiones del asentamiento en la sociedad de acogida en comparación con los hombres, en todos los rangos de edad. Tenemos que pensar que son un grupo especialmente vulnerable ya que, a su componente de base ansiógeno por ser mujer, se suman los cambios y retos que marcan la adaptación psicología y social de la mujer inmigrante. Por lo que, en principio, este grupo parece más vulnerable que los hombres. En relación a los predictores inherentes al sujeto, algunos de los factores que sugieren estas diferencias de sexo, aparte de los sociales y culturales, son la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos¹⁹. A pesar de la escasez de estudios, cada vez hay más pruebas sólidas que apoyan las diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los

patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales, por lo que las mujeres biológicamente podrían tener una base más ansiógena que los hombres¹⁹. Sin embargo, no debemos obviar que el ser hombre o mujer no solo puede influir en la prevalencia y predisposición, sino también en la manifestación y expresión de síntomas.

Respecto a la edad, los más jóvenes son los que manifiestan mejor salud mental, lo que puede explicarse debido a que con la edad va disminuyendo el afecto positivo²⁵. Por otro lado, parece que a la población inmigrante el hecho de estar casado o vivir en pareja le ayuda en su proceso de adaptación psicológica, puesto que son predictores que determinan una buena salud mental. El número de descendientes, por otro lado, no muestra resultados concluyentes. Sin embargo, no debemos olvidar que todos estos resultados también van a estar condicionados por el significado cultural que cada colectivo le dé al concepto de pareja y matrimonio, así como al grado de enfatización de los roles de género y del tipo de funcionamiento familiar. Otro factor como el nivel educativo también se correlaciona con una buena salud, dado que les proporciona más seguridad y una vía de acceso a mejores puestos de trabajo. Como hemos observado, el conocimiento del idioma también es un predictor importante a la hora de experimentar estrés y facilitar la adaptación psicológica. Esto se debe a que el idioma nos ayuda a crear grandes redes sociales ya que, mediante el uso del lenguaje, somos capaces de interactuar con el medio que nos rodea. El concepto de comunicación intercultural se refiere a la comunicación entre individuos de diferentes orígenes culturales. En estos encuentros las interacciones no necesariamente comportan las mismas reglas básicas, por lo que se vuelve más difícil centrarse en el contenido del mensaje intercambiado dado que los sujetos pueden codificar y decodificar mensajes utilizando diferentes códigos culturales³⁴.

5.2.2 Factores del contexto:

5.2.2.1 Situación Económica

Esta variable independiente es analizada para poder identificarla como elemento predictor determinante del malestar. Para el análisis de esta subcategoría hemos seleccionado 3 estudios. Con una muestra grande de migrantes sirios, los resultados mostraron que una situación económica media (OR=0.64, IC 95% (0.52-0.80), $p<0.001$) o buena (OR=0.53, IC 95% (0.31-0.88), $p<0.05$), disminuye aproximadamente a la mitad el riesgo de padecer estrés frente a una situación económica mala²⁷. Además, un estudio transversal más reciente obtuvo como resultados, en una muestra en la que el 56% eran hombres, que las preocupaciones mayoritarias eran aquellas que hacían alusión al trabajo y las finanzas (25,4%)³⁵. Por último, un estudio cualitativo realizado en una pequeña muestra compuesta por mujeres, identificó como preocupaciones principales referidas aquellas relacionadas con la situación financiera¹⁷.

Por tanto, la situación económica puede ser un factor predictor de la salud mental de las personas inmigrantes, dicho de otra forma, ayuda a la adaptación psicológica.

Tabla 11: La situación económica como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
McGrath M, et al. 2020 (27)	N = 1678 Edad media 34, 51,6% mujeres.	Situación económica media OR = 0.64, IC 95% (0.52-0.80), p < 0.001
	Los participantes son procedentes de Siria.	Situación económica buena OR = 0.53, IC 95% (0.31-0.88), p < 0.05
Bruhn M, et al. 2018 (35)	N=116 pacientes que recibieron 6 meses de tratamiento multidisciplinar.	Trabajo / finanzas 25.4%
	65 (56%) hombres con edades de 28-49 años. En este estudio el 80% de los participantes eran originarios de Oriente Medio (Iraq, Irán, Líbano).	
Junod Perron N, et al. 2006 (17).	N=26, la mayoría mujeres.	Financieras (4/26)
	El 53,84% de los participantes eran originarios de Kosovo, seguidos por el 42,30% de Bosnia-Herzegovina y el 3,84% de Serbia del Sur.	

5.2.2.2 Situación Laboral

Es otra variable independiente que se puede asociar al malestar emocional. De los 4 estudios seleccionados, un estudio transversal con una muestra grande con predominio de mujeres, mostró que, tanto para hombres (OR=0.68, p<0.01) como para mujeres (OR=0.64, p<0.01), el estar en situación de desempleo disminuyó en más de un 30% la probabilidad de referir buena salud en comparación con aquellas personas con empleo³¹. Otro estudio transversal reveló una asociación moderada del desempleo tanto con la depresión (R=0.289, p<0.05) como con el TEPT (R=0.316, p<0.01)²². Otro estudio descriptivo-correlacional realizado con inmigrantes originarios mayoritariamente de Europa, no pudo encontrar que el ser trabajador independiente influyera en ser menos vulnerable al estrés³². Por último, cabe mencionar que un estudio cualitativo con una muestra pequeña de 9 mujeres que realizaban labores del hogar o cuidado de personas dependientes, identificó como factor protector de la aparición del Síndrome de Ulises el vínculo fraternal y el cariño que sentían por la persona a la que cuidaban, lo que a su vez favorecía cierto grado de integración en la familia de acogida³⁶.

Con estos datos podemos decir que el hecho de tener trabajo es un factor protector ante la probabilidad de experimentar distrés.

Tabla 12: La situación laboral como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
Moullan Y; et al. 2014 (31)	N (España) = 15980 (8368 mujeres, 7612 hombres). Edad 18-65. Los componentes de la muestra pertenecían a países de origen como América, Asia, Europa y África, siendo algunos originarios específicamente de Marruecos.	MUJERES: Desempleadas OR = 0.64, $p < 0.01$ HOMBRES: Desempleados OR = 0.68, $p < 0.01$
Teixeira de Almeida AP, et al. 2011 (32)	N (GE) = 566 inmigrantes 296 hombres / 270 mujeres), edad media 36,3 años. N (GC) = 110 nativos portugueses sin experiencia migratoria previa. El 65,9% de la muestra era originaria de Ucrania, seguida por el 17% de Rusia, el 8% de Moldavia y un 9% correspondiente a otros.	Ser trabajador independiente $\beta = -1.976$, $p=0.080$
Granados-Bolívar ME, et al. 2016 (36)	N=9 mujeres que realizaban labores del hogar o de cuidado de personas dependientes. País de origen desconocido.	Se identifica como factor protector de la aparición del Síndrome de Ulises el vínculo fraternal y el cariño que sentían por la persona que cuidaban, que favorece incluso cierto grado de integración en la familia de acogida.
Teodorescu DS, et al. 2012 (22)	N= 61. 36 hombres (edad media 44) y 25 mujeres (edad media 38). En la muestra de estudio el 38% de los participantes eran originarios de Europa del Este, el 15% de África, el 26% de Oriente Medio, el 16% de Lejano Oriente y el 5% de Latinoamérica.	El desempleo se asocia moderadamente con la depresión ($R = 0.289$, $p < 0.05$). El desempleo se asocia moderadamente con Trastorno de Estrés Postraumático ($R=0.316$, $p < 0.01$).

5.2.2.3 Apoyo Social

El apoyo social percibido es una de las variables más importantes en la adaptación social y psicológica². Para esta subcategoría hemos seleccionado 3 estudios. Un estudio descriptivo-correlacional identificó, con una gran diferencia estadística ($p=0.000$), que el grupo de inmigrantes reportó niveles más altos de factores que explican la vulnerabilidad al estrés en comparación con el grupo control, tales como la falta de apoyo social ($M_{Inmigrantes}=5.62$ Vs $M_{Nativos}=4.64$)³².

Este mismo estudio en una regresión encontró que el número de apoyo social se asoció con la vulnerabilidad al estrés, presentando menor riesgo aquellos con mayor apoyo ($\beta=-0.271$, $p=0.008$)³². Otro estudio correlacional reveló una importante asociación entre una red débil de soporte social y mayor depresión ($R=0.50$, $p=0.001$) y más TEPT ($R=0.41$, $p=0.001$)²². En esta misma línea, un estudio cualitativo reveló que el 29.93% de las preocupaciones referidas por un grupo de 26 mujeres eran aquellas relacionadas con la falta de apoyo social¹⁷.

Estos resultados confirman la importancia de la red social en las personas inmigrantes para prevenir la vulnerabilidad al estrés, la depresión y el TEPT, desvelando la importancia de esta variable en la adaptación psicológica de la persona inmigrante.

Tabla 13: El apoyo social como predictor del duelo migratorio.

Autor/Año	Muestra	Resultados
Teodorescu DS, et al. 2012 (22)	N= 61. 36 hombres (edad media 44) y 25 mujeres (edad media 38). En la muestra de estudio el 38% de los participantes eran originarios de Europa del Este, el 15% de África, el 26% de Oriente Medio, el 16% de Lejano Oriente y el 5% de Latinoamérica.	La depresión se asocia fuertemente con una red social débil (R=0.505, p < 0.001). El Trastorno de Estrés Postraumático se asocia fuertemente con una red social débil (R=0.410, p < 0.01).
Teixeira de Almeida AP, et al. 2011 (32)	N (GE) = 566 inmigrantes 296 hombres / 270 mujeres), edad media 36,3 años. N (GC) = 110 nativos portugueses sin experiencia migratoria previa. El 65,9% de la muestra era originaria de Ucrania, seguida por el 17% de Rusia, el 8% de Moldavia y un 9% correspondiente a otros.	Número de apoyo social $\beta = -0.271$, p 0.008 Falta de apoyo social (M _{Inmigrantes} =5.62 Vs M _{Nativos} =4.64, p= 0.000)
Junod Perron N, et al. 2006 (17)	N=26, la mayoría mujeres. El 53,84% de los participantes eran originarios de Kosovo, seguidos por el 42,30% de Bosnia-Herzegovina y el 3,84% de Serbia del Sur.	Falta de apoyo social (7/26).

5.2.2.4 Vivir solo

Una regresión lineal mostró que el vivir solo se relacionó como factor predictor del número total de estresores postmigración ($\beta=0.249$, $p=0.006$)³⁵.

Tabla 14: Vivir solo como predictor de la desadaptación psicológica

Bruhn M, et al. 2018 (35)	N=116 pacientes que recibieron 6 meses de tratamiento multidisciplinar. 65 (56%) hombres con edades de 28-49 años. En este estudio el 80% de los participantes eran originarios de Oriente Medio (Iraq, Irán, Líbano).	Vivir solo $\beta = 0.249$, p = 0.006
----------------------------------	--	---

5.2.2.5 Necesidad de Atención Sanitaria

Esta subcategoría hace mención a la necesidad subjetiva de atención sanitaria del colectivo inmigrante, reflejando por tanto su autopercepción en cuanto a las necesidades de atención del sistema sanitario. Para ello hemos seleccionado un único estudio publicado en el año 2020. En

una regresión lineal este estudio mostró que la necesidad de apoyo sanitario percibida por la persona se asoció con más fuerza con la variable dependiente de somatización ($\beta=0.24$, $p<0.001$) y con menor intensidad con la ansiedad ($\beta=0.15$, $p<0.01$), la depresión ($\beta=0.15$, $p<0.01$) y el TEPT ($\beta=0.14$, $p<0.01$)³⁰. Además, no tener necesidad subjetiva de atención sanitaria se asoció débilmente con mejor autovaloración de salud física ($\beta=-0.10$, $p<0.05$)³⁰.

Estos datos nos reflejan que la población inmigrante demanda más atención cuando padece síntomas físicos y no tanto cuando se siente emocionalmente mal.

Tabla 15: La necesidad de Atención Sanitaria como predictor de la desadaptación psicológica

Autor/Año	Muestra	Resultados
Nesterko Y, et al. 2020 (30)	N = 502. Edad media 29.73, 69,3% hombres. Los migrantes que compusieron la muestra pertenecían a diferentes países de origen, concretamente a Camerún (18,3%), Eritrea (8,2%), Iraq (4,6%), Nigeria (7,6%), Siria (10,4%), Turquía (8,6), Venezuela (16,9%) y otros (25,4%).	Somatización Necesidad atención sanitaria $\beta = 0.24$, IC 95% (2.00-4.77), $p < 0.001$ Depresión: Necesidad atención sanitaria $\beta = 0.15$, IC 95% (0.65-3.26), $p < 0.01$ Ansiedad: Necesidad atención sanitaria $\beta = 0.15$, IC 95% (0.81-3.56), $p < 0.01$ PTSD: Necesidad atención sanitaria $\beta = 0.14$, IC 95% (1.49-9.47), $p < 0.01$ Autopercepción salud física: No necesidad atención sanitaria $\beta = -0.10$, IC 95% (-13.64 - -0.31), $p < 0.05$

Como hemos observado, el apoyo social es un factor protector ante el riesgo de experimentar distrés. Contar con personas cercanas es un factor que ayuda de forma importante a la disminución de la somatización y de las manifestaciones de afectación psicoemocionales. Se ha comprobado que las personas que padecen más ansiedad sufren una mayor somatización y hacen mayor uso de los recursos sanitarios. Por lo que, disponer de un buen apoyo social repercute en una disminución de la necesidad de atención y por lo tanto en un menor consumo de recursos del sistema sanitario. En esta línea, parece relevante mencionar que el vivir solo o acompañado a veces puede entenderse como disposición de apoyo social, sin embargo, el vivir solo o compartir una vivienda no tiene por qué derivar en sentir apoyo social. Por último, tener una buena situación económica y laboral han demostrado ser predictores protectores. Por tanto, parece que pueden ser indicadores de una mejor adaptación psicológica, ya que aportan a la persona mayor seguridad y estabilidad.

5.3 Utilización y acceso a la Atención Sanitaria

La tercera y última categoría, que a su vez hemos dividido en varias subcategorías, tiene como objetivo explorar las vías de acceso al Sistema Sanitario que utiliza este colectivo en la sociedad.

5.3.1 Visitas a Atención Primaria

Para analizar esta subcategoría hemos seleccionado dos estudios, ambos compararon la frecuentación, entre población inmigrante y autóctona española, del servicio de Atención Primaria. El estudio menos reciente reveló que los inmigrantes de nacionalidad africana acuden a los servicios de Atención Primaria un 20% más que los españoles (OR=1.20, $p < 0.01$)³⁷. En contraste, el grupo de inmigrantes europeos frecuentó este servicio casi un 60% menos (OR=0.42, $p < 0.001$) que los españoles³⁷. Otro estudio más reciente mostró que los inmigrantes realizan menos visitas al médico de cabecera en comparación con los españoles, sin embargo, la diferencia estadística no fue significativa ($p > 0.05$)³⁸. Los resultados muestran de manera incipiente que la frecuentación de Atención Primaria del sistema español es diferente según países de origen. Hay muchos grupos que no se diferencian con la población española, sin embargo, el grupo de África parece preferir esta vía de acceso al Sistema Sanitario.

Tabla 16: Utilización de los servicios de Atención Primaria

Autor/Año	Muestra	Resultados
Hernández – Quevedo C, et al. 2009 (37)	N (no españoles) = 2705. N (españoles) = 48.381 Los participantes de la muestra eran originarios de Latinoamérica (46%), Unión Europea (28%), África (17%), Europa (6%), Asia (3%), Norteamérica (1%) y Oceanía (0,3%).	No españoles visitas AP - África OR = 1.20, $p < 0.01$ - Europa OR = 0.42, $p < 0.001$
Solé-Auró A. 2012 (38)	N Nativos España = 2.301 Media de edad 66.4 años, 54.2% mujeres. N Inmigrantes España = 52 67.3% mujeres. Los países de procedencia de los inmigrantes que componen la muestra son América (46,6%), África (5,8%), Asia (4%) y Europa (43,6%).	Visitas al médico de cabecera $\beta = -0.03$, $p > 0.05$

5.3.2 Ingresos en hospital

Para el análisis de esta categoría nos basamos también en los dos estudios anteriores. Dos grupos se diferenciaron estadísticamente del grupo de españoles. Concretamente, el grupo de África tuvo un 75% más de ingresos que los españoles (OR=1.75, $p < 0.001$), seguido de los latinoamericanos con un 33% más (OR=1.33, $p < 0.001$)³⁷.

Otro estudio transversal más reciente reveló, en una regresión en la que se controló la edad, sexo, condiciones de salud, circunstancias socioeconómicas y seguro médico adicional, que los inmigrantes tienen una mayor probabilidad de tener al menos una visita al hospital que la población autóctona³⁸. Tomando como referencia estos datos, solo dos grupos (latinoamericano y africano) parecen tener más ingresos que la población española.

Tabla 17: Utilización de los servicios hospitalarios

Autor/Año	Muestra	Resultados
Hernández – Quevedo C, et al. 2009 (37)	<p>N (no españoles) = 2705</p> <p>N (españoles) = 48.381</p> <p>Los participantes de la muestra eran originarios de Latinoamérica (46%), Unión Europea (28%), África (17%), Europa (6%), Asia (3%), Norteamérica (1%) y Oceanía (0,3%).</p>	<p>No españoles visitas hospital</p> <p>OR = 1.33, p < 0.001</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latinoamérica OR = 1.33, p < 0.001 - África OR = 1.75, p < 0.001
Solé-Auró A. 2012 (38)	<p>N Nativos España = 2.301</p> <p>Media de edad 66.4 años, 54.2% mujeres.</p> <p>N Inmigrantes España = 52</p> <p>67.3% mujeres.</p> <p>Los países de procedencia de los inmigrantes que componen la muestra son América (46,6%), África (5,8%), Asia (4%) y Europa (43,6%).</p>	<p>Estancias hospitalarias $\beta = -0.32$, p > 0.05.</p> <p>Probabilidad de no tener estancia hospitalaria $\beta = -1.19$, p < 0.05</p>

5.3.3 Visitas a Especialistas

Hemos seleccionado un único estudio transversal realizado con una muestra heterogénea en cuanto a país de origen, de 2705 inmigrantes. El grupo latinoamericano mostró un 30% menos de frecuentación de los especialistas en comparación con el grupo de españoles (OR=0.70, p<0.001), seguidos del grupo de la UE con un 46% menos (OR=0.56, p<0.001) y de los asiáticos con 57% menos (OR=0.43, p<0.05)³⁷. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con lo que podemos decir que la población inmigrante en general, independientemente del país de origen, frecuenta menos al especialista que los españoles.

Tabla 18: Utilización de los servicios de especialistas

Autor/Año	Muestra	Resultados
Hernández – Quevedo C, et al. 2009 (37)	<p>N (no españoles) = 2705</p> <p>N (españoles) = 48.381</p> <p>Los participantes de la muestra eran originarios de Latinoamérica (46%), Unión Europea (28%), África (17%), Europa (6%), Asia (3%), Norteamérica (1%) y Oceanía (0,3%).</p>	<p>No españoles visitas especialistas</p> <p>OR = 0.69, p < 0.001</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latinoamérica OR = 0.70, p < 0.001 - Unión Europea OR = 0.56, p < 0.001 - Asia OR = 0.43, p < 0.05

5.3.4 Visitas a Emergencias

Hemos seleccionado un único estudio transversal realizado con una muestra heterogénea en cuanto a país de origen, de 2705 inmigrantes. Este artículo mostró como el colectivo inmigrante en general visita un 16 % más las Urgencias que los españoles (OR=1.16, $p < 0.001$)³⁷. Cuando analizó por grupos, los inmigrantes de la UE visitaron casi un 15 % menos este servicio (OR=0.84, $p < 0.05$) en comparación con el grupo de españoles³⁷. Por contra, los grupos que más acudieron a urgencias fueron los latinoamericanos con un 44% (OR=1.44, $p < 0.001$) y los africanos con un 26% (OR=1.26, $p < 0.05$)³⁷. Aquí de nuevo encontramos diferencias por grupos de país de origen.

Tabla 19: Utilización de los servicios de emergencias

Autor/Año	Muestra	Resultados
Hernández – Quevedo C, et al. 2009 (37)	N (no españoles) = 2705 N (españoles) = 48.381 Los participantes de la muestra eran originarios de Latinoamérica (46%), Unión Europea (28%), África (17%), Europa (6%), Asia (3%), Norteamérica (1%) y Oceanía (0,3%).	No españoles visitas emergencias OR = 1.16, $p < 0.001$ - Latinoamérica OR = 1.44, $p < 0.001$ - Unión Europea OR = 0.84, $p < 0.05$ - África OR = 1.26, $p < 0.05$

5.3.5 Uso de servicios de Salud Mental

Para esta subcategoría hemos seleccionado un único estudio. En esta revisión bibliográfica de 51 estudios no se obtuvieron resultados concluyentes en relación al uso de los servicios de salud mental por parte del colectivo de inmigrantes, concluyendo con un 47% mayor contacto para dicho grupo, en comparación con un 59% que identificó un menor uso²³.

Tabla 20: Utilización de los servicios de Salud Mental.

Autor/Año	Muestra	Resultados
Patel K, et al. 2017 (23)	N = 51 estudios. 17/51 (33%) se centraron en la frecuencia de contacto con servicios de salud mental.	8/17 (47%) concluyeron > contacto para el grupo de migrantes. 10/17 (59%) concluyeron < uso para el grupo de migrantes.

Aunque por los resultados de los estudios seleccionados no podemos asegurar que el acceso al Sistema Sanitario se produzca exclusivamente ante manifestaciones de desadaptación psicológica, sí pueden darnos una idea de cuál es la ruta de acceso utilizada por los grupos de inmigrantes. El grupo de africanos utiliza más Atención Primaria y Urgencias, seguidos del grupo de latinoamericanos que también son más frequentadores del servicio de Urgencias en comparación con la población autóctona española. Sin embargo, llama la atención que visiten

menos al especialista en comparación con los españoles. Por el contrario, tanto el grupo de asiáticos como el de Europa del Este son menos frequentadores del sistema que los españoles.

En relación a lo anterior, el estudio de Hernández-Quevedo C, et al. observó que las diferencias en la utilización disminuyen a medida que aumenta el número de años de residencia de los inmigrantes en el país de acogida. Por lo que, los patrones de utilización entre la población nativa y la inmigrante pueden deberse a un conocimiento limitado del funcionamiento del sistema sanitario español por parte del segundo colectivo³⁷.

6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÀCTICA

Esta revisión ha pretendido explorar el proceso de adaptación psicológica que experimenta el colectivo inmigrante durante su asentamiento en el país europeo. Para ello se han seleccionado estudios que analizan a esta población en sociedades de acogida europeas, ya que los choques culturales en los distintos países comparten características similares.

Tenemos que resaltar que, tanto el análisis realizado como los resultados de los estudios seleccionados, están realizados bajo unos significados culturales concretos acerca de lo que son las buenas y malas emociones, y la buena y mala salud.

Aunque los estudios seleccionados solo se han centrado en el análisis del malestar emocional y no en el bienestar, hemos podido identificar los signos o síntomas que deben despertar la alerta entre los profesionales. Las dolencias inespecíficas como dolor osteoarticular, fatiga, dolor de cabeza, etc. pueden indicar que el individuo está experimentando un proceso de adaptación disfuncional. Aunque estas dolencias parecen no afectar seriamente a la calidad de vida física, sí son indicativas de un proceso de adaptación psicológica dificultoso, por lo que es necesario establecer controles y seguimientos para prevenir que este malestar emocional derive en un agravamiento de la salud mental.

En nuestro análisis podemos identificar, a nivel micro y meso, circunstancias personales y contextuales para ser abordadas con estrategias más multidisciplinares. Como profesionales de Enfermería, estar alerta a estos factores es útil para identificar personas en mayor riesgo de vulnerabilidad como inmigrantes de sexo femenino, individuos de edad media o mayores, con periodo corto en el país de acogida, con un estado de dependencia física o afectaciones crónicas y/o con bajo nivel de idioma. Asimismo, nos indican una mayor vulnerabilidad al estrés una mala situación económica y laboral, no disponer de una buena red de apoyo social, no vivir en compañía o sentir una mayor necesidad subjetiva de atención sanitaria.

Por último, en relación al acceso y utilización de los recursos del sistema sanitario, concluimos que existen diferencias entre países de origen. Este conocimiento puede hacernos más tolerantes, sin demorar investigaciones que profundicen más en los por qué de la elección de las diferentes frecuentaciones de los recursos sanitarios y, a la vez, fomentar el uso de estrategias pedagógicas tanto al equipo de profesionales como a los diferentes grupos de inmigrantes, para promover la utilización eficaz de esos recursos sanitarios.

Saber qué características de cada individuo son las que han podido favorecer o entorpecer este proceso nos posibilita comprender mejor cada caso y tratar de anticiparnos, estableciendo intervenciones individualizadas que den respuesta a las necesidades personales de cada sujeto. Por tanto, es necesario hacernos conscientes de los diferentes contextos geográficos, las diferencias de género, idioma, cultura, religión, etc., de forma que el tratamiento de este colectivo no sea homogéneo³⁹.

7. LIMITACIONES

En esta revisión también hay que tener en cuenta algunas limitaciones. Aunque hay estudios que recogen un predominio de las repercusiones positivas de la migración sobre las negativas^{2,10} esta revisión se ha centrado en las negativas. Este sesgo puede llevar generalizar la desadaptación psicológica en toda persona inmigrante.

En la mayoría de las muestras de los estudios predominan las mujeres, que presentan peor adaptación psicológica que los hombres, por lo que sería interesante dirigir las líneas de investigación a conocer cómo es este proceso de adaptación en los hombres específicamente.

En el análisis de los estudios seleccionados no han tenido en cuenta factores culturales que influyen en la adaptación cultural y por ende en la adaptación psicológica, como la distancia cultural entre la sociedad de origen y la de acogida, ya que una mayor distancia cultural implica una mayor dificultad de adaptación socio-cultural². También echamos en falta el análisis de las estrategias de aculturación. Hay estudios que muestran que la mayoría de los inmigrantes hacen uso del biculturalismo (74%), lo que supone manifestar el deseo de integrarse en la nueva sociedad manteniendo al mismo tiempo la cultura de origen². La segunda opción mayoritaria sería la asimilación (13%), donde se adopta la nueva cultura abandonando la propia². Cabe preguntarse si las personas con estas estrategias de aculturación tienen un proceso de adaptación psicológica mejor que aquellas que emplean estrategias de separación (11%), lo que significa que el contacto con la sociedad receptora es mínimo, manteniendo fuertes los lazos con la cultura de origen²; o la marginalización (2%), que supone retraimiento y distancia tanto respecto a la sociedad de acogida como hacia la de origen². Podemos imaginar que el proceso será diferente en función de las estrategias empleadas por cada individuo.

También hubiera sido interesante ampliar el análisis a otros factores, por lo que se proponen líneas de investigación que ayuden a comprender con mayor profundidad cómo es este proceso de desadaptación. Además, sería importante conocer las estrategias de afrontamiento más beneficiosas. Todo ello dará más luz a las enfermeras en su objetivo de ayudar a estas personas.

La mayoría de los estudios seleccionados han sido de corte transversal. Sería interesante añadir estudios de corte longitudinal que permitan conocer en mayor profundidad el proceso de adaptación y los cambios que experimentan, ya que se ha demostrado que a medida que aumenta el tiempo en el país de acogida, la probabilidad de experimentar distrés disminuye. Por lo que este tipo de estudios permitirían investigar a este colectivo durante un periodo de tiempo más extenso, proporcionando estimaciones más sólidas.

En resumen, la diversidad de cuidados que brinden los profesionales no será de calidad hasta que las experiencias vitales de estas personas, así como sus propias interacciones con el ambiente que les rodea, estén cubiertas, sean entendidas y analizadas¹⁵.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Unicef. Migración y asilo. Luxembourg. Publications Office; 2019.
2. Basabe N; Zlobina A; Páez D. Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco _Cuadernos Sociológicos Vascos. 2004.
3. Castles S. The Forces Driving Global Migration. *J Intercult. Stud.* 2013; 34(2):122-140.
4. Estupinyá P. El cazador de cerebros – Migraciones: datos sin prejuicios [videocinta]. RTVE; 2020.
5. Ronda-Pérez E, Ortiz-Barreda G, Hernando C, Vives-Cases C, Gil-González D, Casabona J. Características generales de los artículos originales incluidos en las revisiones bibliográficas sobre salud e inmigración en España. *Rev. Esp. Salud Pública* 2014; 88(6):675-685.
6. Dolado J, Vázquez P. Ensayos sobre los efectos económicos de la inmigración en España. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2008.
7. Instituto Nacional de Estadística. CP - 1 de julio de 2019 y EM - Primer semestre de 2019. Datos provisionales. Notas de prensa, 2020.
8. Ibarra-Mendoza TX, González JS. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enferm* 2006; 15(55):44-48.
9. Ramírez MP. El proceso de adaptación sociocultural: un modelo sociocognitivo de aculturación. Universidad Pontificia Comillas, España. 2017.
10. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona, Ediciones Mayo, 2002.
11. Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten. Primaria.* 2012; 44(2): 82-88.
12. Arellanez JL. Consumo de drogas y respuestas al estrés migratorio entre los migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos. *Front Nort* 2016; 28(56): 113-133.
13. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten. Primaria* 2016; 48(3): 149-158.
14. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales. 2012; 26:161-175.
15. Ibarra-Mendoza TX, González JS. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enferm* 2006; 15(55):44-48.
16. Bäärnhielm S, Ekblad S. Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. *Cult, Med Psychiatry* 2000; 24: 431-452.
17. Junod Perron N; Hudelson P. Somatisation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC J Fam Pract* 2006, 7:10.
18. Hoare T; Vidgen A; Roberts N. In their own words: a synthesis of the qualitative research on the experiences of adults seeking asylum. A systematic review of qualitative findings in forced migration. *Med Confl and Surviv* 2017, 33(4):273-298.
19. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escr Psicol* 2009, 3(1):20-29.
20. Nortvedt L, Lohne V, Nirmal Kumar B, Ploug Hansen H. A lonely life – A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave in Norway. *Int J Nurs Stud* 2016, 54: 54-64.
21. Campos, M., Páez, D., Velasco, C. Afrontamiento y regulación emocional de los hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11 M. *Ansiedad y Estrés* 2004; 10, 277-266.

22. Teodorescu, D.-S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scand J Psychol.* 2012; 53: 316–332.
23. Patel K, Kouvonen A, Close C, Väänänen A, O'Reilly D, Donnelly M. What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Syst Rev* 2017, 6:78.
24. Qays Bousmah M, Baptiste Simon Combes J, Abu-Zaineh M. Health differential between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy* 2019, 123: 235-243.
25. Basabe N., Paez D. Aierdi X., Jimenez A. Salud e inmigración: Aculturación, Bienestar subjetivo y calidad de vida Observatorio vasco de inmigración _IKUSPEGi. 2009.
26. Gilbar, O., Or-han, K. y Plivazky, N. Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end renal disease patients. *J Psychosom Res.* 2005; 58: 471-476.
27. McGrath M, Acarturk C, Roberts B, Ilkkursun Z, Sondorp E, Sijbrandij M, et al. Somatic distress among Syrian refugees in Istanbul, Turkey: A cross-sectional study. *J Psychosom Res.* 2020, 132: 109993.
28. Ludwig-Beymer P. Transcultural Aspects of Pain. En: Andrews MM and Boyle JS, editor. *Transcultural Concepts in Nursing Care.* Filadelfia, Estados Unidos: Lippincott Williams y Wilkins; 2007, 329-354.
29. Matsumoto D, Juang L. Cognition and Culture. En: Matsumoto D and Juang L, editor. *Culture and Psychology.* Wadsworth Publishing Co Inc; 2012, 112-146.
30. Nesterko Y, Jäckle D, Friederich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Confl. Health* 2020, 14:44.
31. Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *Eur. J. Public Health.* 2014, 80-86.
32. Teixeira de Almeida AP, Vaz A. Vulnerability to Stress in Migratory Contexts: A Study with Eastern European Immigrant Residing in Portugal. *J Immgr Minor Health* 2011, 13:690-696.
33. Teixeira AF, Dias SF. Labor market integration, immigration experience and psychological distress in a multi-ethnic sample of immigrant residing in Portugal. *Ethn Health* 2018, 23 (1): 81-96.
34. Matsumoto D, Juang L. Language and Communication in Culture. En: Matsumoto D and Juang L, editor. *Culture and Psychology.* Wadsworth Publishing Co Inc; 2012, 225-253.
35. Bruhn M, Rees S, Mohsin M, Silove D, Carlsson J. The Range and Impact of Postmigration Stressor During Treatment of Trauma-Affected Refugees. *J Nerv Ment Dis.* 2018, 206 (1):61-68.
36. Granados –Bolívar ME, Jiménez García A. Experiencia vivida por 9 mujeres en su adaptación como inmigrantes en la provincia de Granada. *Nuber Cientif.* 2016, 3 (18): 28-33.
37. Hernández - Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med.* 2009, 69:370-378.
38. Solé-Auró A. Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE. *Eur J Health Econ.* 2012, 13 (6):741-754.
39. Plaza MJ, Soriano R, Nogués B. Las circunstancias sociosanitarias de los inmigrantes: una visión desde la organización Médicos del Mundo. *Cuad. de Geogr* 2002; 72: 349-360.

ANEXOS

ANEXO 1: TABLA DE CONCEPTOS PREVIA AL PROCESO DE BÚSQUEDA

Objetivo: Explorar en la población inmigrante adulta la adaptación psicológica ante los cambios que encuentran en la sociedad de acogida europea.

Lenguaje Natural			Lenguaje controlado en las bases de datos
Conceptos	Sinónimo (Antónimo, si precisa)	Inglés	Búsqueda en el Teasoro de las diferentes Bases de datos
Experiencias	Experiencias de vida	Experiences Life Experiences	Medline (MeSH): Life Experiences / Life Change Events CUIDEN (Descriptores de CUIDEN): Necesidades Humanas PsycInfo (MeSH): Life Changes Science Direct: ----- Cochrane Library: Life Changes
Impacto en salud Impacto psicológico	Adaptación Psicológica Ansiedad Estrés Somatización Salud Mental	Adaptation Psychological adaptation Mental Health	Medline (MeSH): Adaptation, Psychological / Stress Psychological / Mental Health / Somatoforms Disorders CUIDEN (Descriptores de CUIDEN): Estrés / Salud Mental / Síndrome de Ulises PsycInfo (MeSH): Adaptation / Psychological Stress / Mental Health / Somatoforms Disorders / Science Direct: Salud Mental / Estrés Psicológico / Adaptación Psicológica / Somatización Cochrane Library: Adaptation / Psychological Stress / Mental Health / Somatoforms Disorders
Personas migradas	Migración Migrante Inmigrante Inmigración	Migrant Migration Inmigrant Inmigration	Medline (MeSH): Emigration and Immigration CUIDEN (Descriptores de CUIDEN): Inmigrantes PsycInfo (MeSH): Emigration and Immigration / Human migration Science Direct: Inmigrantes Cochrane Library: Emigration and Immigration

ANEXO 2: TABLA DEL PROCESO DE BÚSQUEDA

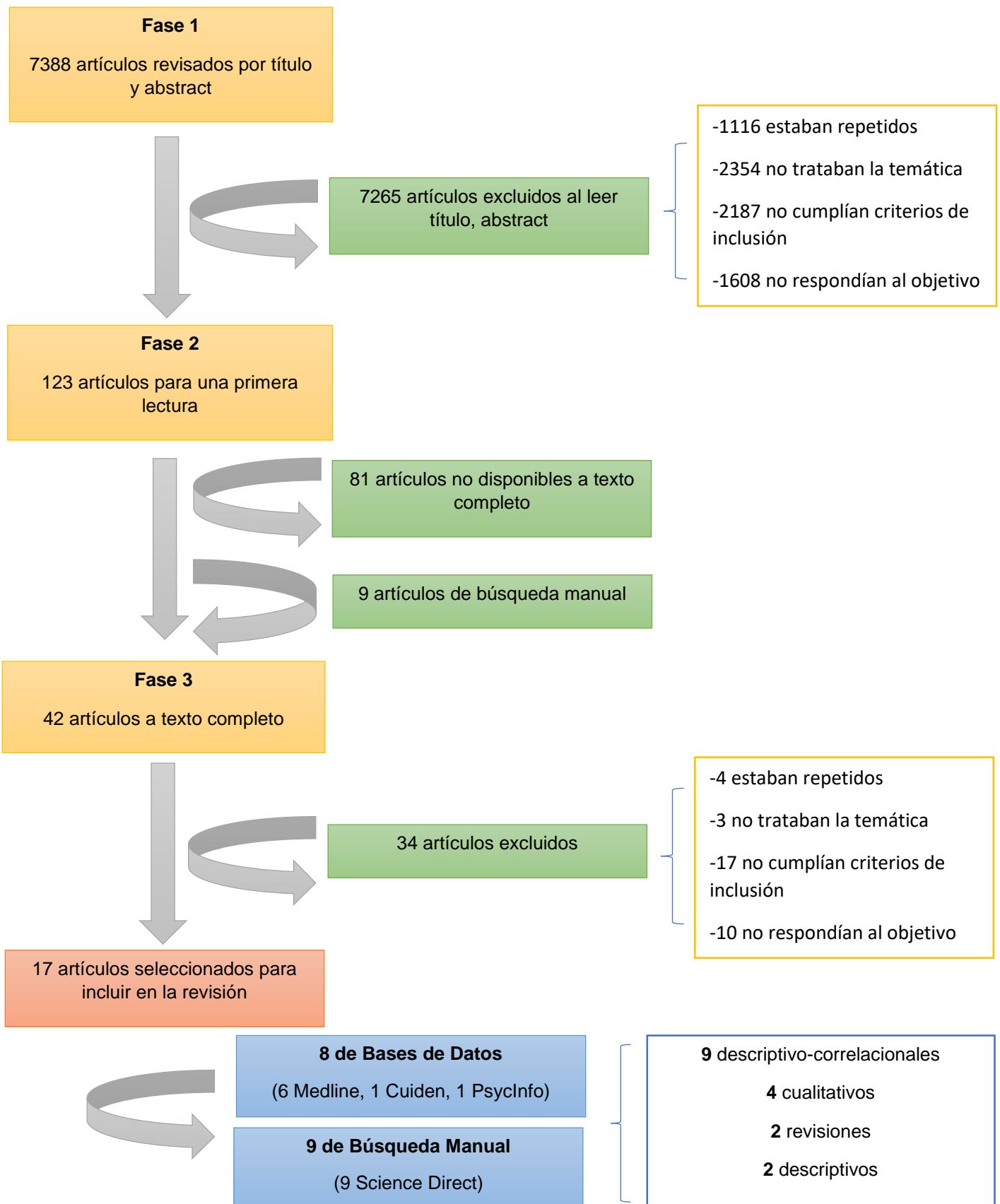
Objetivo: Explorar en la población inmigrante adulta la adaptación psicológica ante los cambios que encuentran en la sociedad de acogida europea.

Base de Datos	Ecuación de Búsqueda	Resultados		Observaciones	Texto Completo	Incluidos en Revisión
		Encontrados	Válidos (título/abstract)			
Medline 1º	(Life Change Events OR Adaptation, Psychological OR Stress Psychological OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration)	879	-	Búsqueda demasiado amplia, se añade limitador con el fin de delimitar los resultados.	-	-
Medline 2º	(Life Change Events OR Adaptation, Psychological OR Stress Psychological OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration) limit to (yr=2000-2020)	586	38	Búsqueda efectiva, de los resultados obtenidos 38 son válidos por título y abstract. De estos, únicamente 12 están a texto completo, de los cuales se incluyen 6 en la revisión.	12	6
Medline 3º	(Ulysses Syndrome)	22	3	Realizo una búsqueda avanzada utilizando el término "Ulysses Syndrome" ya que no está incluido como palabra clave. Inefectiva.	1	0
PsycInfo 1º	(Life Changes OR Adaptation OR Psychological Stress OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration OR Human Migration)	1391	-	Búsqueda demasiado amplia, se añade limitador.	-	-

Base de Datos	Ecuaciones de Búsqueda	Resultados		Observaciones	Texto Completo	Incluidos en Revisión
		Encontrados	Válidos (título/abstract)			
PsycInfo 2º	(Life Changes OR Adaptation OR Psychological Stress OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration OR Human Migration) limit to (yr=2000-2020)	1239	57	Búsqueda muy reducida. De los resultados obtenidos únicamente 57 son válidos por título y abstract. De estos, 21 se encuentran a texto completo. La mayoría son descartados por repetirse en la ecuación anterior. Finalmente se selecciona 1 estudio a incluir en la revisión.	21	1
PsycInfo 3º	(Ulysses Syndrome)	5	0	Realizo una búsqueda avanzada utilizando el término "Ulysses Syndrome" ya que no está incluido como palabra clave. Inefectiva.	-	0
CUIDEN 1º	(Inmigrantes) Y (Estrés) Y (Salud Mental)	10	3	Búsqueda inefectiva. De los 3 resultados válidos por título y abstract, solo 2 están a texto completo y ninguno es seleccionado para incluir en la revisión. Decido modificar las palabras clave.	2	0
CUIDEN 2º	(Inmigrantes) Y (Síndrome de Ulises)	7	1	Búsqueda reducida. De los resultados obtenidos, 2 se descartan por ser artículos repetidos. De los restantes, solo 1 es válido por título y abstract.	1	1
PubMed 1º	(Life Change Events OR Adaptation, Psychological OR Stress Psychological OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration)	1943	-	Búsqueda demasiado amplia, añadido limitador con el fin de delimitar los resultados obtenidos.	-	-

Base de Datos	Ecuaciones de Búsqueda	Resultados		Observaciones	Texto Completo	Incluidos en Revisión
		Encontrados	Válidos (título/abstract)			
PubMed 2º	(Life Change Events OR Adaptation, Psychological OR Stress Psychological OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration) limit to (yr=2000-2020)	1306	21	Búsqueda inefectiva. Muchos resultados se repiten en las ecuaciones anteriores y el resto no responden al objetivo. Por lo que no se decide incluir ningún estudio.	5	0
Science Direct 1º	(Inmigrantes) AND (Salud Mental OR Estrés Psicológico OR Adaptación Psicológica OR Somatización)	617	-	Se añade limitador con el fin de delimitar los resultados obtenidos.	-	-
Science Direct 2º	(Inmigrantes) AND (Salud Mental OR Estrés Psicológico OR Adaptación Psicológica OR Somatización) limit to (yr=2000-2020)	609	-	Tras una lectura rápida se seleccionan 9 estudios para incluir en la revisión.	-	9
Cochrane Library 1º	(Life Changes OR Adaptation OR Psychological Stress OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration OR Transients and Migrants)	40	-	Se añade limitador con el fin de delimitar los resultados obtenidos.	-	-
Cochrane Library 2º	Life Changes OR Adaptation OR Psychological Stress OR Mental Health OR Somatoforms Disorders) AND (Emigration and Immigration OR Transients and Migrants) limit to (yr=2000-2020)	37	0	Búsqueda inefectiva, ninguno de los resultados obtenidos responde al objetivo.	-	0

ANEXO 3: DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE SELECCIÓN



ANEXO 4: LECTURA CRÍTICA DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

ANEXO 4.1: Tabla resumen de lectura crítica de artículos de investigación cuantitativa-descriptiva

Artículos	1. McGrath M, et al. 2020. (27) 2. Nesterko Y, et al. 2020. (30) 3. Hernández – Quevedo C, et al. 2009. (37) 4. Teodorescu DS, et al. 2012. (22) 5. Moullan Y; et al. 2014. (31) 6. Qays Bousmah M, et al. 2019. (24) 7. Bruhn M, et al. 2018 (35) 8. Solé-Auró A. 2012. (38) 9. Teixeira de Almeida AP, et al. 2011. (32) 10. Teixeira AF, et al. 2017. (33)										
	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	R	Sí	Sí	Sí	Sí
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Sí	Sí	Sí	R	R	Sí	Sí	Sí	Sí	R
Resultados, discusión y conclusiones	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

**Nota: se han eliminado algunos apartados debido a que no proceden en este tipo de estudios.*

ANEXO 4.2: Guión de lectura crítica de artículo de investigación cuantitativa-descriptiva

Artículo: McGrath M, Acarturk C, Roberts B, Ilkkursun Z, Sondorp E, Sijbrandij M, et al. Somatic distress among Syrian refugees in Istanbul, Turkey: A cross-sectional study. Jour of Psych Res. 2020, 132: 109993.			
<u>Objetivos e hipótesis</u>	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p>El presente estudio describe de forma clara sus objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo I:</i> Describir la prevalencia y los patrones de angustia somática observada en refugiados sirios que viven en un distrito de Estambul, Turquía. - <i>Objetivo II:</i> Examinar la asociación entre angustia somática y características socioeconómicas, factores estresantes posteriores al desplazamiento y ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático.
<u>Diseño</u>	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p>El tipo de diseño descriptivo-cuantitativo transversal sirve para calcular la prevalencia de una enfermedad/fenómeno en un momento concreto o periodo de tiempo (en este caso la prevalencia y los patrones de angustia somática).</p> <p>El uso de regresiones permite estudiar la relación estimada entre una variable dependiente y una o varias variables independientes (en este caso la variable dependiente es la angustia somática).</p>
<u>Población y muestra</u>	¿Se identifica y describe la población?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p>Los estudios descriptivos requieren definir claramente la población de referencia sobre la que se desea explorar los resultados, en este caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N = 1.678 (58,6%). - Media de edad 34 (rango 18-88). - La situación económica del hogar descrita por los participantes fue “promedio” (51,8%) o “mala” (43,7%). - El 44% de los hombres tenía un empleo regular y otro 22,8% trabajaba por cuenta propia u ocasionalmente. - El 96,3% de las mujeres trabajaban en un empleo no formal. - Informamos una media de 6,9 años de educación y el 8,2% no había completado ninguna educación formal. - El período medio de desplazamiento de Siria fue de 3,4 años y el período de tiempo residente en Sultanbeyli 2,9 años. - El 36% experimentaba actualmente síntomas de depresión, 34,7% síntomas de ansiedad y 19,6% síntomas de TEPT. - El 37% informó que vivía con una enfermedad, problema de salud o discapacidad que limitaba las actividades diarias. - El 9,8% tenía antecedentes de tratamiento de salud mental de por vida.

	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	-	<p>¿Por qué?</p> <p>Esta pregunta no procede en este tipo de estudios ya que su objetivo es analizar la prevalencia en una determinada población, en este caso en refugiados sirios que viven en un distrito de Estambul, Turquía, por lo que no pretende generalizar los resultados a otra población.</p>
<u>Medición de las variables</u>	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p>Los instrumentos de medida que se han utilizado fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El resultado primario de malestar somático se midió utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-15). - La lista de verificación de síntomas de Hopkins (HSCL-25) fue utilizada para medir la depresión y la ansiedad. - Items de Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale fueron usados para medir las graves necesidades físicas, sociales y psicológicas de la comunidad. - La lista de verificación de PTSD para DSM-5 (PCL-5) se utilizó para medir la frecuencia de 20 síntomas diferentes en las últimas dos semanas.
<u>Resultados, discusión y conclusión</u>	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p>Los apartados de resultados y discusión se han organizado para dar respuesta a los diferentes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de malestar somático por probable trastorno mental. - Síntomas somáticos que causan malestar por probable trastorno mental común. - Variables asociadas con un aumento de la angustia somática. <p>El apartado de conclusión permite al lector identificar cuáles han sido los puntos principales abordados y los hallazgos y resultados más importantes, así como las implicaciones para la práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuestro estudio revela los altos niveles de malestar somático que experimentan los refugiados sirios que viven en Estambul, en particular entre aquellas mujeres con síntomas de trastornos mentales comunes. Además de su impacto sobre el sufrimiento individual y el funcionamiento diario. Esto tiene implicaciones para el sistema de salud local y destaca la importancia de mejorar el acceso a intervenciones integradas y basadas en evidencias para la prevención y tratamiento de trastornos de salud mental para sirios en Turquía.
<u>Valoración Final</u>	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p>A pesar de que los resultados no sean generalizables a todo el colectivo inmigrante, el estudio analiza las variables que responden a nuestro objetivo.</p>

ANEXO 4.3: Tabla resumen de lectura crítica de artículos de investigación cualitativa

Artículos	1. Nortvedt L, et al. 2016. (20) 2. Granados-Bolívar ME, et al. 2016. (36) 3. Junod Perron N, et al. 2006. (17) 4. Bäärnhielm S, et al. 2000. (16)				
	Objetivos e hipótesis	1	2	3	4
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos? ¿Es un objetivo de una investigación cualitativa?	Sí	Sí	Sí	Sí
Metodología y Método	¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta al objetivo de la investigación?	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? (Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido Fenomenología, Teoría fundamentada, Etnografía...)	Sí	R	R	R
Población y muestra y muestreo	¿Se identifica y describe la población?	Sí	R	Sí	Sí
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo? ¿Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes? ¿Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio? ¿El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio?	R	R	R	R
	¿Se explicita estrategias de calidad como la saturación para finalizar el muestreo?	No	Sí	No	No
Recogida información	¿Las técnicas de recogida de datos se encuentran en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica? ¿Se justifica la selección de la técnica de recogida de datos? (entrevistas en profundidad, grupos de discusión, grupos focales, observación participante, etc.) ¿Se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)? ¿El lugar y el período de tiempo ha sido adecuado?	Sí	Sí	Sí	Sí

Control de Sesgos	¿Se ha reflexionado sobre la posible influencia del propio investigador en el proceso de investigación? (Reflexividad): ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? ¿Se ha solicitado aprobación de un comité ético? ¿Se ha contemplado el impacto del estudio en los participantes?	R	No	R	R
	¿Se hace referencia a las técnicas utilizadas para asegurar la validez del estudio? ¿Se ha triangulado el análisis de los datos? ¿se ha llevado a cabo una triangulación de datos entre investigadores? ¿Se han triangulado los datos con los participantes?¿Se han triangulado los datos entre las fuentes de información?	No	No	No	R
Resultados, Discusión y conclusiones	¿Se explica el tipo de análisis realizado (de contenido, de discurso...)? ¿Se explica el proceso de análisis (¿recursivo, inductivo o deductivo? ¿Se explica cómo se elaboró el árbol categorial? ¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis? ¿Es clara la exposición de los resultados? ¿Los “verbatim” presentados aportan evidencia a los resultados? ¿Se han tenido en cuenta resultados contradictorios o casos únicos? ¿Se discuten los resultados con estudios previos o con los marcos conceptuales/teóricos? ¿Se hace referencia a la transferibilidad de los resultados a otros contextos?	R	R	R	R
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final? ¿Los resultados son aplicables a este contexto cultural, social y sanitario??	Sí	Sí	Sí	Sí

ANEXO 5: TABLA RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Autor/Año	País	Estudio	Muestra	Objetivo	Herramientas	Resultado
McGrath M, et al. 2020. (27)	Estambul Turquía	Estudio de correlación	N=1678 Edad media 34. (rango 18-88). 51,6% mujeres.	Describir la prevalencia y los patrones de malestar somático observados en refugiados sirios y examinar la asociación entre estrés somático y características socioeconómicas, factores estresantes posteriores al desplazamiento, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático.	PHQ-15 HSCL-25 PCL-5 Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale	<p>Prevalencia síntomas: Dolor en piernas, brazos o articulaciones 38.4% → presentando el 53.6% depresión; 56.7% ansiedad; 57.3% TEPT. Dolor en espalda 38% → presentando el 54.8% depresión; 57.44% ansiedad; 59.1% TEPT. Dolor de cabeza 28% → presentando 46.7% depresión; 55% ansiedad; 49.7% TEPT.</p> <p>Predictores de distrés: Mujer OR = 2.91, IC 95% (2.32-3.63), p<0.001 Edad 25-34 OR =1.07, IC 95% (0.80-1.43), p>0.05. Años de educación OR=0.95, IC 95% (0-93-0.98), p<0.01 Situación económica media OR=0.64, IC 95% (0.52-0.80), p<0.001 Situación económica buena OR=0.53, IC 95% (0.31-0.88), p<0.05 Vivir con condición crónica OR=2.87, IC 95% (2.28-3.61), p<0.001</p>
Hernández – Quevedo C, et al. 2009. (37)	España	Estudio Transversal	N (no españoles) = 2705. N (españoles) = 48.381	Explorar y comparar los patrones de salud y de utilización de los servicios de salud entre españoles y no españoles.	Encuesta Nacional de Salud de España 2003 y 2006	<p>No españoles visitas especialistas OR=0.69, p<0.001</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latinoamérica OR=0.70, p<0.001 - Unión Europea OR=0.56, p<0.001 - Asia = OR = 0.43, p<0.05 <p>No españoles visitas hospital OR=1.23, p<0.001</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latinoamérica OR=1.33, p<0.001 - África OR=1.75, p<0.001 <p>No españoles visitas emergencias OR=1.16, p 0.001</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latinoamérica OR=1.44, p<0.001 - Unión Europea OR=0.84, p<0.05 - África OR=1.26, p<0.05 <p>No españoles visitas AP</p> <ul style="list-style-type: none"> - África OR=1.20, p<0.01 - Europa OR=0.42, p<0.001

Autor/Año	País	Estudio	Muestra	Objetivo	Herramientas	Resultados
Nesterko Y, et al. 2020. (30)	Alemania	Estudio de correlación	N=502. Edad media 29,73. 69,3% hombres	Analizar las características sociodemográficas y relacionadas con el vuelo como posibles predictores de síntomas de somatización, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, así como la autoevaluación de la salud física y mental en refugiados.	HSCL-25 PCL-5 PHQ-9 SSS-8	<p>Predictores de somatización: Hombre $\beta=-0.19$, IC 95% (-4.05 - -1.48), $p<0.001$ Necesidad atención sanitaria $\beta=0.24$, IC 95% (2.00-4.77), $p<0.001$</p> <p>Predictores de depresión: Hombre $\beta=-0.10$, IC 95% (-2.60 - -0.17), $p<0,05$ Necesidad atención sanitaria $\beta=0.15$, IC 95% (0.65-3.26), $p<0.01$</p> <p>Predictores de ansiedad: Hombre $\beta=-0.14$, IC 95% (-3.35 - -0.79), $p<0.01$ Necesidad atención sanitaria $\beta=0.15$, IC 95% (0.81-3.56) $p<0.01$</p> <p>Predictores de PTSD: Necesidad atención sanitaria $\beta=0.14$, IC 95% (1.49-9.47), $p<0.01$</p> <p>Autopercepción salud física: Hombre $\beta=0.11$, IC 95% (1.51-13.89), $p<0.05$ Estudios universitarios $\beta=-0.11$, IC 95% (-13.08 - -1.04), $p<0.05$ Tener pareja $\beta=-0.12$, IC 95% (-14.40 - -1.78), $p<0.01$ No tener hijos $\beta=0.20$, $p<0.001$ No necesidad atención sanitaria $\beta=-0.10$, IC 95% (-13.64 - -0.31), $p<0.05$</p> <p>Autopercepción salud mental: Hombre $\beta=0.09$, IC 95% (0.07-12.82), $p<0.05$ Tener pareja $\beta=-0.15$, IC 95% (-16.86 - -3.74), $p<0.01$ No tener hijos $\beta=0.17$, $p<0.01$</p>
Moullan Y; et al. 2014. (31)	España, Francia, Bélgica e Italia	Estudio Transversal	N (España) = 15980 (8368 mujeres, 7612 hombres). Edad 18-65.	Explorar la heterogeneidad de la brecha sanitaria entre inmigrantes y nativos en cuatro países europeos.	Encuesta Nacional de Salud de España 2009	<p>Determinantes de la probabilidad de referir buena salud MUJERES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmigrantes OR=0.85, $p<0.1$ - Edad 40-50 OR=0.48, $p<0.01$ - Educación primaria OR=0.35, $p<0.01$ - Divorciadas OR=0.85, $p<0.1$ - Viudas OR=0.81, $p<0.1$ - Desempleadas OR=0.64, $p<0.01$ <p>Determinantes de la probabilidad de referir buena salud HOMBRES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmigrantes OR=0.74, $p<0.01$ - Edad 40-50 OR=0.32, $p<0.01$ - Educación primaria OR=0.48, $p<0.01$ - Divorciados OR=0.80, $p<0.05$ - Desempleados OR=0.68, $p<0.01$

Autor/ Año	País	Estudio	Muestra	Objetivo	Herramientas	Resultados
Teodorescu DS, et al. 2012. (22)	Noruega	Estudio Transversal	N= 61. 36 hombres (edad media 44) y 25 mujeres (edad media 38).	Describir la prevalencia y la carga de síntomas de los trastornos psiquiátricos en refugiados ingresados en clínicas psiquiátricas ambulatorias e investigar la relación entre exposición a eventos traumáticos, la gravedad de los síntomas traumáticos y el factor estresante posterior a la migración.	SCID-PTSD SIDES MINI HSCL-25 Cuestionario autoadministrado	<p>Prevalencia diagnósticos psiquiátricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TEPT N=50 (82%) - Desorden de Depresión Mayor N=43 (71%) - Distimia N=30 (49%) - Agorafobia N=30 (49%) - Fobia Social N=30 (49%) <p>Correlaciones entre tipos de eventos traumáticos, diagnósticos, severidad de síntomas y variables post-migración:</p> <p>La depresión se asocia fuertemente con una red social débil (R=0.505, p<0.001).</p> <p>La depresión se asocia moderadamente con el desempleo (R=0.289, p<0.05).</p> <p>El trastorno de Depresión Mayor se asocia moderadamente con una red social débil (R=0.298, p<0.05).</p> <p>El Trastorno de Estrés Postraumático se asocia fuertemente con una red social débil (R=0.410, p<0.01). Se asocia moderadamente con el desempleo (R=0.316, p<0.01).</p>
Qays Bousmah M, et al. 2019. (24)	Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, y Suiza.	Estudio convergencia heterogénea	N=más de 100.000 adultos que viven en 19 países europeos. Mayores de 50 años. Individuos que residen en la misma vivienda son encuestados independientemente de su edad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigar la heterogeneidad en los patrones de salud entre inmigrantes y ciudadanos, y también entre inmigrantes en función de su país de origen. 2. Evaluar si el efecto "inmigrante saludable", si lo hay, es seguido por una convergencia del estado de salud de los inmigrantes frente al de los ciudadanos de Europa. 	Encuesta SHARE Cuatro oleadas realizadas en 2004–2005, 2006–2007, 2010–2012 y 2013, respectivamente	<p>A medida que aumenta el tiempo de la vida en el país de acogida, la salud de los inmigrantes finalmente se vuelve más pobre que la de los ciudadanos nativos:</p> <p>La autoevaluación de la salud (el individuo reporta una salud menor que "muy buena") y la salud mental (el individuo padece depresión) de los inmigrantes alcanzan el nivel de los ciudadanos cuando han pasado alrededor del 30-35% de su vida en el país de acogida (lo que corresponde, en promedio, a aproximadamente 18-21 años en el país anfitrión).</p> <p>Para la obesidad y el sobrepeso, los inmigrantes alcanzan el nivel de los ciudadanos después de haber pasado el 45% de su vida en el país anfitrión (en promedio aproximadamente 27 años).</p> <p>Esta cifra se eleva al 50% para condiciones crónicas (en promedio aproximadamente 30 años) y 80% para limitaciones de AVD (en promedio aproximadamente 52 años).</p>

Autor/Año	País	Estudio	Muestra	Objetivo	Herramientas	Resultados
Bruhn M, et al. 2018 (35)	Dinamarca	Estudio Transversal	N=116 pacientes que recibieron 6 meses de tratamiento multidisciplinar. 65 (56%) hombres con edades de 28-49 años.	Evaluar la frecuencia y los tipos de factores estresantes posteriores a la migración que se consideran que interfiere con el tratamiento de los refugiados que asisten a un servicio para angustia mental relacionada con el trauma.	HTQ GAF-F GAF-S	Frecuencia de estresores postmigración que interfieren con el tratamiento: - Trabajo / finanzas 25.4% Predictores de los estresores postmigración que interfieren con el tratamiento: - Hombre $\beta=0.184$, $p=0.040$ - Vivir solo $\beta=0.249$, $p=0.006$
Solé-Auró A. 2012 (38)	Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, España, Suecia y Suiza	Estudio Transversal	N Nativos España = 2.301 Media de edad 66.4 años, 54.2% mujeres. N Inmigrantes España = 52 67.3% mujeres.	Explorar cómo los inmigrantes europeos ancianos y los nativos difieren en el uso de múltiples dimensiones de la atención de salud y cómo los factores individuales y del sistema de salud afectan a los diferentes usos en estos 11 países europeos.	SHARE 2004	Parámetros estimados para inmigrantes vs población nativa: Visitas totales al médico $\beta=-0.10$, $p>0.05$ Visitas al médico de cabecera $\beta=-0.03$, $p>0.05$ Estancias hospitalarias $\beta=-0.32$, $p>0.05$ Probabilidad de no tener estancia hospitalaria $\beta=-1.19$, $p<0.05$
Teixeira de Almeida AP, et al. 2011 (32)	Portugal	Descriptivo-correlacional	N (GE) =566 (296 hombres / 270 mujeres), edad media 36,3 años. N(GC) = 110 portugueses sin experiencia migratoria previa.	Describir las características de la vulnerabilidad al estrés y determinar su impacto en la salud mental de los inmigrantes de habla rusa que residen en Portugal.	SSQ-6 23QVS GHQ-28	Frecuencia factores de vulnerabilidad al estrés: Puntuación total (GE) $m=42.3$ / (GC) $m=35.00$ / $p=0.000$ Dependencia funcional (GE) $m=9.82$ / (GC) $m=7.87$ / $p=0.000$ Falta de apoyo social (GE) $m=5.62$ / (GC) $m=4.64$ / $p=0.000$ Regresión vulnerabilidad al estrés: Estudios superiores $\beta=-0.601$, $p=0,005$ Tiempo de residencia en Portugal (6-12 meses) $\beta=-1.086$, $p=0.051$ / (+ 5 años) $\beta=-0.586$, $p=0.006$ Ser trabajador independiente $\beta=-1.976$, $p=0.080$ No tener conocimientos básicos de portugués $\beta=0.410$, $p=0.053$ Número de apoyo social $\beta=-0.271$, $p=0.008$
Nortvedt L, et al. 2016 (20)	Noruega	Estudio cualitativo	N=14, entre 30 y 56 años.	Explorar cómo las mujeres inmigrantes en baja a largo plazo por enfermedad debido al dolor crónico, experimentan su enfermedad y sus relaciones en el trabajo y en la familia.	Entrevistas en profundidad y traducción literal	Las narrativas de las mujeres ilustran su experiencia común de estar aisladas en el hogar debido al dolor físico, depresión, malestar familiar y exclusión en el lugar de trabajo.

Autor/Año	País	Estudio	Muestra	Objetivo	Herramientas	Resultados
Patel K, et al. 2017 (23)	14 países	Revisión de Alcance	N = 51 Más de la mitad (27/51; 53%) se realizaron en países nórdicos (12 en Suecia, 10 en Dinamarca, 3 en Noruega y 2 en Finlandia). Países Bajos (6/51; 12%), Israel (5/51; 10%), y Canadá (4/51; 8%) componen 19 estudios adicionales, mientras que no se realizaron más de 3 estudios en el resto de países.	Esta es la primera revisión del alcance sobre el uso de registros y datos de vinculación de registros para examinar la salud mental de las poblaciones migrantes. Su objetivo es investigar los temas cubiertos y evaluar los resultados obtenidos de estos estudios.	-	19/51 (37%) de los estudios identificados analizaron tasas y riesgos de trastornos psicóticos como medida de salud mental del migrante: <ul style="list-style-type: none"> - 12/19 (63%) > riesgo relativo de desarrollar un trastorno psicótico para los inmigrantes. - 2/19 (11%) no identificaron diferencias estadísticamente significativas. - 4/19 (21%) migrantes < riesgo de recurrencia de desarrollar un trastorno. - 1/51 (5%) descubrió que los migrantes podrían tener un mayor o menor riesgo en el país estudiado dependiendo del país de nacimiento del migrante. 10/19 (53%) se centraron en la Esquizofrenia: <ul style="list-style-type: none"> - 8/10 (80%) los migrantes tienen > riesgo. 11/51 (22%) se centraron en el suicidio y 10/11 compararon las tasas y el riesgo entre los migrantes y la población mayoritaria: <ul style="list-style-type: none"> - 3/10 (30%) identificaron > tasas de suicidio y de riesgo de suicidio en el grupo de migrantes. - 4/10 (40%) concluyeron que las tasas y el riesgo de suicidio es < en el grupo de migrantes. 17/51 (33%) se centraron en la frecuencia de contacto con los servicios de salud mental: <ul style="list-style-type: none"> - 8/17 (47%) concluyeron > contacto para el grupo de migrantes. - 10/17 (59%) concluyeron < uso para el grupo de migrantes.
Junod Perron N, et al. 2006. (17)	Yugoslavia	Estudio cualitativo	N=26, la mayoría mujeres.	Adquirir conocimiento acerca de las creencias relacionadas con la enfermedad y el cuidado de la salud, para poder proporcionar formación destinada a fortalecer la capacidad para cuidar pacientes social y culturalmente diversos.	Entrevistas semi-estructuradas transcritas literal.	Dolores de cabeza (20/26), fatiga (12/26), dolores de huesos y articulaciones (17/26), nerviosismo (18/26), alteraciones del sueño (7/26) y ansiedad (12/26). Preocupaciones que les hacen vulnerables: financieras (4/26), hijos (7/26), incertidumbre sobre el futuro (14/26), miedo a la expulsión (14/26), la falta de apoyo social (7/26).

Autor/Año	País	Estudio	Muestra	Objetivo	Herramientas	Resultado
Hoare T, et al. 2017 (18)	Reino Unido (8), Australia (2), Irlanda (3), Sudáfrica (1), Austria (1)	Revisión Sistemática Cualitativa	N = 15 estudios transversales basados en entrevistas. 2 utilizaron metodología mixta (entrevistas cualitativas y métodos cuantitativos para medir la sintomatología).	Identificar y sintetizar la investigación disponible sobre las experiencias subjetivas de los solicitantes de asilo en relación con su viaje, en sus propias palabras.	Entrevistas semi-estructuradas. La mayoría grabadas en audio y transcritas textualmente. En 3 estudios los participantes solicitaron que se tomaran notas en vez de usar grabaciones de audio.	2 estudios: Es probable que los hombres y las mujeres tengan diferentes perfiles en relación con la sintomatología las mujeres refieren un aumento de la depresión, vergüenza y somatización. 4 estudios: Además de la posible estigmatización, los inmigrantes se preocupan regularmente por la supervivencia diaria y los problemas de vivienda, xenofobia, protección contra el crimen y deportación. Además, intentan utilizar estrategias de identidad cultural para integrarse en las comunidades de acogida.
Granados-Bolívar ME, et al. 2016. (36)	España, Granada	Estudio cualitativo	N=9 mujeres que realizaban labores del hogar o de cuidado de personas dependientes.	<ol style="list-style-type: none"> Determinar las prioridades de las mujeres inmigrantes en el ámbito de la zona de Granada y provincia. Conocer las causas que empujan a las mujeres inmigrantes a salir de sus países de origen. Identificar las consecuencias emocionales, laborales y sociales en las mujeres inmigrantes. 	Entrevista semi-estructurada en profundidad	Se identifica como factor protector de la aparición del Síndrome de Ulises el vínculo fraternal y el cariño que sentían por la persona que cuidaban, que favorece incluso cierto grado de integración en la familia de acogida.
Bäärnhielm S, et al. 2000. (16)	Estocolmo	Estudio cualitativo	N=10 mujeres (de 31 a 48 años).	Explorar el significado de la enfermedad entre los inmigrantes de origen turco, que viven en un suburbio pobre y de bajo estatus de Estocolmo en contacto con servicios de salud locales.	SCID Transcripción literal.	Síntoma mayoritario: dolor Emociones y conceptos referidos: tristeza, preocupación, enojo, sentimiento de estar al borde de la explosión, falta de felicidad, decepción, sensación de debilidad, depresión, ansiedad, estrés, nerviosismo, ataques de ansiedad.

Autor/Año	País	Estudio	Muestra	Objetivo	Herramientas	Resultados
Teixeria AF, et al 2018 (33)	Portugal	Estudio Transversal	N= 1375 inmigrantes que residen en el área metropolitana de Portugal, Lisboa Entre 26 y 35 años de edad (37.2%) y entre 36 y 45 años de edad (22.8%), 51% mujeres.	Examinar cómo los factores relacionados con la experiencia de los inmigrantes en el país de acogida afecta psicológicamente. En concreto, se analiza la asociación entre situación socioeconómica, integración en el mercado laboral, características específicas de la experiencia de inmigración y distrés psicológico.	Escala de angustia psicológica basada en cinco ítems: sentirse físicamente cansado, psicológicamente cansado, sentirse feliz, lleno de energía y sentirse solo.	Número de hijos $\beta = -0.173, p < 0.05$
Basabe N, et al. 2009 (25)	País Vasco	Estudio Transversal	1ª muestra: 3045 inmigrantes de diferentes continentes (Latinoamérica; Argentina, Colombia, Ecuador, Bolivia, Brasil; Europa: Portugal y Rumanía; países del Magreb; Marruecos y Argelia; Asia: China y Pakistán; África subsahariana). 2ª muestra: 533 inmigrantes procedentes de Brasil, Ecuador, Colombia, Marruecos y África subsahariana.	El objetivo fundamental de este estudio consiste en analizar la adaptación social, la salud percibida y el bienestar subjetivo de la población inmigrante en la CAPV.	Cuestionario SF-12	Componente Mental: HOMBRES: $CM_{\text{Nativos}} = 50,60$ Vs $CM_{\text{Inmigrantes}} = 46,10, p = 0.000$ MUJERES: 16-24: $CM_{\text{Nativos}} = 48.60$ Vs $CM_{\text{Inmigrante}} = 46.14, p = 0.0460$ 25-34: $CM_{\text{Nativos}} = 48.70$ Vs $CM_{\text{Inmigrantes}} = 45.12, p = 0.0007$ 34-44: $CM_{\text{Nativos}} = 49.40$ Vs $CM_{\text{Inmigrantes}} = 42.64, p = 0.0000$ 45-55: $CM_{\text{Nativos}} = 48.50$ Vs $CM_{\text{Inmigrantes}} = 43.98, p = 0.0074$ Componente Físico: MUJERES: 16-24: $CF_{\text{Nativos}} = 54.10$ Vs $CF_{\text{Inmigrante}} = 54.26, p = 0.8317$ 25-34: $CF_{\text{Nativos}} = 54.00$ Vs $CF_{\text{Inmigrantes}} = 55.30, p = 0.0616$ 34-44: $CF_{\text{Nativos}} = 52.50$ Vs $CF_{\text{Inmigrantes}} = 51.23, p = 0.1952$ 45-55: $CF_{\text{Nativos}} = 51.30$ Vs $CF_{\text{Inmigrantes}} = 53.29, p = 0.1507$ HOMBRES: 16-24: $CF_{\text{Nativos}} = 54.70$ Vs $CF_{\text{Inmigrante}} = 55.65, p = 0.2222$ 25-34: $CF_{\text{Nativos}} = 54.20$ Vs $CF_{\text{Inmigrantes}} = 55.81, p = 0.0105$ 34-44: $CF_{\text{Nativos}} = 53.30$ Vs $CF_{\text{Inmigrantes}} = 53.08, p = 0.8020$ 45-55: $CF_{\text{Nativos}} = 51.60$ Vs $CF_{\text{Inmigrantes}} = 51.00, p = 0.7143$

ANEXO 6: ÁRBOL CATEGORIAL

