



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

SALUD MENTAL DE LA POBLACION INMIGRANTES EN CUENCA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTORA

NERLANDE METELLUS.

DIRECTOR

DR. JUAN AGUILERA MUÑOZ.

CUENCA- ECUADOR

2018-2019

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis queridos padres por brindarme siempre todo el amor y el apoyo, por ser mi ejemplo de lucha y perseverancia. Sobre todo, por inculcar en mí buenos valores y virtudes.

A mi hijo Bernstein quien es mi mayor motivación, quien con cada mirada y sonrisa me da fuerza de seguir cada vez que quiero rendir.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por todas sus bendiciones y por siempre guiarme hacia el buen camino. A mis padres por haber darme una educación digna por todos los sacrificios que han hecho por mí y por impulsarme siempre a cumplir mis metas. Al hombre de mi vida por todo el amor y el apoyo constante que me brinda, gracias por reconfortarme en los días difíciles, por motivarme y ayudarme incondicionalmente, gracias por ser mi ejemplo de superación. A mi hermana por siempre estar conmigo y ayudarme en todo. A todos los amigos que me apoyaron de una manera a otra a lo largo de esta carrera.

A mi director de tesis, el Dr. Juan Aguilera por haber aceptado dirigir este trabajo con toda su dedicación, responsabilidad, disponibilidad y paciencia.

Mis agradecimientos a las autoridades y personal de la Casa del Migrante de Cuenca por permitirme realizar este importante estudio dentro de esta institución.

RESUMEN

La inmigración implica una serie de cambios importantes en la vida de las personas que pueden generar consecuencias graves en su salud. La salud mental de los inmigrantes en nuestro medio es un campo poco estudiado, a pesar del gran incremento de esta población en la actualidad. La presente investigación es un estudio transversal descriptivo y exploratorio con el objetivo de conocer el estado de salud mental de los inmigrantes de la ciudad de Cuenca. La muestra estaba constituida por 73 inmigrantes de 18 a 65 años que acudían a la Casa del Migrante, a quienes se les aplicaron una ficha sociodemográfica y las escalas SWLS, PSS-14, PHQ. Los resultados reportan que la mayoría de los participantes presentan una buena salud mental. Se identificó que el 17,8% presentaron síntomas de ansiedad, 11% síntomas somáticos, 12,3% de depresión, 15.1% una alta tendencia de insatisfacción y un 5,5% de ellos mostraron niveles medios de estrés.

Palabras claves: migración, inmigrantes, salud mental, estrés, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Immigration implies important changes in the lives of people and can have serious consequences on their health. The mental health of immigrants in our country is a poorly studied field despite the increase of this population today. This research is a cross-sectional, descriptive and exploratory study that aims to determine the mental health status of immigrants in Cuenca. The sample consisted of 73 immigrants aged 18 to 65 who came to the "Casa del Migrante". A sociodemographic record and the scales SWLS, PSS-14, PHQ were applied. The results report that most participants have good mental health. It was identified that 17.8% had anxiety symptoms, 11% had somatic symptoms, 12.3% had depression, 15.1% presented a high tendency of dissatisfaction and 5.5% of them showed average levels of stress.

Keywords: Migration, immigrants, mental health, stress, depression, anxiety.




Translated by
Ing. Paúl Arpi

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	3
1. ASPECTOS GENERALES DE LA MIGRACIÓN	3
1.1. Definición y concepto de la migración humana.....	3
1.2. Tipos de migración.....	4
1.3. Causas de la migración.....	4
1.4. Conceptos relacionados con la migración.....	4
1.5. Inmigración en Ecuador	5
1.5.1. Marco normativo de la movilidad humana en el Ecuador.....	8
2. GENERALIDADES DE LA SALUD MENTAL	9
2.1. Salud Mental	9
2.1.1. Depresión.....	10
2.1.2. Ansiedad	11
2.1.3. Sintomatología somática.....	11
2.1.4. Estrés	12
2.1.5 Satisfacción con la vida	12
2.2. Inmigración y Salud Mental.....	13
2.2.1. Depresión e inmigración.....	15
2.2.2. Ansiedad e inmigración.....	15
2.2.3. Sintomatología somática e inmigración	16
2.2.4. Estrés e inmigración	16
2.2.5. Satisfacción con la vida e inmigración	17

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	18
3. Método	18
3.1 Diseño.....	18
3.2. Muestra.....	18
3.3 Instrumentos	18
3.3.1. Ficha sociodemográfica.....	18
3.3.2. Escala SWLS (Scale with life satisfaction)	18
3.3.3 Perceived Stress Scale (PSS-14).....	19
3.3.4. PHQ (Primary Health Questionnaire).....	19
3.4. Procedimiento.....	19
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	21
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	30
CAPITULO V. CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	35
4.1. Recomendaciones.....	35
4.2. Limitaciones	35
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Característica de los Participantes N=73	21
Tabla 2. Condiciones de vida en el Ecuador N=73.....	22
Tabla 3. Sensaciones en el nuevo país N=73	24
Tabla 4. Salud mental según sexo.....	27
Tabla 5. Salud mental según expectativas de viaje.....	28
Tabla 6. Salud mental según sensación de discriminación	28
Tabla 7. Relación de estrés, satisfacción con la vida, síntomas somáticos, depresión y ansiedad con características de los participantes	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sintomatología somática, ansiosa y depresiva. El diagrama de barras apiladas muestra la frecuencia de participantes en cada nivel sintomatológico.....	25
Figura 2. Estrés percibido. El gráfico de pastel muestra la frecuencia de personas en cada nivel de estrés.....	26
Figura 3. Satisfacción con la vida. El gráfico de columnas muestra la frecuencia de inmigrantes en cada nivel.	26

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.....	47
Anexo 2. Ficha sociodemográfica.....	48
Anexo 3. Escala SWLS.....	51
Anexo 4. Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) – versión completa 14 ítems.	52
Anexo 5. Escala (PHQ).....	54

INTRODUCCIÓN

En toda la historia de la humanidad han estado siempre presentes los movimientos migratorios, pero en la actualidad, la migración se considera como uno de los fenómenos socioculturales más importantes a nivel mundial. Por varios motivos, ya sean económicos, políticos o humanitarios, hay un incremento de personas que se trasladan de sus países de origen a otros. En los últimos años, Ecuador se ha tornado un país que recibe a muchos inmigrantes, y al igual que otras ciudades del país, Cuenca recibe una gran cantidad de extranjeros y este fenómeno ha ido creciendo paulatinamente.

Inmigrar a un país puede implicar, por un lado, beneficios y ventajas, pero por otro pueden emerger graves consecuencias de índole individual, familiar, social, económica y cultural. Los inmigrantes frecuentemente son víctimas de actitudes racistas, de exclusión social, así como son vulnerables para realizar actividades de riesgo, vivir en condiciones socioeconómicas precarias con ausencia de apoyo socio familiar, falta de trabajo y de residencia fija, etc. Todos estos problemas pueden repercutir negativamente sobre ellos y constituyen un factor de riesgo para su salud mental.

Desde esta perspectiva, se hace imprescindible realizar esta investigación para conocer el estado de salud mental de los inmigrantes que residen en la ciudad de Cuenca, ya que, las investigaciones referentes a la migración en nuestro contexto, se han centrado en su gran mayoría en temas económicos, laborales o políticos, o bien han puesto su atención sobre los ecuatorianos que emigran del país y el impacto sobre la salud mental de sus familias.

Así, que con este estudio se propone:

- Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, somática y consumo de alcohol en inmigrantes que residen en la ciudad de Cuenca.
- Medir el nivel de estrés y satisfacción con la vida.
- Conocer la relación de los factores sociodemográficos en los síntomas: somáticos, depresivos, ansiosos, el estrés y la satisfacción con la vida.

El presente estudio servirá como referencia para otras investigaciones, ya que de los resultados se desprende una línea base que será de utilidad para el desempeño de los profesionales que están implicados en la salud mental de los inmigrantes. Los resultados de este estudio serán entregados a los organismos que brindan apoyo a los inmigrantes en la ciudad de Cuenca, lo cual servirá para que, a su vez, estos organismos sepan tomar acciones necesarias referentes a programas de intervención orientados a la promoción de la salud mental y el bienestar de los inmigrantes.

Los cuatro capítulos que conforman esta investigación están organizados de la siguiente manera: en el primero, se aborda el marco teórico que abarca aspectos generales de la migración y de los inmigrantes en Ecuador, además incluye la conceptualización de la salud mental, la asociación entre esta variable y el fenómeno de la migración y las repercusiones que involucra. Posteriormente, en el segundo capítulo, se describe la metodología empleada para llevar a cabo esta investigación y los instrumentos utilizados. En el tercer capítulo se exponen los resultados encontrados a partir de la ficha sociodemográfica y los instrumentos de investigación aplicados, los cuales permitieron describir las condiciones de vida de los inmigrantes en Cuenca e identificar las características asociadas a su salud mental, de tal manera que se pudo dar respuesta a los objetivos de investigación planteados. Finalmente, en el cuarto capítulo se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones que se desprenden de este estudio.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. ASPECTOS GENERALES DE LA MIGRACIÓN

1.1. Definición y concepto de la migración humana

El fenómeno de la migración ha existido desde el comienzo de la humanidad. Las razones por las cuales una persona decide migrar han cambiado a lo largo del tiempo, pero en sí, la migración por lo general cumple con la necesidad que tienen los seres humanos por encontrar mayores oportunidades, mejores condiciones de vida y seguridad (Consejo Nacional de Población, 2017).

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) etimológicamente la palabra “migración” procede de la raíz latina *migratio*, que significa caminar fuera de sus habitantes. Asimismo, se define la migración como el desplazamiento de personas desde una región hacia otra, de un país a otro o de un continente a otro (Ruiz, 2002). De acuerdo con la definición establecida por Tizón (1989), la migración implica que una persona se traslada de un país a otro, o de una región a otra, distante y distinta por un largo periodo de tiempo. Siguiendo esta misma línea, Oso (1998) define a la migración como el desplazamiento de un lugar de origen a otro de acogida y conlleva un traspaso de divisiones geográficas que puede ser dentro de un mismo país o entre países.

Coincidiendo con las definiciones anteriores, la Organización Internacional de las Migraciones (OIM, 2006) define a este fenómeno como un movimiento de un grupo poblacional hacia el territorio de otro Estado o de otra región dentro del mismo Estado de origen, es decir, abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o las causas que motiven dicho desplazamiento, la migración puede ser de refugiados, personas desplazadas, desarraigadas o migrantes económicos. Uno de los aspectos característicos de la migración, es que las personas que se movilizan, lo hacen con el propósito de conseguir mejores condiciones de vida (Consejo Nacional de Población, 2017; Giménez, 2003).

La migración es un proceso que conlleva dificultades, de tal manera que las personas que decidan dejar su lugar de origen deben considerar las implicaciones que conlleva, ya que los desplazamientos migratorios no son siempre seguros y exigen cambios frecuentes en la forma de vivir (Chambers, 1994). Borisovna (2002) señala: “la decisión de migrar es el resultado de un

cálculo racional en el cual cada individuo compara los costos de la migración con sus recompensas” (p. 33).

1.2. Tipos de migración

Existen varios criterios establecidos para clasificar la migración. Tizón (1989) han tenido en cuenta aspectos como el tiempo, el límite geográfico, el estilo de vida, las necesidades y exigencias profesionales, la edad y el grado de libertad para la siguiente clasificación: migraciones temporarias y migraciones definitivas; migraciones internacionales, migraciones nacionales o internas; migración infantil; migraciones voluntarias, migraciones forzadas.

1.3. Causas de la migración

Martínez y Sandoval (2009) demuestran la complejidad del fenómeno de la migración y llegan a la conclusión de que explicar sus causas es un proceso complejo y que conlleva un grado considerable de dificultad, sin embargo, Ruiz (2002) afirma que las principales causas que suscitan la migración son los desastres naturales, factores climáticos, factores políticos, económicos, religiosos y étnicos.

1.4. Conceptos relacionados con la migración

Los términos que giran en torno al fenómeno migratorio, son los siguientes propuestos por la OIM (2006) con lo que coinciden Bueno, García, Montes y Valle (2004):

Emigración: Acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro.

Inmigración: Proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él.

Migrante: Personas y sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales, sus perspectivas y las de sus familias.

Migrante documentado: Migrante que ingresa legalmente a un país y permanece en él de acuerdo al criterio de admisión.

Migrante irregular: Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener status legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a los migrantes que infringen las normas de admisión del país, o a cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor.

País de origen: País del cual procede un migrante o flujos migratorios (legal o ilegal).

País receptor: País de destino o tercer país que recibe a una persona. En el caso del retorno o repatriación, también se considera país receptor al país de origen.

La migración es un asunto que engloba tres subprocesos: emigración, inmigración y retorno; estas dimensiones permiten diferenciar a los movimientos de personas que son considerados como migraciones de los que no lo son (Blanco, 2000).

En definitiva, el Así término inmigrante se refiere a toda persona que sale de un país con la intención de establecer residencia en otro país diferente al suyo. Un aspecto adicional que considera De Lobera (2004) en cuanto a lo antes mencionado sobre la persona inmigrante es que ésta puede o no mantener una vinculación con su país de origen y al mismo tiempo tiene afinidad, relación e interés en el país de acogida.

Asimismo, las autoras Mesissner y Hormats (1993) clasifican los inmigrantes en cinco tipos:

- Residentes y No Residentes legalmente admitidos: son personas que se trasladan de una zona a otra de manera legal.
- Trabajadores Migratorios controlados por el trabajo: son personas de diferentes países invitados a trabajar.
- Inmigrantes indocumentados: migrantes que entran en otro país sin pasar por vías legales o se quedan más del tiempo permitido.
- Inmigrantes solicitantes de asilo: son personas generalmente que salen de países por problemas políticos y dificultades económicas que solicitan asilo en el país receptor.
- Refugiados: son individuos que se encuentran en otros países debido al miedo de persecuciones por razones de raza, religión, opiniones políticas o personas que huyen de las guerras de su país de origen.

1.5. Inmigración en Ecuador

Según Velasco (2018) durante los últimos años, Ecuador se ha convertido en un destino atractivo para muchos extranjeros por diversos motivos, ya sean turísticos, económicos, políticos o por

educación, esto se debe tanto por su diversidad cultural como por su biodiversidad y calidad de vida. Además, la autora señala que la moneda, el dólar, genera expectativas de mejorar los ingresos financieros en las personas que inmigran por motivos económicos. Ecuador está estrechamente emparentado al fenómeno migratorio, ya que, en menos de dos decenios, ha pasado de ser un país que envía migrantes a un país de acogida (Eguiguren, 2017).

Según algunos datos, de 2002 a 2010 Ecuador ha recibido inmigrantes de alrededor de 60 países (Cortez & Medina, 2011). Durante estos años, el mayor número de migrantes han venido de estos siguientes países: Alemania, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, China, Colombia España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, México, Perú y Venezuela (INEC, 2010).

Asimismo, el Ministerio del Interior revela que entre los años 2010 a 2012 el mayor número de extranjeros que entraron en el país fue de nacionalidad colombiana, esto se debe principalmente a los conflictos armados en este país (PublicaFM, 2019). De 2013 a 2015 los ingresos fueron registrados principalmente por los ciudadanos haitianos y cubanos, por situaciones coyunturales que suscitaban en sus países, ya sean de índole económica o por desastres naturales. En cambio, desde el 2016 hasta la actualidad las personas de nacionalidad venezolana ocupan el primer lugar de la lista de los migrantes presentes en Ecuador debido a la crisis financiera y político-social de Venezuela (PublicaFM, 2019). Según la cancillería de Ecuador más de un millón de venezolanos ingresaron al país, pero se quedaron solo 221.000 (El Telégrafo, 2019).

En cuanto al flujo migratorio de venezolanos, estas personas emprendieron por ruta terrestre la travesía hacia el sur del continente, y que la causa principal que los motivó a salir de su país de origen es la crisis económico-política que atraviesa Venezuela, entonces, las condiciones en las que emprenden el viaje son precarias. Los destinos predilectos son Colombia, Ecuador, Perú, Chile y Argentina (El Telégrafo, 2019).

Al respecto, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2019) 5000 migrantes parten de Venezuela a diario; a ese ritmo, 1.8 millones de personas, más del 5% de la población de Venezuela, partirán este año. El número de venezolanos que buscan asilo en el extranjero se ha disparado en un 2.000% desde 2014. Y según esta organización, específicamente, cerca de 236.000 venezolanos ingresaron en Ecuador entre 2016

y septiembre de 2017. Aproximadamente tres cuartas partes de estas personas continuaron hacia el sur, dejando un saldo migratorio en el país de cerca de 62.000 personas. ACNUR (2019) también rescata que Ecuador se ha convertido en un país tanto de destino como de tránsito para los ciudadanos venezolanos que se dirigen a Perú y Chile. Diariamente un flujo continuo de migrantes venezolanos persiste desde la frontera norte de Ecuador desde entradas oficiales como puertos y aeropuertos, donde cientos llegan al país andino con el objetivo de ayudar a sus familias y huir de la compleja situación económica venezolana. El puente de Rumichaca, que enlaza a Colombia con Ecuador, se congestiona diariamente con el arribo de miles de ciudadanos de Venezuela, que abandonan su país. Según la Unidad Digital de Pública FM (2018), las cifras de las oficinas de Migración de Ecuador mostraron que se atiende un promedio de 3000 trámites diarios de extranjeros. De ellos, un 85% es de venezolanos, que declararon venir con fines turísticos.

Aunque el Ecuador es un país de paso, muchos venezolanos se ven atraídos por el manejo del dólar, como se mencionó anteriormente, y buscan ciudades grandes, en algunos casos, para dedicarse al comercio informal; a pesar de contar en su mayoría con estudios o profesiones distintas a ese ámbito.

En cuanto a la trayectoria legislativa en el país en cuestión de migración. El hito que marcó el reconocimiento del tema de movilidad humana fue la Constitución de 2008, en el contexto de priorización de lo social por sobre lo económico. En la Constitución de la República del Ecuador (2008) se reconoce al Estado como garante de derechos, lo que posibilitó visibilizar también los derechos de las personas en situación de movilidad humana con la creación de la Secretaria Nacional de las Migraciones como parte de las relaciones internacionales.

Durante el año 2008, como lo señala la OIM (2012), de acuerdo con la libre movilidad y promoción del país en el ámbito turístico, se eliminaron las visas de turismo y residencia corta para quienes ingresaran al país y aumento el ingreso de las poblaciones haitiana, cubana, en menor medida asiática y africana. En vista de un aumento considerable en el número de personas que ingresaron al país se implementaron procesos selectivos para la entrada de ciertas nacionalidades, lo cual se contradijo con lo planteado en la normativa ecuatoriana.

La incorporación de la temática dentro del Plan Nacional para el Buen Vivir – PNBV 2013-2017 (2013) permitió la construcción de un marco normativo sobre movilidad humana, con

el fin de fomentar la protección de los derechos de las personas en situación de movilidad y el reconocimiento de que ninguna persona es ilegal debido a su condición migratoria.

Además, en el Plan Nacional para el Buen Vivir (2013) se reconoce a las personas en situación de movilidad humana como un grupo de atención prioritaria, por tanto, es el Estado, el ente protector que brinda a las personas migrantes oriundas del extranjero atención y cuidado; así mismo, se establece como política pública, la atención a las personas en situación de movilidad en los servicios públicos; el derecho de asociación de este grupo poblacional; la documentación y atención a casos de vulneración de derechos; la promoción de procesos de inclusión; y, la prevención y sanción de la discriminación. Elementos que denotan el rol protector del Estado para con los inmigrantes.

En este mismo sentido, en el contexto de gobierno actual, el Plan Nacional de Desarrollo, denominado Plan “Toda una Vida” 2017-2021, considera el tema de movilidad humana como parte de uno de sus ejes centrales, en donde se puede visibilizar el interés del Estado por garantizar los derechos de las personas en situación de movilidad que se encuentran en condición de vulnerabilidad. De igual manera, se plantea la necesidad de construir relaciones de aceptación entre los inmigrantes y la población ecuatoriana.

1.5.1. Marco normativo de la movilidad humana en el Ecuador

A raíz de que se gestó la última Constitución en el Ecuador (2008), el tema de la movilidad humana se la considera con una visión integral, por medio de 58 articulados, distribuidos en 7 de los 9 títulos, entre los cuales destacan: el título II, Derechos, capítulo de derechos de las personas y grupos de atención prioritaria y el capítulo sobre inclusión y equidad; y, el título VIII Relaciones Internacionales, capítulos sobre principios de las relaciones internacionales y de integración latinoamericana.

Además, en la misma línea de lo anteriormente mencionado, se aprecia que, en el país, es el Estado el que se reconoce como garante del cumplimiento de los derechos de las personas en situación de movilidad humana, además, esto se denota por el rechazo al constructo de persona ilegal. La Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017) vigente en el Ecuador reconoce, por un lado, la ciudadanía universal, es decir, la libertad de las personas para movilizarse a voluntad en el mundo, como portadores de los derechos humanos inherentes a cada individuo, sin importar el

país de origen o nacionalidad. Por otro, rechaza la discriminación hacia las personas que se encuentran en situación de movilidad; y no se expulsará del país o se devolverá al país de origen a ninguna persona que se esté atravesando situaciones de riesgo o vulnerabilidad.

Además, es de resaltar que es el Estado quien garantiza a los inmigrantes el derecho a la asociación.

2. GENERALIDADES DE LA SALUD MENTAL

2.1. Salud Mental

El concepto de salud mental, ha sido ampliamente abordado por la Organización Mundial Salud (OMS), a partir del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que fue llevada a cabo en la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y es desde 1948 que la OMS (2018a) define la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 1). La misma OMS (2018a) señala que esta definición no ha sido alterada desde el año 1948.

La salud mental es indispensable en la vida de cada ser humano para que pueda desempeñarse de manera correcta y adaptativa en la sociedad, ya que es primordial para pensar, expresar sentimientos, relacionarse con los demás y además le permite al ser humano afrontar el estrés de la vida cotidiana, trabajar y ser una persona útil (OMS, 2018a). En este sentido, para la Federación Mundial para la Salud Mental (1962), el hecho de que una persona goce de salud mental, denota poseer un estado que le permite desarrollarse de manera óptima, tanto a nivel físico, intelectual como afectivo, y además debe cumplir con la condición que no se perturbe el desarrollo de sus semejantes.

Crichtom Miller (citado en Chávez, 1992), autor inglés, señala que una persona mentalmente sana debe tener estas características:

Querer vivir, contar con una salud biológica adecuada, poseer una escala de valores, demostrar una independencia personal y madurez que le permita enfrentar sus conflictos internos e interpersonales, desempeñar de manera adecuada sus obligaciones sociales al punto que representen una satisfacción y no un deber, adaptarse adecuadamente en su

medio social con una razonable tolerancia hacia quienes lo conforman, lograr una participación enriquecedora en lo personal y no tener prejuicios en sus relaciones con los demás (p. 98 - 99).

La salud mental depende de un conjunto de factores biopsicosociales, como, por ejemplo, el nivel de educación del individuo y su personalidad, en cambio, la mala salud mental se relaciona generalmente con situaciones estresantes, tensiones sociales y económicas (OMS, 2018a).

Existen diversos indicadores que señalan si una persona goza o no de salud mental, entre ellas, se destacan la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa, somática, la presencia o manejo del estrés, además el nivel de satisfacción con la vida.

2.1.1. Depresión

Según la OMS (2018b) la depresión es una condición que afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo, que abarcan todos los grupos etarios y es independiente de la condición social, más bien, la depresión está estrechamente relacionada con aquellas personas que han atravesado circunstancias adversas, como, por ejemplo, la muerte de un ser querido, el desempleo, la pobreza, la situación de movilidad. La depresión, es considerada como el resultado de las interacciones entre factores sociales y biológicos.

Según el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM), en su quinta edición, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) en concordancia con la OMS (2018b) los trastornos depresivos se caracterizan por tristeza, desinterés por las actividades y pérdida de energía, disminución de la autoestima y confianza, sentimientos de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, incapacidad de concentrarse y problemas de sueño y la alimentación; además, dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden ser leves, moderados o graves. Quienes padecen de episodios depresivos leves tienen dificultades para desenvolverse en sus actividades laborales y sociales cotidianas, aunque no las suspendan completamente; por el contrario, durante un episodio depresivo grave, a la persona se le dificulta mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas; usualmente desertando de las mismas, tornándose así un cuadro clínicamente significativo (OMS, 2018, APA, 2013).

2.1.2. Ansiedad

La ansiedad es un estado, en la que un individuo se concentra en el futuro, está caracterizado por esquemas cognitivos con contenido de ideas negativas en las cuales se enfoca en la posibilidad de un peligro incontrolable. Otra de las manifestaciones existentes es el ataque de pánico, que es la respuesta de alarma frente a un gran temor sin que haya existido un peligro real. De tal manera que cuando la ansiedad y los ataques de pánico se fusionan, se producen los diferentes trastornos de ansiedad (Barlow & Durand, 2003). Generalmente la ansiedad se manifiesta con síntomas biológicos como la sudoración, taquicardia, temblores, sensación de ahogo, opresión, náuseas, mareos o desmayos, miedo a perder el control y miedo a morir (APA, 2013).

2.1.3. Sintomatología somática

El término somatización es utilizado de manera amplia en el campo de salud mental, existen varios conceptos que tratan de explicar lo que es la somatización. Genéricamente, este término hace referencia a los trastornos físicos que causan molestias en ausencia de resultados clínicos que justifiquen una causa orgánica, la característica principal es la repetición de síntomas somáticos difíciles de explicar por la fisiopatología (Pascual & Cerecebo, 2015). De igual manera López y Belloch (2002) definen a la somatización como un conjunto de quejas físicas que ocasionan malestar que no son explicadas por causas orgánicas, además los autores señalan que, en el contexto clínico, la somatización se refiere a un complejo proceso cognitivo, conductual y afectivo, en el que las personas experimentan diversos síntomas físicos como respuestas a situaciones vitales estresantes y le atribuyen a una enfermedad médica. Bass y Benjamin (1993), en esta misma línea, describen a la somatización como la expresión del distrés (o estrés negativo), tanto personal como social, traducido en una serie de quejas o síntomas corporales con requerimiento de ayuda médica.

Según DSM-V, este cuadro clínico se caracteriza por síntomas físicos persistentes que causan problemas relevantes en el funcionamiento de la persona, conllevan, además, pensamientos distorsionados o persistentes, grado elevado de ansiedad, tiempo y energía excesivos relacionados a estos síntomas (APA, 2013).

2.1.4. Estrés

Se puede definir el estrés como cualquier experiencia emocional desagradable que ocasiona cambios bioquímicos, fisiológicos y conductuales (Baum, 1990). Según la APA (2013) el estrés genera una sensación de agotamiento, agobio y preocupación que puede afectar a personas de cualquier género, edad y circunstancias, además, puede desencadenar en problemas de salud física y psicológica.

Esta definición complementa la de Lewen y Kennedy (1986) que define el estrés como una fuerza que provoca malestar o tensión tanto sobre la salud física, el estado emocional y mental de la persona afectada. En el mismo sentido, Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) mencionan que el estrés emerge cuando un individuo está en situaciones que no puede controlar fácilmente, es decir, está dominado la presión que genera el evento estresante. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el estrés es una relación entre la persona y el medio ambiente, en la que el sujeto lo valora como una amenaza para su bienestar y no dispone de recursos para afrontarlo.

2.1.5 Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida es un estado mental que surge a partir de que un sujeto es capaz de evaluar positivamente, a nivel cognitivo y afectivo, los eventos que se suscitan a su alrededor, de tal manera que, es capaz, en términos generales, de disfrutar de la vida (Veenhoven, 1994). Es decir, la satisfacción con la vida es una valoración personal, que propicia el bienestar de un sujeto, es apreciar intrínsecamente la evolución de su vida y evaluar las expectativas que tiene de ella (Unidad de Apoyo Psicológico, 2003).

La satisfacción con la vida es el componente cognitivo del bienestar, es una evaluación o un juicio que se emite y que refleja una perspectiva a largo plazo. Pavot, Diener, Colvin y Sandvik (1991), definen a la satisfacción con la vida como una evaluación global que la persona hace sobre su vida, al momento en el que un sujeto realiza esta evaluación, es capaz de examinar los aspectos tangibles de su vida, compara entre lo bueno y lo malo, en función de un estándar o criterio elegido por ella.

2.2. Inmigración y Salud Mental

La salud mental de los inmigrantes se puede verse afectada por las consecuencias de las dificultades, los obstáculos y los inconvenientes encontrados en el transcurso de este proceso. Achotegui (2002) rescata que existen estudios que llegan a la conclusión de que el fenómeno de la migración por sí solo no produce riesgos de tener enfermedades mentales, sino que está supeditado de los mecanismos de adaptación durante este proceso, además, es necesario tener en consideración las características de la persona (tanto personales como sociales), el contexto en el que se produce la migración y las condiciones pre y post migratorias, para poder entender la relación que existe entre la migración y un problema de salud mental.

Bhugra (2004) ha considerado la existencia de un grupo de factores estrechamente asociados al problema de salud mental en la migración, estos factores están presentes tanto en la etapa premigratoria, como en el proceso en sí y en la etapa post- migración; este autor especifica que los factores premigratorios son el tipo de personalidad, su capacidad para afrontar problemas y situaciones estresantes, cuando se produce una migración forzada o se lo hace bajo persecución. En cambio, los factores que emergen durante la migración son los sentimientos de pérdida y de culpa y estrés post traumático. Por último, los factores presentes en la etapa post-migración son: problemas culturales, dificultad del idioma, incongruencia entre las expectativas y la realidad palpable, la falta de apoyo social y las condiciones económicas.

En la migración, se da un proceso de duelo que Achotegui (2009) lo llama “duelo migratorio”, el hecho de que un individuo deja su país para ir a otro, produce una situación de duelo que proviene de la separación de todo lo significativo que ha dejado en su país de origen; en la migración, el duelo se produce cuando una persona abandona los vínculos que ha establecido durante las primeras etapas de su vida y que han contribuido en la estructuración de su personalidad.

El duelo es un conjunto de reacciones físicas, emocionales y sociales que se manifiesta con sentimientos de tristeza y/o desolación (Echeburua, 2004). Se puede presentar con síntomas psicológicos o somáticos, sin embargo, la magnitud de la sintomatología va a depender de la personalidad del individuo, del nivel de las conexiones que ha tenido con lo perdido y de las particularidades de la pérdida (Echeburua, De Corral, & Amor, 2005).

Según Achotegui (2009) se dan siete pérdidas muy importantes que tienen lugar durante el proceso migratorio que son: del contacto con familiares y amigos, de la lengua materna, de la propia cultura, de los paisajes y de la tierra, del status social, del contacto con el grupo étnico de origen y de la seguridad física. El autor también describe tres tipos de duelo: el simple, que es el que se da en buenas condiciones y se puede superar con mayor facilidad; el complicado, que se produce cuando hay dificultades serias para resolver el duelo y, por último, el extremo, que supera las capacidades de adaptación de la persona y que no es elaborable.

Existen personas que están preparadas para tolerar emociones vinculadas al duelo migratorio, sin embargo, el hecho de que tengan esta capacidad no significa que la migración sea un proceso sencillo. A veces las circunstancias que están viviendo los inmigrantes son muy fuertes, de tal forma que superan su capacidad de adaptación (Achotegui, 2008). Por su parte Boss (2002) habla del término “duelo ambiguo” para demostrar la ambivalencia de las emociones que suele suscitarse en la migración, las personas pueden ganar y perder, estar tristes y alegres a la vez, lo que hacen que las pérdidas sean ambiguas generando una mayor duración del duelo.

En cuanto a los problemas psiquiátricos más frecuentes en los inmigrantes, se ha demostrado que radican en la sintomatología depresiva, ansiosa, somática y el estrés, además, existe una alta comorbilidad entre las tres primeras áreas sintomáticas (Achotegui, 2002). Sin embargo, los resultados y las conclusiones a las que llegan las investigaciones realizadas sobre la salud mental de los inmigrantes son de distinta índole, e incluso existen contradicciones. Por lo general se ha comprobado que los inmigrantes gozan de una salud mental inferior que quienes no lo son (Donnelly & Kim, 2008), sin embargo, hay trabajos en los que la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y somática en inmigrantes se da en menor medida (Grzywacz, Hovey, Seligman, Arcury, & Quandt, 2006; Pertíñez, Viladás, Menacho, Nadal, & Muns, 2002).

Esta variedad en los resultados se debe a varios factores que forman parte de este tipo de investigaciones, como la forma de entender el proceso migratorio y la salud mental, los diferentes contextos y poblaciones que involucran el fenómeno, los diversos trastornos o síntomas medidos en los inmigrantes, así como los instrumentos utilizados para diagnosticar o conocer la salud mental de la población de estudio (Koneru, Weisman de Mamani, Flynn, & Betancourt, 2007).

Según los estudios de Arnoso, Martínez-Taboada, Elgorriaga y Otero (2009) las personas que reciben ayuda de instituciones sociales presentan menos síntomas ansiosos, depresivos y somáticos. De igual forma se ha comprobado que la alta percepción de discriminación en el país receptor se relaciona con prevalencia de sintomatología ansiosa (Kessler, Mickelson, & Williams, 1999), depresiva (Noh & Kaspar, 2000) y somática (Utsey & Payne, 2000).

2.2.1. Depresión e inmigración

La presencia de los síntomas depresivos ha sido uno de los indicadores más utilizados para evaluar la consecuencia psicológica del proceso migratorio, pues es uno de los problemas de salud mental más comunes en los inmigrantes, tal es el caso de la investigación llevada a cabo por Lugo S., Arús, Lugo A. y Martí (2004), quienes encontraron que la prevalencia de depresión es más elevada en inmigrantes que se han establecido en Cataluña en comparación de la población general. En otros estudios se encontró que el 38,3% de las personas que vivieron un proceso de inmigración presentaron síntomas de depresión, un porcentaje que va en la línea del trabajo realizado por Barro et. al. (2004) en Cataluña y de las investigaciones efectuadas en EEUU con población asiática o latinoamericana (Mui y Kang, 2006; Hovey y Magaña, 2000).

En cambio, en las investigaciones de Asvat y Malcarne (2009) y Ristsner y Ponizovsky (2003) con personas inmigrantes, se encontraron niveles bajos de depresión, datos que pueden variar en función de variables como el nivel de asistencia que reciben y las condiciones migratorias en las que se encuentran. Sin embargo, Pardo, Engel y Agudo (2007) afirman que la prevalencia de depresión de la población inmigrante subsahariana que reside en Madrid no es superior a la población de origen, sino más bien el aumento de la incidencia se da con el paso del tiempo, probablemente debido a la situación socioeconómica en la que se encuentran, que al prolongarse en el tiempo puede actuar como factor estresante crónico.

2.2.2. Ansiedad e inmigración

En el proceso migratorio surgen varias situaciones adversas, como la falta de recursos para cubrir las necesidades básicas, el rechazo, la separación con sus seres queridos, la soledad y muchos otros factores que pueden provocar ansiedad en los migrantes (Achotegui, 2002).

En cuanto a la sintomatología ansiosa, en estudios internacionales se encontró que la población inmigrante procedente de países latinoamericanos que viven en EEUU puntúan entre niveles moderados (Alderete, Vega, Kolody, & Aguilar-Gaxiola, 1999) y altos de ansiedad (Hovey & Magaña, 2002). Sin embargo, los hallazgos de Ristsner y Ponizovsk (2003) denotan que la población de la Unión Soviética que emigró a Israel puntuaba bajos índices de ansiedad, al igual que las personas de diferentes regiones que se asentaban en Nepal (Navara & James, 2005).

2.2.3. Sintomatología somática e inmigración

En varias investigaciones se señala que la población inmigrante presenta síntomas somáticos a causa del fenómeno migratorio. Los trabajos realizados en Israel por Ritsner, Ponizovsky, Kurs y Modai (2000) con población inmigrante en general y por Hoover (1999) con personas procedentes de Rusia, encontraron que el 21.9% y el 14.9% de inmigrantes respectivamente presentaron síntomas somáticos. Estos porcentajes son similares a los obtenidos en Alemania con personas oriundas de Turquía, de la Unión Soviética y de España, ya que el 27.1% presentaron este tipo de síntomas (Donnelly & Kim, 2008), el 12.89% de la población china que reside en EEUU produce somatizaciones (Mak & y Zane, 2004). Además, en España, Pertiñez, Viladás, Menacho, Nadal y Muns (2002) encontraron que el 10,7% de la población inmigrante general tiende a la somatización.

2.2.4. Estrés e inmigración

Según Talarn, Navarro, Rosell y Rigat (2006) el proceso migratorio puede ser considerado como un fenómeno que conlleva estrés por sí mismo. Bughra (2003) señala que la génesis del estrés es debida a las numerosas dificultades en los periodos de adaptación, por lo que, el estrés empieza a desvanecerse después de los dos primeros años de haber inmigrado (Achotegui, 2002).

Cuando una persona cambia de país, existen una serie de estresores que provocan modificaciones en su vida y que conlleva la necesidad de reajustar los mecanismos de afrontamiento (Ward, Bochner, & Furnham, 2001). Achotegui (2009) señala que, en el fenómeno migratorio, el estrés se asocia con algunas variables sociodemográficas como la edad, el género, el estado civil, número de hijos, país de origen, falta de apoyo social, entre otros.

Se ha comprobado que el nivel de estrés de las personas que migran puede variar dependiendo del grupo y del contexto, así que hay trabajos que indican que los niveles de estrés son altos (Irfaeya, Maxwell, & Krämer, 2008), en otros, en cambio, estos niveles son moderados (Salvador, Pozo, & Alonso, 2010; Patiño & Kirchner, 2008; Chen, Benet, & Bond, 2008; Hovey & Magaña, 2000) y otros en los que se reportan niveles de estrés bajos (Ataca & Berry, 2002; Matheny, Roque-Tovar, & y Corlette, 2008).

Ponizovsky y Ritsner (2003) llegan a la conclusión de que los inmigrantes más jóvenes puntúan un nivel de estrés inferior que aquellos que tienen más edad. En un estudio realizado en Chile por Urzúa (2016) se encuentra que la mayor fuente de estrés era la distancia del país de origen, el rechazo y la discriminación.

2.2.5. Satisfacción con la vida e inmigración

Las investigaciones realizadas con población inmigrante muestran diversos índices de satisfacción con la vida con respecto a media. En EEUU, trabajos realizados con población afroamericana (Utsey, Payne, Jackson, & Jones, 2002) y mexicana (Cuéllar, Bastida, & Braccio, 2004; (Matheny, Roque-Tovar, & y Corlette, 2008) llegan a la conclusión de que los inmigrantes obtuvieron puntuaciones moderadas de satisfacción. Resultados que son similares a los obtenidos en estudios llevados a cabo por Neto (2001) en Portugal con adolescentes de Angola, Cabo Verde e India. Las investigaciones realizadas en Andalucía, España, con población latinoamericana (Ríos & Moreno-Jiménez, 2009) muestran resultados en esta misma línea.

Sin embargo, no en todas las investigaciones se ha comprobado que el bienestar de la población inmigrante es moderado. Por ejemplo, la población marroquí residente en Andalucía (Hernández, Pozo, & Alonso, 2004) y la rumana, africana y marroquí en el País Vasco (Basabe, Páez, Aierdi, & Jiménez-Aristizabal, 2009) manifestaban que poseían una baja satisfacción con la vida.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

En este capítulo, se describe el método empleado que comprende diseño, muestra, criterios de inclusión y exclusión. De igual manera se explica los instrumentos utilizados para conseguir los objetivos de investigación establecidos.

3. Método

3.1 Diseño

Se trata de un estudio transversal que cuenta con un carácter descriptivo y exploratorio, debido a que consiste en proporcionar datos importantes que han sido recogidos por medio de cuestionarios para establecer la prevalencia de sintomatología y así conocer el estado mental de los inmigrantes.

3.2. Muestra

El estudio se realizó con una muestra de 73 inmigrantes de 200 que reciben apoyo en la casa del migrante en la ciudad de Cuenca. Los criterios de inclusión fueron: ser inmigrantes en la ciudad de Cuenca, tener una edad entre 18 y 65 años y desear participar voluntariamente en el estudio. Además, se ha tenido en cuenta que el inmigrante no padece de algún trastorno psiquiátrico severo.

3.3 Instrumentos

3.3.1. Ficha sociodemográfica

Está conformada por las variables: edad, sexo, nacionalidad, lugar de residencia, religión, estado civil, número de hijos, con quien convive, nivel de educación., tiempo de permanencia en la ciudad de Cuenca, vivienda, motivos migratorios, situación laboral, situación legal y discriminación percibida (anexo 2).

3.3.2. Escala SWLS (Scale with life satisfaction)

Esta escala fue utilizada para medir la satisfacción con la vida. Este instrumento fue creado por los autores Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), evalúa el bienestar subjetivo midiendo la satisfacción con la vida en general. Está compuesto de 5 reactivos que valoran: la complacencia con la vida actual, cuenta con 7 opciones de respuesta que interrogan del acuerdo o desacuerdo con la oración presentada. Los puntajes altos muestran niveles de satisfacción con la vida. Este

instrumento fue utilizado en varios estudios con población inmigrante. La fiabilidad es de 84 (Anexo 3).

3.3.3 Perceived Stress Scale (PSS-14)

Se utilizó la versión española de esta escala para medir el estrés percibido. Este instrumento fue creado por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983). Tiene 14 ítems con 5 opciones de respuesta que evalúan el nivel en que los hechos de la vida son percibidos como estresantes. Esta escala es una de las más usadas para medir el estrés. Las puntuaciones altas reflejan altos niveles de estrés. La escala se ha usado una gran variedad de estudios en los que en mostrando altos coeficiente de fiabilidad (Anexo 4).

3.3.4. PHQ (Primary Health Questionnaire)

Se ha utilizado este instrumento en esta investigación para medir la sintomatología somática depresiva, ansiosa y consumo. Fue creado por Spitzer, Kroenke y Williams (1999) es el primer cuestionario diseñado para detectar desórdenes mentales en atención primaria, fue construido a partir de los criterios del DSM. Fue creado para diagnosticar eficientemente cinco de los tipos más comunes de los trastornos mentales: la depresión, la ansiedad, somatomorfo, el consumo de alcohol y los trastornos alimentarios. Cada módulo del PHQ se puede usar de manera individual. Se considera que este instrumento es adecuado para la población inmigrante porque se ha demostrado su validez en varias culturas. Para este estudio se excluyó los módulos del trastorno alimentario y ataque de pánico (Anexo 5).

3.4. Procedimiento

Con la ayuda de los responsables de la Casa del Migrante se comunicó a todos los inmigrantes acerca del presente estudio. Previo a la aplicación de los instrumentos, por medio del consentimiento informado se dio a conocer a los participantes el objetivo de la investigación y los lineamientos bajo los cuales se va a trabajar, se procedió a brindarles la explicación correspondiente sobre los instrumentos de investigación. Después se pasó a la aplicación de la ficha sociodemográfica y de los cuestionarios sobre la salud mental. Una vez terminado con la aplicación de los reactivos se procedió a tabular los datos y analizarlos con el programa SPSS V23.

Análisis estadístico

Los resultados de calificación de escala se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión y, su clasificación, según la clave de calificación de cada instrumento mediante medidas de frecuencia absoluta y porcentual. El comportamiento de los datos según la prueba Kolmogorov Smirnov resultó no normal por lo que se aplicaron pruebas no paramétricas, la prueba U-Mann Whitney para la comparación entre grupos y la prueba Rho de Spearman para establecer las correlaciones, la significancia estadística se la consideró con $p < 0.05$. El procesamiento de datos fue realizado en el programa estadístico SPSS y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

El estudio se realizó a 73 inmigrantes, asistentes a la casa del migrante en la ciudad de Cuenca, durante el periodo noviembre – diciembre 2018. Fueron 42 hombres (57.5%) y 30 mujeres (41.1%) de entre 18 y 65 años de edad, con una media de edad de 34.3 años (DE=13.3). Los dos tercios eran adultos jóvenes y en su mayoría venezolanos, participaron también: haitianos, colombianos, argentinos, cubanos y brasileños. La mitad se identificaron como católicos y la tercera parte cristianos; respecto al estado civil las tres cuartas partes mencionaron estar solteros y en cuanto al nivel de instrucción, más de la mitad reportaron estudios universitarios. Los detalles se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Característica de los Participantes N=73

Característica		n	%
Sexo	Hombre	42	57,5
	Mujer	30	41,1
	N/C	1	1,4
Grupo etario	Adultos Jóvenes	51	69,9
	Adultos medios	18	24,7
	Adultos Tardíos	3	4,1
	N/C	1	1,4
Nacionalidad	Venezolano	61	83,5
	Haitiano	5	6,8
	Colombiano	4	5,5
	Argentino	1	1,4
	Brasil	1	1,4
	Cuba	1	1,4
Religión(n=63)	Católico	35	55,6
	Cristiano	20	31,7
	Ateo	1	1,6
	Protestante	3	4,8

	Indú	1	1,6
	Hinduista	1	1,6
	Adventista	1	1,6
	Evangélico	1	1,6
Estado civil	Casado	11	15,1
	Divorciado	5	6,8
	Soltero	57	78,1
Nivel de estudios alcanzado	Primario	2	2,7
	Secundario	26	35,6
	Universitario	40	54,8
	Otro	4	5,5
	N/C	1	1,4

Condiciones de vida en el Ecuador

En referencia a las condiciones de vida en el Ecuador, menos de la tercera parte afirmó estar en la ciudad con su pareja, además más de la mitad tenía entre 1 y 6 hijos y una cantidad similar mencionó tener familiares aquí en el país. La situación actual de la tercera parte era de residente temporal, aproximadamente la cuarta parte estaban en condiciones irregulares, el 39.4% restante eran residentes permanentes o refugiados. Más del 85% de inmigrantes viven en lugares rentados y las condiciones de convivencia: solos, con familia y otros estaban distribuidos en proporción 1/3. Las actividades laborales en el momento de levantamiento de información fueron respondidas por aproximadamente el 75% de los participantes y mencionaron que principalmente eran vendedores (12.3%). Además, la tercera parte afirmó encontrarse desempleado. Detalles en la Tabla 2.

Tabla 2. Condiciones de vida en el Ecuador N=73

Característica	n	%	Característica	n	%		
¿Está su pareja aquí con Ud?	No	47	64,4	¿En que trabaja actualmente?	No contestaron	18	24,7
	Si	19	26,0		Albañil	1	1,4
	N/C	7	9,6		Artista	2	2,7

¿Número de hijos?	Ninguno	34	46,6	Comerciante informal	7	9,6	
	Uno	13	17,8		Cuidador de vehículo	1	1,4
	Dos	14	19,2		Cuidando a un señor	1	1,4
	Tres	11	15,1		FAO	1	1,4
	Seis	1	1,4		Guardia	1	1,4
¿Tiene familiares aquí en Ecuador?	No	32	43,8	Mantenimiento	1	1,4	
	Si	40	54,8	Desempleado	25	34,2	
	N/C	1	1,4	Panadería	1	1,4	
¿Cuál es su situación legal el Ecuador? (n=66)	Residente temporal	24	36,4	Profesor de idioma	1	1,4	
	Residente permanente	13	19,7	Restaurante	1	1,4	
	Refugiado	13	19,7	Tapicería	1	1,4	
	Irregular	16	24,2	Tecnología	1	1,4	
¿Lugar de alojamiento?	Arriendo	63	86,3	Terapista	1	1,4	
	Propio	2	2,7	Vendedor	9	12,3	
	Instituciones	6	8,2				
¿Con quién vive? (n=56)	N/C	2	2,7				
	Vive solo(a)	20	35,7				
	Con su familia	17	30,4				
	Otro ¿con quién?	19	33,9				

Sensaciones en el nuevo país

El motivo principal de salida de su país de origen fue el económico (68.5%), además la tercera parte considera que su situación en el Ecuador es mejor de lo que esperaba y otro tanto similar que era igual de lo que se esperaba. Respecto a la discriminación, el 64.4% (n= 47) respondió que alguna vez lo ha percibido, en al menos 1 de las situaciones, principalmente a la hora de buscar trabajo y mientras transitaban en la calle. Ver Figura 3.

Tabla 3. Sensaciones en el nuevo país N=73

Característica	n	%
Razones y motivos de salida de su país de origen	Económico	50 68,5
	Refugiado político	6 8,2
	Formación y educación	6 8,2
	Reagrupación familiar	4 5,5
	Otros	10 13,7
Si situación actual en el Ecuador comparada con lo que se esperaba antes de venir	Igual de lo esperaba	26 35,6
	Mejor de lo que esperaba	28 38,4
	Peor de lo esperaba	7 9,6
	N/C	11 15,1
En qué lugar ha sido discriminado (n=47)	En el trabajo	14 29,8
	En buscar trabajo	25 53,2
	En el alquiler vivienda	8 17,0
	En la calle	21 44,7
	En restaurante, bares y establecimientos públicos	2 4,3

Sintomatología

La figura 1 muestra que la prevalencia de depresión, ansiedad y síntomas somáticos se daba en una proporción reducida de inmigrantes. El 17.8% de los participantes que manifestaron síntomas de ansiedad, quienes requieren atención (moderado) o necesitan tratamiento (grave), así como el 11% de quienes reportaron síntomas somáticos y el 12.3% de quienes reportaron síntomas de depresión. Ver Figura 1.

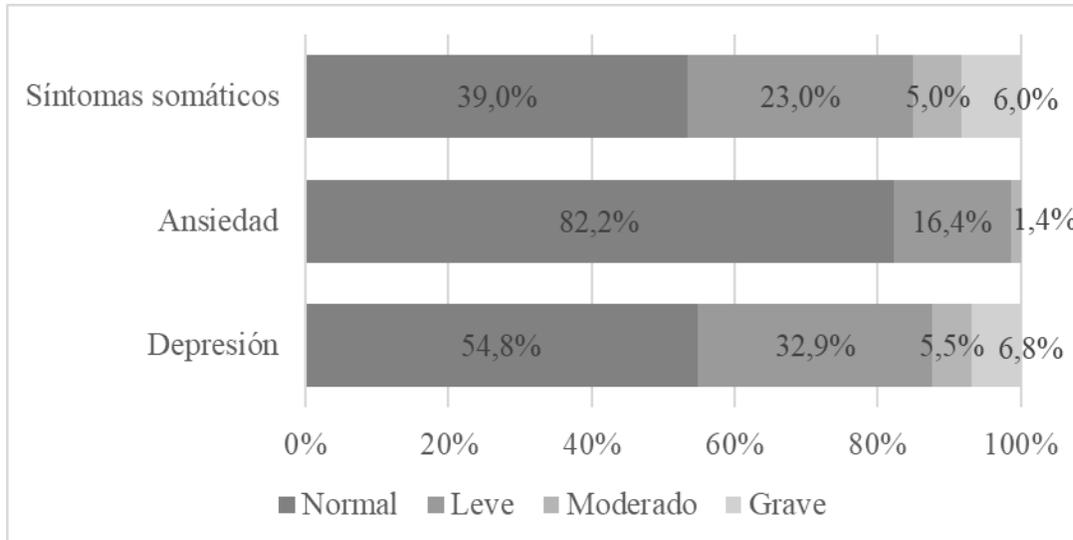


Figura 1. Sintomatología somática, ansiosa y depresiva. El diagrama de barras apiladas muestra la frecuencia de participantes en cada nivel sintomatológico.

Estrés percibido (Escala 0-56)

El estrés percibido osciló entre 7 y 46 con una media de 24.79 (DE=7.45) lo que implica una tendencia hacia un estrés leve, pues las puntuaciones en su mayoría se concentraban por debajo de la mediana de la escala ($\square=28$), fueron 16 personas (21.9%) con un nivel bajo, 53 medio (73.6%) y 4 alto (5.5%). El histograma Figura 2 muestra que los niveles de estrés se concentraban por debajo de la media de la escala.

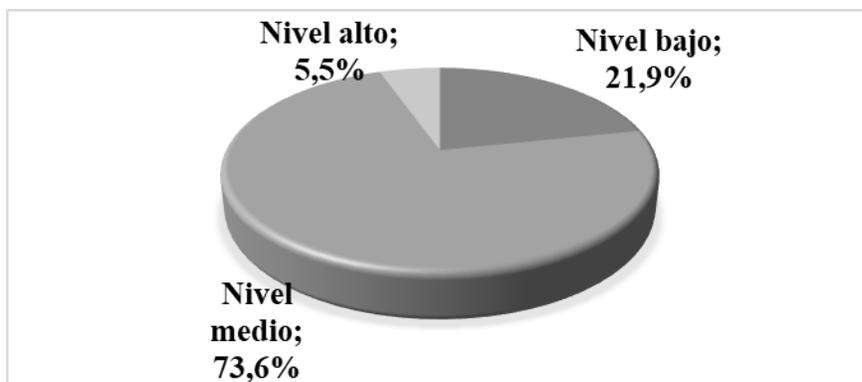


Figura 2. Estrés percibido. El gráfico de pastel muestra la frecuencia de personas en cada nivel de estrés.

Satisfacción con la vida

El puntaje de satisfacción con la vida en los participantes osciló entre 5 y 35 con una media de 21.8 (DE=6.8), lo que implica altos niveles de satisfacción con la vida. La figura 3 muestra la frecuencia de inmigrantes en cada nivel, fue el 35.6% quienes presentaron una tendencia hacia los altos niveles y el 15.1% una alta tendencia de insatisfacción, el 49.3% restante se mostró neutral. Ver Figura 3.

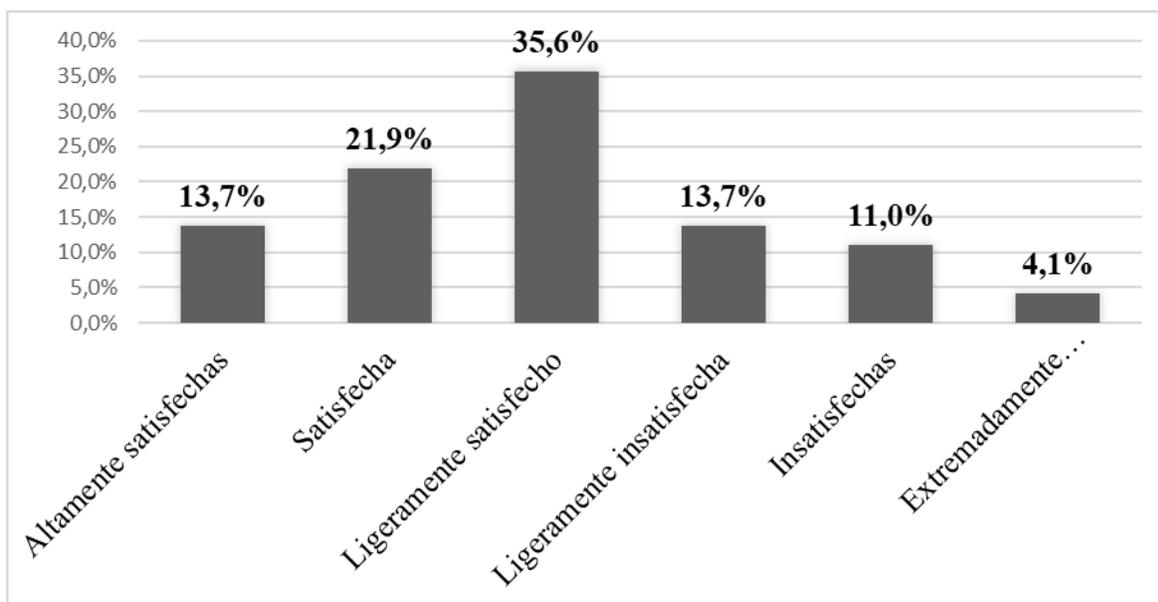


Figura 3. Satisfacción con la vida. El gráfico de columnas muestra la frecuencia de inmigrantes en cada nivel.

Asociación entre datos sociodemográficos y salud mental

Al existir una tendencia hacia bajos niveles de estrés, altos de satisfacción con la vida y una baja prevalencia de depresión, síntomas somáticos y ansiedad, se tomó la decisión de comparar las puntuaciones obtenidas con los variables más significativos con el fin de determinar la intensidad de cada componente de la salud mental.

La presencia de síntomas somáticos a pesar de ser bajos, en el grupo de mujeres resultó ser significativamente más intensa en comparación al grupo de hombres ($p < 0.05$). La muestra además que la percepción de: estrés, satisfacción con la vida, depresión y ansiedad era similar según el sexo ($p > 0.05$).

Tabla 4. Salud mental según sexo

Componentes (Escala)	Hombre		Mujer		p
	Media	DE	Media	DE	
Estrés (0-56)	24,0	8,1	26,1	6,5	0,174
Satisfacción con la vida (7-35)	21,4	7,1	22,6	6,4	0,559
Síntomas somáticos (0-26)	4,5	4,8	7,9	5,4	0,001*
Depresión (0- 27)	4,8	5,1	6,6	5,5	0,134
Ansiedad (0-14)	2,6	2,8	3,5	2,8	0,102

Nota: * Diferencia significativa ($p < 0.05$)

La sintomatología depresiva y ansiosa en aquellos inmigrantes que consideran que su situación en el Ecuador es peor de lo que esperaban era significativamente mayor que el resto de las personas, así lo indicó la prueba de comparación de medias para más de dos grupos H de Kruskal Wallis ($p < 0.05$). Detalles en la Tabla 5.

Tabla 5. Salud mental según expectativas de viaje

Componentes	Igual de lo		Mejor de lo		Peor de lo		p
	esperaba		que esperaba		esperaba		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Estrés (0-56)	24,9	6,5	22,5	8,0	29,4	7,8	0,083
Satisfacción con la ida (7-35)	20,6	6,7	22,9	6,8	19,9	6,0	0,210
Síntomas somáticos (0-26)	6,5	5,9	5,1	5,0	6,9	2,9	0,254
Depresión (0- 27)	7,0	6,5	3,5	3,8	7,9	2,0	0,015*
Ansiedad (0-14)	3,3	2,8	1,9	2,6	4,6	1,4	0,012*

Nota: * Diferencia significativa ($p < 0.05$)

La tabla 6 muestra que, a pesar de tener bajas puntuaciones en depresión, aquellas personas que han percibido algún tipo de discriminación tienen una mayor sintomatología depresiva en comparación a quienes no han sentido discriminación.

Tabla 6. Salud mental según sensación de discriminación

Componentes	No		Si		p
	Media	DE	Media	DE	
Estrés (0-56)	22.7	6.6	25.9	7.8	0.135
Satisfacción con la vida (7-35)	23.9	6.3	20.3	6.4	0.057
Síntomas somáticos (0-26)	4.5	4.5	6.4	5.4	0.174
Depresión (0-27)	3.5	3.5	6.6	5.8	0.047*
Ansiedad (0-14)	2.3	2.8	3.2	2.8	0.229

Nota: * Diferencia significativa ($p < 0.05$)

La edad, el número de hijos y el tiempo de permanencia en Ecuador no se relacionaron con la salud mental de los inmigrantes asistentes a la casa del migrante. Únicamente se encontró que el número de hijos estaba inversamente relacionado con la depresión; es decir que a mayor cantidad de hijos menos depresión; además aquellas personas sin hijos tenían niveles de depresión más altos que quienes los tenían ($p < 0.05$). Detalles en la Tabla 7.

Tabla 7. Relación de estrés, satisfacción con la vida, síntomas somáticos, depresión y ansiedad con características de los participantes

		Estrés	Satisfacción con la vida	Síntomas somáticos	Depresión	Ansiedad
Edad	rs	0,111	0,096	-0,072	0,041	0,196
	p	0,355	0,423	0,546	0,731	0,098
Número de hijos	rs	-0,141	0,238	-0,251	-,403*	-0,313
	p	0,391	0,145	0,123	0,011	0,052
Cuánto tiempo lleva usted en Ecuador	rs	-0,018	0,112	-0,173	0,062	0,029
	p	0,880	0,350	0,147	0,604	0,809

*Nota: * Relación significativa ($p < 0.05$)*

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Este estudio se llevó a cabo con el propósito de conocer la salud mental de la población inmigrante para ello fue preciso identificar la prevalencia de los síntomas depresivos, ansiosos, somáticos, consumo de alcohol, y medir el nivel de estrés y satisfacción con la vida. A continuación, se presentan las discusiones y las conclusiones de los principales resultados obtenidos en esta investigación.

Nivel de estrés

Los resultados obtenidos sobre el nivel de estrés indican que la mayoría de los inmigrantes (73.6%) que participaron en este estudio puntúan un nivel medio en esta variable, el porcentaje de personas que manifiesta alto nivel de estrés es bajo (tan solo el 5.5%). Estos resultados coinciden con algunas investigaciones realizadas en Europa, Asia y América Latina como las de Salvador, Pozo y Alonso (2010), Patiño y Kirchener (2008), Chen, Benet y Bond (2008) y Hovey y Magaña (2002), en los que concluyeron que ante los cambios globales de la migración el nivel del estrés percibido se centra en un nivel medio.

Se asume que la inmigración es un proceso que conlleva mucho estrés (Irfaeya, Maxwell, & Krämer, 2008), sin embargo, los resultados de este estudio contradicen este supuesto, se observó que no todas las personas llegan a manifestar estrés ya que este suceso, como cualquier otro generador de estrés, puede influir de manera diferente en las personas, dependiendo de su historia personal, nivel de afrontamiento y apoyo.

Satisfacción con la vida

Los resultados obtenidos en relación a la satisfacción con la vida muestran niveles de satisfacción altos, únicamente el 15% se sentían insatisfechos. Estos resultados van acordes con algunas investigaciones en las que encontraron buenos índices de satisfacción en la población inmigrante como son los estudios de Neto (2001) y Utsey, Payne, Jackson y Jones (2002), que a pesar de todas las dificultades que conlleva la migración, esta situación puede ser una oportunidad para revalorizar y plantearse aspectos positivos y nuevos en su vida; además, es necesario resaltar que la población de estudio se centra en personas inmigrantes que reciben

apoyo social, es decir, se encuentran respaldadas por una organización, lo que puede influenciar en este resultado.

Sintomatología depresiva, ansiosa y somática

Los resultados muestran que la prevalencia de depresión, ansiedad y síntomas somáticos se da en una proporción reducida de inmigrantes que residen en la ciudad de Cuenca. En primer lugar, solo 17.8% de los participantes manifestaron síntomas de ansiedad, este porcentaje va acorde a los estudios de Grzywacz, Hovey, Seligman, Arcury y Quandt (2006) y el trabajo de Pertiñez, Viladás, Menacho, Nadal y Muns (2002).

En segundo lugar, el número de somatizaciones es bajo, un porcentaje de 11% de las personas inmigrantes muestra síntomas de esta área. Estos resultados corroboran el porcentaje de somatizaciones encontrados en investigaciones anteriores, como en la de Pertiñez, Viladás, Menacho, Nadal y Muns (2002), quienes encontraron que 10.7% de los inmigrantes presentaron sintomatología somática, al igual que en otras investigaciones como en la de Donnelly y Kim (2008) y de Ritsner, Ponizovsky, Kurs y Modai (2000), en donde se encontró que el 13% y el 27% de inmigrantes respectivamente presentaron este cuadro sintomatológico.

Por último, coincidiendo con un gran número de trabajos en los que los niveles de depresión son bajos (Asvat & Malcarne, 2009; Ritsner & Ponizovsky, 2003), solo el 12.3% reportaron síntomas de un cuadro depresivo.

Hay estudios como el de Arnosó, Martínez-Taboada, Elgorriaga y Otero (2009) que comprobaron que los migrantes que reciben ayuda de instituciones manifiestan menos síntomas depresivos, ansiosos y somáticos. En el contexto de la presente investigación, el apoyo social que recibe la población inmigrante por parte de la Casa del Migrante, cumple un rol protector de las tensiones de la migración.

Consumo de alcohol

En el presente estudio todos los participantes negaron que consumen alcohol, estos resultados van en contra de muchos estudios en los que encontraron tasas muy altas de consumo de alcohol en los inmigrantes, por ejemplo, en el estudio de González-López, Rodríguez Gázquez y Lomas-Campos (2012), encontraron que el 61.4% de los migrantes bebe alcohol y que el 13.2% muestra

tener un riesgo inminente de alcoholismo. Debido a la naturaleza de las respuestas de los participantes de esta investigación, queda la duda de que si las respuestas referentes al consumo son verdades o influidas por la idea de responder lo correcto para evitar problemas con las autoridades y la ley.

Relación entre variables sociodemográficos y salud mental

Se escogió las variables sociodemográficas más significativas para ver si guardan algún tipo de relación con el estrés, la satisfacción y la sintomatología depresiva, ansiosa y somática.

Al analizar la influencia que puede tener el sexo sobre la salud mental de los inmigrantes, no se encontraron diferencias, la prevalencia de síntomas psicológicos no varía en función del sexo, estos resultados no van acorde a las investigaciones en las que demuestran que las mujeres presentan un mayor nivel sintomatología que los hombres (Borrel, Williams, Diez-Roux, & Gordon-Larsen, 2006; Cuéllar, Bastida, & Braccio, 2004). Con respecto al sexo y a la percepción de estrés, satisfacción con la vida, depresión y ansiedad; tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a diferencia del estudio de Rivera (2007), en el que se demostró que las mujeres presentaban un cuadro depresivo más acentuado que los hombres, también Dion y Dion L. (2001) encontraron que las mujeres perciben el estrés en mayor grado que los hombres.

Con respecto a la sintomatología somática, es la única en la que se presentó una diferencia significativa con respecto al sexo. La presencia de síntomas somáticos a pesar de ser bajos, en el grupo de mujeres resultó ser significativamente más intensa en comparación al grupo de hombres. Estos resultados son similares a los hallazgos de Achotegui (2002), en los que encontraron que los hombres muestran menos sintomatología somática que las mujeres.

Con respecto a la edad, en la presente investigación se encontró que la mayoría de participantes eran jóvenes y que, además, presentan un menor índice de sintomatología depresiva. Estos resultados van acordes a los encontrados por Miller et al. (2006), quienes demostraron que las personas más jóvenes muestran menos niveles de ansiedad, depresión y síntomas somáticos.

Otras variables concomitantes como el número de hijos y el tiempo de permanencia en Ecuador no se relacionaron con la salud mental de los inmigrantes asistentes a la casa del

migrante. Únicamente se encontró que el número de hijos estaba inversamente relacionado con la depresión; es decir que, a mayor cantidad de hijos, menor depresión; además, aquellas personas sin hijos tenían niveles de depresión más altos que quienes los tenían. Con este resultado se puede confirmar que los hijos son una fuente de motivación e inspiración en la vida de sus padres.

La sintomatología depresiva y ansiosa en aquellos inmigrantes que consideran que su situación en el Ecuador es peor de lo que esperaban, fue significativamente mayor que el resto de los participantes, de igual manera, a pesar de tener bajas puntuaciones en depresión, aquellas personas que han percibido algún tipo de discriminación tienen una mayor sintomatología depresiva en comparación a quienes no han sentido discriminación. Siguiendo la misma línea en estudios revisados se obtiene que la discriminación está altamente relacionada con la depresión (Noh & Kaspar, 2003; Finch, Koloby, & Vega, 2000).

La mayoría de participantes de este estudio son oriundos de Venezuela (83,5%), este país tiene semejanzas culturales con el Ecuador, lo que genera una identificación con la cultura en la que residen, ya sea por el idioma, la alimentación, las tradiciones o por algún otro elemento parecido a su lugar de origen. Existen estudios que señalan que el conocimiento del idioma facilita la adaptación socio laboral y la adquisición de recursos para sobrevivir (Swami, Arteche, Chamorro-Premuzic, & Furnham, 2010), lo cual facilita la incorporación a la sociedad y por tanto genera reduce los niveles de estrés y de sintomatología psiquiátrica.

Marsiglia, Kulis, García Pérez y Bermudéz-Parsai (2011) muestran que los inmigrantes que buscan un mejor futuro para sí mismos y sus familias se caracterizan por ser resilientes, optimistas y tener confianza en sí mismos. Siguiendo esta misma línea Vasquéz, Carmelo, Pérez-Sales, & Pau (2003) señalan que las personas resilientes toman los estímulos estresantes como una oportunidad para crecer y los afrontan con optimismo y de forma activa. En este sentido, a pesar de que la inmigración se asocie a situaciones de pérdida (Achotegui, 2002), es de considerar también emociones positivas como la esperanza, satisfacción, alegría.

CAPITULO V. CONCLUSIONES

El fenómeno migratorio está asociado con cambios socioculturales y pérdidas (duelo migratorio), lo que puede desencadenar en sintomatología clínica o malestar psicológico, sin embargo, los resultados de esta investigación rechazan esta idea y son compatibles con otras investigaciones en las que encontraron tasas bajas de patología psiquiátrica. El objetivo general del presente estudio fue conocer el estado de salud mental de los inmigrantes que residen en la ciudad de Cuenca por medio del hecho de identificar la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, somática y la presencia del consumo de alcohol, se encontró que únicamente el 17,8% de los participantes que presentaron síntomas de ansiedad, 11% síntomas somáticos, 12,3% de depresión y nadie reportó haber consumido alcohol.

Otro de los objetivos específicos se centró en medir el nivel de estrés y satisfacción con la vida, los resultados reportan que mientras un 5,5% de los participantes mostraron niveles medios de estrés, se aprecia una tendencia hacia una alta satisfacción con la vida ya que solo el 15% se sentía insatisfechos.

A pesar de tener bajas puntuaciones en la sintomatología depresiva y ansiosa, aquellos inmigrantes que consideran que su situación en el Ecuador es peor de lo que esperaban, presentaron mayores síntomas depresivos y ansiosos que el resto de las personas. De igual manera, aquellas personas que han percibido algún tipo de discriminación tienen un mayor nivel de sintomatología depresiva en comparación a quienes no han sentido discriminación.

Las dificultades y el impacto que conlleva la migración no siempre se traducen en enfermedades mentales, hay personas que tienen actitudes muy positivas, no se rinden ante los obstáculos encontrados, mejoran la calidad y el bienestar en sus vidas. Igual que otros estudios que reportan que la migración, sobre todo en personas resilientes, es un estímulo u oportunidad para crecer y buscar mejores días para sí mismo y sus familiares; es importante reflexionar sobre la frase de Pat Riley: “Si tienes una actitud positiva y te esfuerzas constantemente para dar tu mejor esfuerzo, con el tiempo vas a superar tus problemas inmediatos y encontrarás que estás listo para retos mayores”.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

4.1. Recomendaciones

Los resultados de la investigación indican que la salud mental en la mayoría de población inmigrantes es buena, sin embargo, se ha encontrado que, en un menor porcentaje, padecen síntomas psiquiátricos y existen factores que se asocian a malestar psicológico. Por tal motivo, se recomienda que las entidades que están al servicio de los inmigrantes, puedan brindarles mayor apoyo con acompañamiento psicosocial, psicoterapéutico, ofreciéndoles información y formación para promover autonomía social, con el objetivo de cuidar el bienestar psicológico que es primordial para un buen desempeño y buena actitud en la tierra extranjera.

Se recomienda también que estas mismas entidades diseñen actividades comunitarias y realicen campañas de educación para difundir información a la población local sobre todas las situaciones de una persona inmigrante, para así favorecer su aceptación como individuos, además, de esta manera, ayudar a identificar aspectos en común y reconocer los elementos positivos de ellos para así fomentar una relación basada sobre la confianza y reducir la discriminación y la amenaza que suele sentir la población local ante los inmigrantes que, en ocasiones, son los alicientes de actitudes de rechazo y exclusión.

4.2. Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio fueron en relación con la muestra, ya que se contó con la participación únicamente de los inmigrantes que asisten a la Casa del Migrante, situación que no representa a los inmigrantes en general de la ciudad de Cuenca, entonces el número de participantes en relación al tamaño de inmigrantes presentes en la ciudad de Cuenca fue muy bajo. Frente a ello, se recomienda que para futuras investigaciones el cálculo muestral sea representativo para toda la población inmigrante y que los participantes sean de todos países que inmigran en Cuenca y con inmigrantes en diferentes situaciones sociales de tal forma se podría analizar la salud mental en base al país de origen y comprobar si existen diferencias entre ellos.

El tiempo de aplicación de los instrumentos fue otra limitación, el momento que recibieron el almuerzo era la única hora oportuna para encontrar a los inmigrantes, así como el tiempo de dos meses para aplicar los cuestionarios fue limitado. La escasa información sobre el tema de la salud mental de los inmigrantes podría ser una barrera para atender las necesidades psicológicas de ellos. De este modo se sugiere realizar estudios tanto cuantitativos como cualitativos con la

población inmigrante, para así conocer cuáles son los mecanismos de afrontamiento que emplean y las estrategias que utilizan en su proceso de adaptación, lo cual ayudará a entender mejor la relación entre la migración y la salud mental, de tal manera que los organismos correspondientes puedan planificar sus intervenciones de tal manera que se pueda evitar cualquier situación que conlleve riesgo que represente para un inmigrante donde se vea comprometida su salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2008). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. *Avances en salud mental relacional*. 7(1). Recuperado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/migracion-y-crisis-el-sindrome-del-inmigrante-con-estres-cronico-y-multiple-sindrome-de-ulises>
- Achotegui, J. (2009). Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio (Escala Ulises). Llançà: Ediciones El Mundo de la mente.
- Alderete, E., Vega, W., Kolody, B., & Aguilar-Gaxiola, S. (1999). Lifetime prevalence of an risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *American Journal of Public Health*,, págs. 608-614.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2019). Situación en Venezuela. Recuperado de: <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Arnosó, A., Martínez-Taboada, C., Elgorriaga, E., & Otero, N. (2009). Inmigración y convivencia: la percepción de proceso y su abordaje grupal y comunitario. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*.
- Asvat, Y., & Malcarne, B. L. (2009). Acculturation and depressive symptoms in Muslim university students: Personalfamily acculturation match. *International Journal of Psychology*, 2(43). 114-124. doi: [10.1080/00207590601126668](https://doi.org/10.1080/00207590601126668)
- Ataca, B., & Berry, J. (2002). Psychological, sociocultural, and marital adaptation of Turkish immigrant couples in Canada. *International Journal of Psychology*, págs. 13-26.
- Barlow, D., & Durand, V. M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thompson.
- Barro, S., Saus, M., y Barro, A. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34(9), 504-505

- Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X., & Jiménez-Aristizabal, A. (2009). Salud e inmigración. Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida. . *Observatorio vasco de inmigración*.
- Bass, C., & Benjamin, S. (1993). The Management of Chronic Somatisation. *British Journal of Psychiatry*, 472-480. doi: [10.1192/bjp.162.4.472](https://doi.org/10.1192/bjp.162.4.472)
- Baum, A. (1990). Stress, Intrusive Imagery, and Chronic Distress. *Health Psychology*. 9(6). 653-75. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2286178>
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta psychiatrica scandinavica*. doi: [10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x](https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x)
- Blanco, C. (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Madrid: Ciencias Sociales, Alianza Editorial.
- Borisovna, I. (2002). *Vivir un espacio. Movilidad geografica de la poblacion*. Puebla, Mexico: Instituto de ciencias sociales y humanidades de la BUAP.
- Borrel, L. N., Williams, D. R., Diez-Roux, A. V., & Gordon-Larsen, P. (2006). Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Social Science and Medicine*, 6(63), 1415-1427.
- Boss, P. (2002). *Family stress management*. New York: SAGE Publications, Inc.
- Bueno, E., García, R., Montes, N., & Valle, G. (2004). *Apuntes sobre la migración internacional y su estudio*. Zacatecas: Unidad Académica de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Bughra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68-73. doi: [10.1034/j.1600-0447.108.s418.14.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.14.x)
- Chambers, I. (1994). *Migracion,cultura , identidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores .
- Chávez, J. (1992). *Introducción a la medicina familiar*. San Luis de Potosí: Universidad de San Luis de Potosí.
- Chen, S., Benet, M., & Bond, M. H. (2008). Bicultural identity, bilingualism, and psychological adjustment in multicultural societies: immigration-based and globalization-based acculturation. *Journal of Personality*, 1(30), 53-67.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. doi: 10.2307/2136404
- Consejo Nacional de Población. (2017). *Consejo Nacional de Población*. Recuperado el 11 de 04 de 2019, de Universidad de las Américas Puebla: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/hernandez_r_ca/capitulo1.pdf
- Constitución de la República del Ecuador, Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008.
- Cortez, P., & Medina, P. (2011). *Evolución de la Población inmigrante en Ecuador*. Quito, Pinchincha, Ecuador: Analítika. Recuperado el 13 de 04 de 2019, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/Analitika/Descargas/Evolucion_de_la_poblacion_inmigrante_en_ecuador.pdf
- Cuéllar, I., Bastida, E., & Braccio, S. M. (2004). Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample. *Journal of Aging and Health*, 4(16), 447-466.
- De Lobera, P. (2004). Inmigración, diversidad, integración exclusión: conceptos clave para el trabajo con la población inmigrante. *Revisa de Estudios de Juventud*. 66(1). 11-21. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3255154>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dion, K. M., & Dion, L. (2001). Gender and adaptation in immigrant families. *Journal of Social Issues*, págs. 511-521.
- Donnelly, P., & Kim, K. (2008). The patient health questionnaire (PHQ-9K) to screen for depressive disorders among immigrant Korean American elderly. *Journal of Cultural Diversity*, 1(15), 24-29. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19172976>
- Echeburua, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Echeburua, E., De Corral, P., & Amor, P. (2005). La resistencia humana ante el trauma y duelo. En J. Coronel B, *Alivio de las situaciones y del sufrimiento en la terminalida* (págs. 337-359). San Sebastián.

Ecuador 2011. Recuperado de:

Eguiguren, M. (2017). Los estudios de la migración en Ecuador: del desarrollo nacional a las movilidades. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. (58), 59-81. doi: 10.17141/iconos.58.2017.2497

El Telégrafo. (3 de enero de 2019). La migración de venezolanos se agudizará en este año. Recuperado de: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/ecuador/1/migracion-venezolanos-ecuador2019>

Federación Mundial para la Salud Mental. (1962). Asamblea Mundial para la Salud Mental. Ginebra: Paix Bing.

Finch, B. K., Koloby, B., & Vega, W. A. (2000). Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior*, 3(41), 295-313.

Giménez, R. C. (2003). *Qué es la inmigración. Problema y oportunidad? Cómo lograr la integración de los inmigrantes? Multiculturalismo o interculturalismo?*. Barcelona, España: R. B. A. Integral.

González-López, J., Rodríguez-Gázquez, M., & Lomas-Campos, M. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en inmigrantes latinoamericanos adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 1-8. doi: 10.1590/S0104-11692012000300014

Grzywacz, J., Hovery, J., Seligman, L., Arcury, T., & Quandt, S. (2006). Evaluating short-form versions of the CES-D for Measuring depressive symptoms among immigrants from Mexico. *Hispanic Journal of Behavioural*, 3(28), 404-424. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=EJ739826>

Hernández, S., Pozo, C., & Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes. ¿Efectos directos o amortiguadores? *Boletín de Psicología*, págs. 79-96.

- Hoover, C.R. (1999). Somatization disorders. En E.J. Kramer, S.L. Ivey, y Y.W. Ying (Eds.), *Immigrant women's health: problems and solutions* (pp. 233-241). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hovey, J. D., & Magaña, C. G. (2002). Psychosocial predictors of anxiety among immigrant Mexican farmworkers: Implications for prevention and treatment. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 2002, 3(8), 274-289.
- Hovey, J., & Magaña, C.G. (2000). Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 2(3), 119-131. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009556802759>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Migración. Quito. Recuperado el 13 de abril de 2019, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/?s=Migracion>
- Irfaeya, M., Maxwell, A., & Krämer, A. (2008). . Assessing psychological stress among Arab migrante women in the city of Cologne/Germany using the community oriented primary care (COPC) approach. *Journal of Immigrant Minority Health*, págs. 337-344.
- Kessler, R., Mickelson, K., & Williams, D. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, págs. 208-230. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/2676349>
- Koneru, V., Weisman de Mamani, A., Flynn, P., & Betancourt, H. (2007). Acculturation and mental health: current findings and recommendations for future research. *Applied and Preventive Psychology*, págs. 76-96. doi: doi.org/10.1016/j.appsy.2007.07.016
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lewen, M., & Kennedy, H. L. (1986). The role of stress in heart disease. *Hospital Medicine*, 125-138.
- Ley Orgánica para Movilidad Humana, Asamblea Constituyente del Ecuador de 31 de enero de 2017.

- López, J., & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de psicología y psicopatología clínica*, 7(2), 73-93. doi: [10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3923](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3923)
- Lugo, S. B., Arús, M. S., Lugo, A. B., & Martí, M. F. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34(9), 504. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/82651994.pdf>
- Mak, W., & y Zane, N. (2004). The phenomenon of somatization among community Chinese Americans. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, págs. 967-974.
- Marsiglia, F., Kulis, S., García Pérez, H., & Bermudéz-Parsai, M. (2011). Hopelessness, family stress, and depression among Mexican-heritage mothers in the southwest Social Work, School of Southwest. *Interdisciplinary Research Center (SIRC) Social and Family Dynamics, T. Denny Sanford School of (SSFD)*.
- Martínez, V., & Sandoval, E. (2009). *Migraciones, conflictos y cultura de Paz*. México: Trillas
- Matheny, K., Roque-Tovar, E., & y Corlette, W. (2008). Perceived stress, coping resources, and life satisfaction among US and Mexican college students: A cross-cultural study. *Anales de psicología*, 49-57.
- Matheny, K., Roque-Tovar, E., & y Corlette, W. (2008). Perceived stress, coping resources, and life satisfaction among US and Mexican college students: A cross-cultural study. *Anales de psicología*, pág. 49'57.
- Meissner, D., & Hormats, R. (1993). *International Migration Challenges in a new Era*. New York: The Trilateral Commission.
- Miller, A. M., Sorokin, O., Wang, F., Feethan, S., Choi, M., & Wilbur, J. (2006). Acculturation, social alienation, and depressed mood in midlife women from the Former Soviet Union. *Research in Nursing and Health*, 2(29), 134-146.
- Mui, A., & Kang, S. (2006). Acculturation stress and depression among Asian immigrant elders. *Social Work*, 51(3), 243-255. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17076122>

- Navara, G., & James, S. (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, págs. 39-58.
- Neto, F. (2001). Satisfaction with life among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of Youth and Adolescence*, 1(30), 53-67.
- Noh, S., & Kaspar, V. (2000). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, págs. 232-238. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447722/>
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 2(93), 232-238.
- Organización Internacional de las Migraciones (2012). Perfil Migratorio del
- Organización Internacional de las Migraciones. (2006). *Derecho internacional sobre migración. Glosario sobre migración*. Ginebra: R. Perruchoud. Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2018a). ¿Cómo define la OMS la salud?. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2018b). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Oso, L. (1998). “*La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*”. (I. d. Mujer, Ed.) Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales .
- Pardo, G., Engel, J., & Agudo, S. (2007). Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención Primaria*, 39(11), 609-614. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707709885>
- Pascual, P., & Cerecebo Pérez, M. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Actualización en Medicina de la Familia*, 281-286. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433

- Patiño, C., & Kirchener, T. (2008). Estrés y coping en inmigrantes latinoamericanos residentes en Barcelona. *Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 1, 29-38.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20. doi: 10.1207/s15327752jpa5701_17
- Pertiñez, J., Viladás, L., Menacho, I., Nadal, S., & Muns, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 1(20), 6-13. Recuperado de <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-descriptivo-trastornos-mentales-minorias-13025579>
- Plan Nacional para el Buen Vivir: 2013-2017: todo el mundo mejor. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.*
- Ponizovsky, A., & Ritsner, M. (2003). Age differences in stress process of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 135-141.
- PublicaFM. (01 de 01 de 2019). Ecuador, país de migrantes. *Unidad Digital de Pública FM*. Recuperado el 14 de 04 de 2019, de <https://www.publicafm.ec/noticias/ecuador/1/ecuador-migrantes-especial>
- Real Academia de la Lengua Española. (2001). Migración. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=PE38JXc>.
- Ríos, M., & Moreno-Jiménez, M. (2009). Influencia de la participación comunitaria y la identidad con el lugar en la satisfacción vital en inmigrantes.). *Escritos de Psicología*, 8-16.
- Ritsner, M., & Ponizovsky, A. (2003). Age differences in stress process of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 2(44), 135- 141. doi: [10.1053/comp.2003.50026](https://doi.org/10.1053/comp.2003.50026)
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R., & Modai, I. (2000). Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *American Journal of Psychiatry*, 3(153), 385-392.

- Rivera, F. (2007). Contextualizing the experience of young latino adults: acculturation, social support and depression. *Journal of Immigrant and Minority Health* , págs. 237-244.
- Ruiz, G. (2002). Migración oaxaqueña, una aproximación a la realidad. En O. C. Oaxaqueño. Oaxaca: Ibid. Recuperado el 13 de 04 de 2019, de <https://searchworks.stanford.edu/view/4815382>
- Salvador, C. M., Pozo, C., & Alonso, E. (2010). Estrategias comportamentales de aculturación y síndrome de Ulises de los inmigrantes latinoamericanos. *Boletín de Psicología*. 98(1), 55-72.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(I), 10-59. Recuperado de <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/1159/3435>
- Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. doi: 10.1001/jama.282.18.1737
- Swami, V., Arteché, A., Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2010). Sociocultural adjustment among sojourning Malaysian students in Britain: A replication and path analytic extension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1(45), 57-65.
- Talarn, A., Navarro, N., Rosell, L., & Rigat, A. (2006). Propuesta de especificadores diagnósticos vinculados al estrés y el trauma: una aportación a la nosología psicopatológica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(2), 107-114. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4022/3876>
- Tizón, J. (1989). Migraciones y salud mental: recordatorio. *Gaceta Sanitaria*, 3(14), 527-529. doi: 10.1016/s0213-9111(89)70976-6
- Unidad de Apoyo Psicológico. (2003). Unidad de Apoyo Psicológico. *Pontificia Universidad Católica de Chile*, 23-45. Recuperado el 30 de 04 de 2019, de http://apoyo.saludestudiantil.uc.cl/index.php/saber-mas?task=verItem&id_item=74&vista=sabermas

- Unidad Digital de Pública FM. (2018). Ecuador, país de migrantes. Recuperado el 5 de 06 de 2019 de <https://www.publicafm.ec/noticias/ecuador/1/ecuador-migrantes-especial>
- Urzúa, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *revista medica de Chile*. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500002
- Utsey, S., & Payne, Y. (2000). Differential psychological and emotional impacts of face-related stress. *Journal of African American men*. 56-72.
- Utsey, S., Payne, Y., Jackson, E., & Jones, A. (2002). Race-related stress, quality of life indicators, and life satisfaction among elderly African Americans. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 30(1).
- Vasquéz, Carmelo, Pérez-Sales, & Pau. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estres*, 2(3), 231-254.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*. 3(1). 87-116. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2015574>
- Velasco, M. (2018). Diversidad cultural hace del Ecuador un país atractivo al turista. Esta noticia ha sido publicada originalmente por Diario EL TELÉGRAFO bajo la siguiente dirección: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/1/ecuador-diversidad-cultural>. *El Telégrafo*. Recuperado de: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/1/ecuador-diversidad-cultura>
- Ward, C., Bochner, S., & Furnham, A. (2001). *Psychology of culture shock*. New York: Routledge.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Yo.....he recibido una explicación clara sobre los procedimientos y la finalidad del estudio titulado” salud mental en inmigrantes de la ciudad de Cuenca “. Tengo claro que la decisión de participar es voluntaria y que la información proporcionada será utilizada solo para este estudio y será manejada con toda confidencialidad.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma

Anexo 2. Ficha sociodemográfica

1. **Sexo:** _____
 - Masculino
 - Femenino

2. **Edad:** _____
3. **Nacionalidad:** _____
4. **Religión:** _____
5. **Lugar de residencia:** _____
6. **Ocupación:** _____
7. **Estado civil:**
 - Casado(a)
 - separado(a)
 - divorciado(a)
 - viudo(a)
 - soltero(a)
- 8- **Esta su pareja aquí con Ud.:**
 - si
 - No

- 9- **Número de hijos :** _____
- 10- **Tiene familiares aquí en Ecuador:**
 - si
 - no
- 11- **Cuánto tiempo lleva usted en Ecuador:** _____
- 12- **Cuál es su situación legal en Ecuador:**
 - Residente temporal
 - Residente permanente

- Refugiado
- irregular

13- Nivel de estudios alcanzado:

- Primario
- Secundario
- Universitario
- Otro

14- Lugar de alojamiento:

- Arriendo
- Propio
- Instituciones
- Otro

15- ¿Con quién convive?:

- Con nadie, vive solo (a)
- Con su pareja
- Con su familia
- Otro, ¿con quién?

16- ¿En qué trabaja actualmente?_____

17- Razones y Motivos de salida de su país de origen:

- Económico
- Refugiado político
- Formación y educación
- Reagrupación familiar
- Otros

18- Su situación actual en el Ecuador comparada con lo que se esperaba antes de venir:

- Igual de lo que esperaba
- Mejor de lo que esperaba
- Peor de lo que esperaba

19- Ha sentido algún tipo de discriminación aquí:

- si
- no

20- Si su respuesta es sí marque en donde:

- En el trabajo
- En buscar trabajo
- En la calle
- En restaurante bares, cines, establecimientos públicos
- En el alquiler vivienda

Anexo 3. Escala SWLS

A continuación, se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una escogiendo el número apropiado. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

1. Completamente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Más bien en desacuerdo
4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5. Más bien de acuerdo
6. De acuerdo
7. Completamente de acuerdo

		Desacuerdo Acuerdo						
1	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="radio"/>						
2	Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="radio"/>						
3	Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="radio"/>						
4	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="radio"/>						
5	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="radio"/>						

Anexo 4. Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo 5. Escala (PHQ)

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late deprisa o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Más de			
	Nunca	Varios días	de los días	Casi cada día
a. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días
3. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?			
a. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta o preocuparse mucho por distintas cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha marcado “Nunca”, pase a la pregunta n.º 4			
b. Sentirse inquieto/a de tal forma que le cuesta quedarse sentado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cansarse con mucha facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor o tensión muscular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Problemas para quedarse dormido/a o para seguir durmiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Problemas para concentrarse en algo, como leer un libro o ver la televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Irritarse o enfadarse fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

”.

4- ¿Alguna vez bebe alcohol (incluyendo cerveza o vino)? **NO** **SÍ**

Si ha marcado “NO”, pase a la pregunta n.º 6.

5- . ¿Le ha pasado algo de lo siguiente más de una vez en los últimos 6 meses? **NO** **SÍ**

a. Ha bebido alcohol

aunque el médico le
había aconsejado
dejar de beber a
causa de un
problema de salud.

b. Ha bebido alcohol,
ha ido colocado/a o
ha tenido resaca
mientras estaba
trabajando, iba al
colegio, se ocupaba
de los niños o de
otras
responsabilidades.

c. No ha ido o ha
llegado tarde al
trabajo, colegio o a
otras actividades
porque estaba
bebiendo o tenía
resaca.

d. Ha tenido algún
problema para
relacionarse con los
demás cuando ha
estado bebiendo.

e. Ha conducido el
coche después de
tomarse varias copas
o después de beber

demasiado.

6- . Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad Algunas dificultades Muchas dificultades Muchísimas
dificultades