



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

LA REGULACIÓN EMOCIONAL COMO FACTOR PROTECTOR DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN EL DUELO MIGRATORIO.

Autor: Esther Martín Cantón

Tutor profesional: María Pilar Martínez Díaz

Tutor Metodológico: Mónica Terrazo Felipe

Madrid
Mayo 2018

Esther
Martín
Cantón

**LA REGULACIÓN EMOCIONAL COMO FACTOR PROTECTOR DE LA
SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN EL DUELO MIGRATORIO.**



Resumen

Todo proceso migratorio implica una pérdida y un proceso de duelo que, si se complica, puede generar diferentes alteraciones psicológicas en el individuo. Una variable asociada a la capacidad de adaptación a situaciones estresantes y que podría modular la elaboración del duelo y el desarrollo de sintomatología es la regulación emocional. Este trabajo pretende evaluar la asociación entre los niveles de duelo migratorio y las dificultades en la regulación emocional con la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y somáticos. Para ello, se llevó a cabo un estudio en el que se evaluó el duelo migratorio, las dificultades en la regulación emocional y la sintomatología depresiva, ansiosa y somática en una muestra de 59 inmigrantes procedentes de América Latina. Los resultados muestran una asociación positiva entre el duelo migratorio y las dificultades en la regulación emocional. Así mismo se observó que a mayores niveles de duelo migratorio y dificultades en la regulación emocional existe mayor presencia de sintomatología. Un modelo de regresión lineal indica que tanto la regulación emocional como la discontinuidad en la identidad, un componente del duelo migratorio, predicen un 48,5% de la varianza de la sintomatología clínica. Los resultados muestran que el duelo migratorio propicia la aparición de síntomas en inmigrantes con dificultades de adaptación. No obstante, la regulación emocional cumple un papel regulador importante en esta asociación y puede ser un factor clave en la prevención de sintomatología en personas afectadas por las dificultades de la migración.

Palabras clave: Migración, duelo migratorio, regulación emocional y sintomatología clínica.

Abstract

Every migratory process implies loss and a grieving process which, if complications arise, may cause different psychological alterations in the individual. One variable associated with the ability to adapt to stressful situations that could modulate the elaboration of grief and the development of symptoms is emotional regulation. This work aims to evaluate the association between the levels of migratory grief and the difficulties in emotional regulation when depressive, anxious and somatic symptoms are present. In order to achieve this, a study was carried out evaluating migratory grief, emotional regulation difficulties and depressive, anxious and somatic symptoms in a sample group of 59 immigrants from Latin America. The results show a positive association between migratory grief and emotional regulation difficulties. Likewise, it was observed that at higher levels of migratory grief and emotional regulation difficulties, there is a greater presence of symptomatology. A linear regression model indicates that both emotional regulation and discontinuity in identity, a component of migratory grief, predict 48.5% of the variance of clinical symptoms. The results show that migratory grief causes the appearance of symptoms in immigrants with adaptation difficulties. However, emotional regulation plays an important

regulatory role in this association and can be a key factor in the prevention of symptoms in people affected by the difficulties of migration.

Key words: Migration, migratory grief, emotional regulation and psychological symptoms.

La migración es un fenómeno mundial con flujos muy cambiantes. España es actualmente un país receptor y la afluencia de inmigrantes que llegan y se instalan en este país influye en muchos ámbitos de la sociedad. En 2018 del total de personas residentes en España 41.979.151 millones corresponden a personas de nacionalidad española y 4.719.418 millones son extranjeros (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2018). En cuanto a procedencia, la población latinoamericana, es una de las más numerosas en nuestro país con 1.787.691 total habitantes, representa un 35,8% de la población extranjera (Muñoz de Bustillo y Antón, 2010). Los motivos por los que emigra la población latinoamericana, son absolutamente personales pero si hay cierto consenso de que generalmente los factores que influyen en la decisión de emigrar vienen determinados por la demanda de una mejor calidad de vida, desempleo o búsqueda de un empleo mejor, o razones familiares como la reagrupación (INE, 2007); así como también influye la inseguridad personal o incertidumbre política (Castillo y Reguant, 2017).

Son varias las disciplinas que se acercan al estudio de las migraciones, entre ellas la economía, el derecho, la estadística, la historia o la demografía. Sin embargo, desde una perspectiva más personal del migrante, es la psicología clínica de la mano de la psicología social y transcultural, la que aporta una visión sobre las experiencias internas y procesos sociales que se dan en la migración y la que en esta investigación nos concierne. El estrés que rodea a la migración y las dificultades que atraviesan las personas inmigrantes durante el proceso, generan en muchas ocasiones problemas emocionales que repercuten seriamente en las personas, su entorno y en el sistema nacional de salud. Los trastornos mentales son la segunda causa de consulta sanitaria entre la población inmigrante en nuestro país (Achotegui, 2009). En Granada se evaluó a 290 inmigrantes de los cuales 32 presentaban síntomas relacionados con el estrés y las dificultades que conlleva la migración (Revilla et al., 2011). Los problemas sanitarios más frecuentes están relacionados con depresiones y ansiedad. Estas enfermedades suelen tener su origen en el aislamiento y la exclusión social que surgen como consecuencia de las dificultades de adaptación, de la ausencia de vínculos sociales y del posible desarraigo (García, Jiménez y Redondo, 2009).

La migración como cualquier cambio, supone una pérdida, toda pérdida un duelo y todo duelo requiere de una reorganización interna de la persona. Así mismo, muchas personas son capaces de elaborar los duelos en su debido tiempo y adaptarse al cambio, integrando la cultura de origen y la del nuevo destino. Sin embargo, hay otro porcentaje que se queda estancado o no logra

superarlo. Para atender a este grupo que sigue sufriendo y no logra la adaptación, es importante analizar qué aspectos del funcionamiento personal pueden favorecer un mejor ajuste.

La migración es un evento de grandes dimensiones en la vida de una persona y como tal, el área emocional se ve fuertemente afectada. Por eso queremos concederle un papel importante a la regulación afectiva en esta investigación ya que la revisión de la literatura parece sugerir que ciertos mecanismos de regulación pueden estar actuando de forma importante en el proceso de afrontamiento de las dificultades de adaptación (Hervás y Vázquez, 2006), así como en procesos de duelo complicado (Gupta y Bonanno, 2011). Por tanto, los procesos emocionales parecen ser claves para el buen funcionamiento psicológico pero también pueden jugar un papel importante en el desarrollo de diferentes trastornos psicológicos (Hervás, 2011), entre ellos la depresión, ansiedad y somatización que son frecuentes en población inmigrante.

El número de población inmigrante procedente de Latinoamérica, la complejidad del proceso migratorio y los riesgos para la salud mental que pueden suponer las dificultades de adaptación a la nueva cultura conforman la base de este estudio que pretende analizar las características del duelo migratorio, la sintomatología más común y los factores estresantes o protectores que median en esta asociación, centrándose específicamente en la regulación emocional.

Duelo migratorio.

De la misma manera que todos atravesamos duelos a lo largo de nuestra vida (duelo por pérdida de un ser querido, por ruptura de una relación o por un cambio de trabajo), al emigrar se produce una pérdida que debe ser elaborada y a este proceso se le denomina duelo migratorio. Sin embargo, entre los duelos que forman parte del día a día o del curso natural de la vida, no se encuentra el duelo migratorio. Este, se trata de un duelo no normativo, poco reconocido a nivel social y, en algunos casos, más difícil de elaborar. La pérdida en la migración está cargada de características que la hacen una pérdida única y específica (Achotegui 2002; Boss, 2001; Falicov, 2001); entre ellas:

- *Es un duelo parcial y ambiguo.* Lo que se ha perdido no ha desaparecido para siempre, si no de manera parcial, ya que existe la posibilidad de contacto o reencuentro. Una pérdida ambigua es la que las personas, la tierra, los objetos que se han perdido siguen existiendo. Se encuentran físicamente ausentes pero psicológicamente presentes en lo simbólico (Boss, 2001). Por lo general, en el proceso migratorio no se descarta la posibilidad de volver a migrar, el regreso. Por lo que hasta la propia migración en sí tiene carácter parcial y ambiguo.
- *Es un duelo recurrente.* Se reactiva, ya que los procesos de elaboración se interrumpen a través del contacto con el país de origen (Achotegui, 2009), viajes de visita, llamadas telefónicas desde un locutorio o la comunicación más real e instantánea que facilitan las nuevas tecnologías. Por este motivo también se trata de un duelo que se prolonga en el tiempo.

Este contacto, de la misma manera dificulta la elaboración del duelo de las personas que se quedan en el país de origen y sufren la separación (González, 2005).

- *Es un duelo de pérdidas múltiples.* Las pérdidas y los cambios que supone son muchos y variados. Achotegui (2002) distingue siete tipos de pérdidas y con ellas, siete duelos diferentes.
 1. Duelo por la familia y amigos: El inmigrante se separa de la familia y los seres queridos, lo que genera grandes sentimientos de soledad.
 2. Duelo por la lengua: Cambia el idioma, los códigos y aspectos no verbales apareciendo grandes dificultades de comunicación que van de la mano de la frustración.
 3. Duelo por la cultura: La pérdida de la cultura, los hábitos y los valores, apareciendo cierto sentimiento de traición. La mayoría de los inmigrantes mantienen costumbres, como la comida, en un intento de permanecer en contacto con su cultura.
 4. Duelo por la tierra: Cambian los paisajes, los ritmos de vida y horarios en cierto modo forman parte de nuestro apego a la tierra y la identidad.
 5. Duelo por la pérdida del estatus social: A pesar de que la migración supone un proyecto de mejora y progreso, en muchos casos el mero hecho de ser inmigrante supone un retroceso en el estatus social.
 6. Duelo por la pérdida de contacto con el grupo étnico: Al emigrar se pierde el grupo de pertenencia y con ello parte de la identidad. Entrar en interacción con otros grupos genera mucho estrés e incluso miedo, sobre todo si aparecen actitudes xenófobas o racistas.
 7. Duelo por los riesgos físicos: las amenazas y riesgos del viaje, de la llegada, las condiciones de insalubridad, los cambios ambientales, la protección contra el frío, accidentes laborales y domésticos sin cobertura de salud y sobre todo la situación de ilegalidad en la que la mayoría de inmigrantes llegan hacen vivir la realidad con inseguridad y la indefensión
 8. González (2005) habla incluso de duelo por no poder regresar, en personas que se han sometido a migración forzada o apostaron todo cuanto tenían en el país de origen para conseguir migrar y del duelo por la pérdida del proyecto migratorio, en aquellas circunstancias en las que las expectativas no se han logrado, ya que no se consigue nada de lo esperado.
- *Es un duelo ambivalente.* Es posible que el inmigrante vaya desarrollando su proyecto migratorio, los logros y éxitos parciales, sin embargo en ocasiones esto produzca emociones contradictorias, sentimientos de ambivalencia: alegría-tristeza, logros-desesperanza, ausencia-presencia. Alegría por la gente nueva que estoy conociendo que se acompaña de tristeza o traición hacia los seres queridos que no están presentes, sería un sencillo ejemplo.

El inmigrante vive o sobrevive entre la adhesión y la resistencia hacia el país de acogida, lo que favorece el “duelo perpetuo” (Falicov, 2001).

Ciola (1996) se refiere a la experiencia migratoria como estar entre dos sillas; entre dos idiomas, entre dos tiempos, entre dos familias, entre lo definitivo y lo transitorio.

- *Es un duelo transgeneracional*, como en cualquier familia la transmisión generacional de los estilos de afrontamiento y mecanismos de defensa ante el duelo moldea la personalidad de los hijos. Por tanto la forma en la que elaboran el duelo los progenitores ejerce una profunda influencia sobre las siguientes generaciones (González, 2005). Es posible que las segundas generaciones no se sientan al completo ni de aquí ni de allá. Se han criado en el país de acogida, pero con las costumbres del país de origen.
- *Es un duelo que conlleva regresiones psicológicas*. En la migración se viven situaciones tan intensas y estresantes que desbordan los recursos de afrontamiento de las personas. Aparecen entonces, en algunos casos, conductas de dependencia o queja que expresan búsqueda de apoyo y ayuda (González, 2005).
- *Puede llegar a ser un duelo por partida doble*. Cuando la fantasía de regreso está presente, hace del duelo un duelo parcial, no total y es más probable que la elaboración del duelo se prolongue en el tiempo si el regreso no llega a realizarse. Si la fantasía de regreso retroalimenta las difíciles características del duelo, cuando el regreso se hace posible, las personas llevan a cabo una “nueva migración”, un nuevo duelo (González, 2005).

El inmigrante obtiene muchos beneficios y ventajas de la experiencia migratoria, sin embargo, estas características junto con las dificultades que la persona encuentra tras emigrar, conforman un conjunto de estresores para la persona emigrante. Esto propicia la existencia de casos en los que la migración supone dificultades tales que conllevan riesgos a la hora de la elaboración del duelo.

Las características del duelo migratorio dan lugar a cambios en la identidad, la cantidad de duelos que tienen que elaborarse (familia, lengua, estatus, grupo de pertenencia...), la adaptación al nuevo lugar y los intentos de integración en la nueva sociedad, que suponen un cambio tan profundo en la personalidad del inmigrante que modifica su identidad (Castro, 2011; Lakatos, 1992). La sensación de discontinuidad en la identidad (Lakatos, 1992) y el estrés límite que viven los inmigrantes (Achotegui, 2006) propician la aparición de síntomas psicopatológicos.

Cada persona elabora el duelo de forma distinta, de aquí podemos distinguir en la literatura tres formas de elaboración del duelo migratorio (Achotegui, 2006). El *duelo simple* sería un duelo elaborado exitosamente en la que la persona ha sido capaz de integrar la experiencia, el *duelo complicado* se produce cuando la persona tiene dificultades para elaborar el duelo y el *duelo extremo* se produce en circunstancias en las que la elaboración del duelo se torna especialmente

difícil dando lugar a sintomatología clínica que agrava más la situación. Las personas que llegan a desarrollar sintomatología clínica o precisan ayuda de un profesional de salud mental es debido a que atraviesan un duelo extremo.

El *síndrome de Ulises* es el término utilizado por Achotegui (2006) para denominar el cuadro clínico de aquellos inmigrantes que padecen múltiples estresores o duelos y que muestran un conjunto de síntomas que se enmarcan en el área de la salud mental. Atendiendo a las dificultades en la elaboración del duelo, aquellas personas que padecen síndrome de Ulises serían aquellas que atraviesan un duelo extremo.

La salud mental de los inmigrantes

Por lo general, las personas que pueden emigrar de un entorno empobrecido son las más jóvenes, sanas y capaces (Aerny et al., 2010; Breslau et al., 2007; Rojas et al., 2011). La migración por sí misma no supone un riesgo para la salud mental. Sin embargo, las personas que emigran por necesidad, obligadas por las circunstancias y dejando parte de la familia en el país de origen, llegan al destino con la única prioridad de sustentar a sus familias y trabajar. Tienen que enfrentarse a situaciones que demandan gran cantidad de recursos y habilidades. A pesar de que la salud les es necesaria para esto, en algunos casos llevan a cabo una vida muy austera en condiciones de infravivienda, mala alimentación o explotación laboral que repercute cada vez más fuertemente en su salud (Seguí, 2005).

Los motivos de consulta de emigrantes en atención primaria (Sánchez et al., 2005) y urgencias (Junyent, Núñez y Miró, 2006) suelen ser parecidos a las de la población autóctona. Sin embargo, se puede apreciar como algunas manifestaciones clínicas están relacionadas con las situaciones estresantes motivadas por las dificultades de la migración (Revilla et al., 2011). En términos generales, las condiciones tan precarias en las que algunos inmigrantes sobreviven está relacionado con el desarrollo de sintomatología (Achotegui, 2006). Las patologías más comunes son las somatizaciones, reacciones adaptativas, trastornos de ansiedad y depresión (Romero-Mohedano, Carrión y Ruiz, 2014).

Achotegui (2006) recoge los síntomas que suelen presentar los inmigrantes que acuden al Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados, SAPPPIR. En los síntomas del *área depresiva* destacan la tristeza, el llanto, la culpa y las ideas de muerte. En el *área de ansiedad* tienen mucha importancia los síntomas de tensión y nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, la irritabilidad o el insomnio. En cuanto a la *somatización* son las cefaleas y la fatiga los síntomas más frecuentes. Cabe mencionar que en la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes la depresión se acompaña de sintomatología somática que expresa el sufrimiento mental debido al estrés crónico y la forma cultural de manifestar el malestar, ya que

la expresión corporal de los sentimientos se asocia a la expresión mental o emocional (Romero-Mohedano et al., 2014).

Además, Achotegui (2006) identifica *síntomas de tipo confusional* como son el miedo, la confusión y preocupación, fallos en la memoria, desorientación temporal o sentimiento de estar perdidos. Estos síntomas se incluyen junto con los del área de depresión, ansiedad y somatización para formar lo que él denomina “*cuadro clínico del Síndrome de Ulises*” que pretende dar nombre a una situación extrema que muchas veces se desvaloriza o no tiene cabida en el ámbito de la salud mental.

La salud mental de los inmigrantes puede ilustrarse con la “metáfora de iceberg” de manera sencilla y clara. En las consultas de psicología o atención primaria el inmigrante que está sufriendo, muestra con su queja y a través de los síntomas somáticos, la punta del iceberg. El reto del profesional es poder ver que estas expresiones esconden problemáticas relacionales, de desarraigo, de integración, de convivencia o de falta de recursos (Seguí, 2005). Para ello resulta de gran ayuda comprender su experiencia migratoria y su situación laboral, social, familiar y legal.

Indicadores de estrés asociados a sintomatología

El proceso migratorio, al igual que cualquier cambio, es una gran fuente de estrés. Los factores sociodemográficos y contextuales, tanto los relacionados con la migración como los que tienen que ver con las condiciones de vida tienen un papel fundamental en la adaptación del inmigrante. En algunos casos el inmigrante se encuentra en tal situación de vulnerabilidad que desarrolla problemas emocionales y psicológicos.

Relativo al sexo, un porcentaje mayoritario de estudios encuentran mayor vulnerabilidad de la mujer inmigrante a presentar malestar psicológico o altos niveles de duelo migratorio (Barro, Saus, Barro y Fons, 2004; Revilla et al., 2011). Los valores culturales y factores psicosociales pueden estar contribuyendo a las diferencias por sexo entre la población migrante (Jurado et al., 2017) ya que en situaciones extremas de estrés desaparecerían las diferencias de género (Achotegui, López, Morales, Espeso y Achotegui, 2015; Thapa y Hauff, 2005)

En cuanto a la edad son adultos jóvenes que han emigrado para sustentar a sus familias y se hayan lejos de sus hijos, aquellos que tienen más probabilidad de presentar síntomas (Achotegui et al., 2015). También hay datos que demuestran que son los mayores los que más síntomas presentan (Casado, 2002; Ladin y Reinhold, 2013). En España, la nacionalidad que presenta mayor vulnerabilidad a desarrollar sintomatología y estrés migratorio son los inmigrantes latinoamericanos (Achotegui et al., 2015; Jurado et al., 2014; Qureshi et al., 2013).

En cuanto al tiempo de residencia en España el riesgo de presentar duelo migratorio y sintomatología es más alto en personas que llevan menos de cinco años y se reduce a partir de los diez años (Achoategui et al., 2015; Revilla et al., 2011). Sin embargo, este último dato es contradictorio un estudio europeo donde se observa que los niveles de depresión son altos en personas de la tercera edad y concluye que el tiempo transcurrido desde la migración no parece reducir los síntomas depresivos (Ladin y Reinhold, 2013).

El nivel educativo bajo es predictor de malestar psicológico en inmigrantes (Qureshi et al., 2013). También las personas con nivel educativo alto que al migrar sufren movilidad social descendente tienen alto riesgo de desarrollar problemas psicológicos (Das-Munshi, Leavey, Stansfeld y Prince, 2012). El ámbito laboral, las condiciones laborales (Stansfeld y Candy, 2006), el desempleo (Chen et al, 2012) y las precarias condiciones laborales (Porthé et al., 2009) también afectan a la salud mental de los inmigrantes.

La situación de ilegalidad genera altos niveles de miedo y estrés, por lo que los inmigrantes que están en esta situación son más vulnerables a la presencia de síntomas psicológicos frente aquellos que tienen permiso de residencia o nacionalidad (Achoategui et al., 2015; Nickerson, Steel, Bryant, Brooks y Silove, 2011; Revilla et al., 2011).

Tener hijos en el país de origen se asocia con altos niveles de duelo migratorio y estrés (Casado, Hong y Harrington, 2010). A su vez, también existe evidencia de que las condiciones estresantes de la vida en familia se asocian con más probabilidad de trastorno mental (Jurado et al., 2014; Martínez-Taboada, Albeza, Amutio y Nicolae, 2017).

El apoyo social reduce el malestar psicológico y los síntomas de depresión (Chou, 2009, 2012; Martínez, García y Maya, 2001; Pantelidou y Craig, 2006). De la misma manera, el bajo apoyo y escasa vida social en el país de acogida se relaciona con síntomas de depresión y ansiedad (Rodríguez et al., 2009).

El deseo de relacionarse con la nueva cultura o el de mantener la identidad y la cultura original es un proceso complejo que la psicología social lo da a conocer como aculturación (Berry y Kim, 1988). Integrar la nueva cultura con la de origen, puede producir estrés. El mantenimiento de las normas y costumbres del país de origen, el aislamiento social y el estrés aculturativo se asocian con ansiedad (Hovey y Magaña, 2002) y con depresión (Park y Rubin, 2012). En este proceso de aculturación la receptividad del país receptor es imprescindible para lograr la inclusión de la persona inmigrante ya que la discriminación social también es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología (Chou, 2012).

Otras variables características de la migración y que tienen un papel importante a la hora de determinar el riesgo de sufrir duelo migratorio y sintomatología son las dificultades de

comunicación o desconocimiento del idioma (Jurado et al., 2017). Así mismo el tipo de migración y los sucesos traumáticos también son predictores de sintomatología, como en el caso de refugiados (Nickerson et al., 2015).

El proceso de adaptación conlleva múltiples factores contextuales y la salud mental de los inmigrantes se ve afectada por estos. Un estudio de Lerner, Kertes y Zilber (2005) analiza varios factores (acontecimientos traumáticos, falta de apoyo social, mal funcionamiento familiar, locus de control de externo, pobre aculturación y la carencia de bienes materiales) y concluye que los factores sociales y psicológicos tienen una mayor influencia en el bienestar de los inmigrantes que sus pertenencias materiales.

Estas características de riesgo podrían tener una función aditiva, cuantos más factores de riesgo este expuesta la persona, más se reduce su propia competencia personal. Llegando incluso a reducir los factores protectores personales (Sameroff, Bartko, Baldwin, Baldwin y Seifer, 1998). La multiplicidad de los estresores, la intensidad, la cronicidad y la ausencia de sensación de control son características que pueden agravar las situaciones personales de cada inmigrante (Achotegui, 2006).

Variables protectoras: la regulación emocional

Si bien la migración constituye un factor de riesgo para la salud mental debido al estrés y dificultades que implica en algunos casos extremos, nos hace preguntarnos qué factores estarían protegiendo a esas personas que con mayor o menor dificultad logran abordar el duelo y generar de su proyecto migratorio una oportunidad exitosa.

A nivel sociodemográfico y contextual hay mucha evidencia sobre qué circunstancias pueden actuar como factor de riesgo o protector de sintomatología y duelo complicado en inmigrantes (Achotegui et al., 2015; Jurado et al., 2017). Sin embargo, los procesos psicológicos individuales han sido menos estudiados. A nivel individual los estilos de afrontamiento (Lahoz, Carrasco, Navarro, Serrano, 2014; Patiño y Kirchner, 2011), el locus de control interno (Chou, 2009; Lerner et al., 2005) y la autoestima (Lee, Donlan, Orea y Paz, 2013) son los factores personales más estudiados. Esta investigación pretende introducir la regulación emocional como un mecanismo psicológico que podría modular la problemática de los inmigrantes.

Algunos estudios sobre duelo por pérdida de un ser querido demuestran que la regulación emocional podría tener un papel importante en el afrontamiento de situaciones difíciles o estresantes y sus posteriores secuelas (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal, y Coifman, 2004). Los déficits en la regulación emocional son comunes en reacciones desadaptativas al duelo por muerte. Las personas en proceso de duelo complicado tienen dificultades en la regulación emocional, concretamente en aumentar o suprimir la expresión emocional (Gupta y Bonanno,

2011). A pesar de que estos estudios estén focalizados en el duelo por pérdida de un ser querido, las reacciones emocionales que se dan en el duelo migratorio pueden asemejarse.

Las experiencias traumáticas de la migración forzada en refugiados pueden provocar déficits en la regulación emocional y esto afectar a la aparición de psicopatología (Doolan, Bryant, Liddell, y Nickerson, 2017). Recientemente se ha centrado la investigación en las dificultades en el país de acogida –circunstancias que se asemejan más a las que nos conciernen en este estudio– concluyendo que los estresores diarios a los que se enfrentan los refugiados interfieren con la capacidad de regulación emocional y dificultan la superación del trauma por el desplazamiento impactando en la salud psicológica de las personas (Nickerson et al., 2015).

En población general, existen numerosos datos que nos muestran la importancia que pueden llegar a tener los procesos emocionales en la satisfacción vital, la felicidad, y en la protección/vulnerabilidad a desarrollar diferentes trastornos psicológicos y físicos (Hervás y Vázquez, 2006). Por tanto, la regulación emocional puede ser un mecanismo que influya en la asociación entre el duelo migratorio y los síntomas de depresión ansiedad o somatizaciones. Y es por ello que en este trabajo se pretende investigar la regulación emocional en relación a las vivencias adaptativas en inmigrantes, como una variable moderadora del individuo.

La regulación emocional ha sido estudiada y descrita de diferentes maneras. Entre ellas, una definición general se referiría a *“los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”* (Thompson 1994, p.27-28). En este estudio vamos a centrarnos en el modelo multidimensional conceptualizado por Gratz y Roemer (2004) que se basa en la desregulación emocional, o déficits que pueden surgir cuando no se lleva a cabo una óptima regulación, es decir, los procesos de desregulación afectiva *“la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos”* (Hervás y Vázquez, 2003, citado en Hervás y Vázquez, 2006). Elegimos este modelo para examinar si las dificultades de adaptación de los inmigrantes conllevan déficits en la regulación emocional y cómo estos pueden contribuir al desarrollo de sintomatología clínica.

En la evaluación de las dificultades en la regulación emocional Gratz y Roemer (2004) identifican las siguientes áreas problemáticas:

- *Rechazo emocional* refleja la tendencia a tener emociones secundarias negativas en respuesta a una emoción negativa o no aceptar tus propias reacciones al malestar.
- *Interferencia cotidiana* refleja la dificultad de concentrarse y llevar a cabo tareas cuando sentimos emociones negativas.

- *Descontrol emocional* refleja las dificultades para controlar el comportamiento cuando sentimos emociones negativas, así como la creencia de que hay poco que hacer para regular nuestras emociones de manera efectiva cuando nos sentimos mal.
- *Desatención emocional* refleja la dificultad para atender y reconocer nuestras emociones.
- *Confusión emocional* refleja hasta qué punto un individuo conoce de manera clara o no las emociones que está experimentando.

La regulación emocional, la identificación y diferenciación de emociones está relacionada con la psicopatología (Silva, 2005). Estos déficits pueden presentarse en el procesamiento emocional de un suceso en mayor o menor medida, siendo las dificultades en la regulación emocional elementos centrales en la depresión y la ansiedad (Hervás, 2011). Se ha visto que déficits en la atención, la aceptación, la claridad y en el control emocional, están presentes en personas con sintomatología depresiva (Hervás y Jódar, 2008; Hervás, 2011). Y en la ansiedad aparecen problemáticas como la confusión, el descontrol y la desatención emocional (Hervás y Jódar, 2008). No existen estudios específicos que relacionen las áreas problemáticas propuestas por Gratz y Roemer (2004) con síntomas somáticos. Sin embargo, un estudio realizado por Bailey y Henry (2007) indica que la presencia de somatizaciones parece estar relacionada con la afectividad negativa. Así mismo, la conciencia emocional y los estados afectivos influyen en la percepción sobre la salud física (Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009). Lo que parece indicar que la somatización mantiene estrecha relación con los procesos emocionales. Un estudio más reciente relaciona la presencia de trastornos psicósomáticos con altos niveles de alexitimia, ansiedad y depresión (Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély, 2011).

Además, no necesariamente ligado a psicopatología, la regulación emocional puede verse afectada en situaciones cotidianas o comunes en la migración como por ejemplo la reagrupación familiar. Las madres pueden sufrir dificultades en la regulación emocional, más concretamente en la subescala de descontrol emocional ante reagrupaciones familiares, debido a la intensidad y reestructuración familiar que esto supone (Martínez-Taboada et al., 2017). En un estudio con refugiados las áreas de la regulación emocional más asociadas al trauma por la migración forzada, fueron la confusión y el descontrol emocional (Doolan et al., 2017). Las experiencias traumáticas que llevan a una persona a solicitar asilo o refugio, no son comparables con una migración no forzosa, pero en cierto modo, estas dos áreas de la regulación emocional podrían verse también afectadas por las experiencias de una migración obligada por las circunstancias económicas, sociales o personales.

El estudio de la regulación afectiva nos ofrecerá oportunidades para favorecer la recuperación ante acontecimientos negativos (Hervás y Vázquez, 2006), incluso el trabajo con la regulación emocional puede ser útil en el tratamiento de cuadros clínicos (Hervás, 2011). De esta manera,

profundizar en la investigación de la regulación emocional en personas inmigrantes puede ser útil para facilitar la adaptación y prevenir el desarrollo de sintomatología.

La complejidad que supone la elaboración del duelo migratorio, junto con las dificultades que viven los inmigrantes en el país de acogida, puede afectar a un gran número de inmigrantes de Latinoamérica que residen en nuestro país, aumentando el número de consultas de inmigrantes por problemas de salud mental. Entender estas alteraciones psicológicas dentro de un contexto migratorio puede enriquecer la comprensión de la problemática y permitir su prevención. La regulación emocional, se ha visto involucrada en procesos de duelo por muerte, en procesos de migraciones forzadas y en trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad o la somatización, por lo que podría ser un factor clave en este aspecto. Consideramos importante analizar la relación entre el duelo migratorio, la regulación emocional y la sintomatología, con el fin último de ofrecer una mejor atención psicológica a inmigrantes y poder establecer programas de prevención que incluyan todas las áreas que se ven afectadas en este largo proceso de adaptación a una nueva cultura.

Objetivos e hipótesis

Este estudio tiene como objetivo evaluar la presencia de sintomatología clínica en personas inmigrantes y la relación con las dificultades en la regulación emocional y los niveles de duelo migratorio.

Objetivos específicos:

- Analizar el papel de la regulación emocional en la adaptación a la experiencia migratoria.
- Evaluar la influencia de la regulación y el duelo migratorio en el desarrollo de sintomatología clínica.
- Comprobar si los factores sociodemográficos y contextuales actúan como estresores que dificultan la elaboración del duelo.

Las hipótesis que se esperan comprobar en este estudio son las siguientes:

Hipótesis 1: El duelo migratorio está relacionado con la sintomatología clínica de depresión, ansiedad y somatización.

Hipótesis 2: La regulación emocional está relacionada con la sintomatología clínica de depresión, ansiedad y somatización.

Hipótesis 3: El duelo migratorio está relacionado con las dificultades en la regulación emocional.

Hipótesis 4: Los factores sociodemográficos y contextuales generan niveles más altos de duelo migratorio.

Hipótesis 5: El duelo migratorio y la regulación emocional predicen el desarrollo de sintomatología clínica en inmigrantes.

Método

Participantes

La muestra se compone de 59 personas inmigrantes residentes en España, procedentes de países hispanohablantes de América Latina (Colombia, Bolivia y Honduras representan un 57,7%). El 79,7% son mujeres y el 20,3% son hombres. Las edades de la muestra están comprendidas entre los 19 y los 64 años, siendo la media de la edad de 40 años con una desviación típica de 12. La muestra se obtuvo en las asociaciones Entre Culturas Majadahonda, ACOGEM y centro socioeducativo Jara y a través del método bola de nieve. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, desear participar voluntariamente en la investigación después de haber sido informado, ser capaz de completar los cuestionarios y tener el castellano como lengua materna. No se aplicaron criterios de exclusión.

La mitad de personas de la muestra (50,8%) lleva en España más de 10 años, un 23,8% lleva entre tres y diez años y un 25,4% lleva menos de dos años. El 37,3% tiene nacionalidad española y un 33,9% el permiso de residencia frente a un 28,8% que está tramitando la documentación o se encuentra en situación de irregularidad. El 37,3% tiene hijos aquí, frente al 20,3% que tiene hijos en el país de origen. El 20,3% no tiene ningún familiar en este país.

La decisión de emigrar fue en un 57,6% de los casos voluntaria y libre y en un 42,4% voluntaria pero obligada por las circunstancias (en el cuestionario no se contemplaron opciones de migración forzada). Un 50,8% se siente completamente de su país de origen o más de su país de origen que de España frente al 49,2% que se siente más español que de su país de origen. En la Figura 1 expresan los porcentajes de personas que solicitarían retorno voluntario y en la Figura 2 se expresan porcentajes en función de la frecuencia con la que se viaja al país de origen.

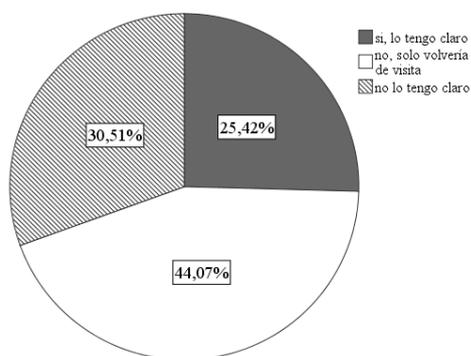


Figura 1. Retorno voluntario

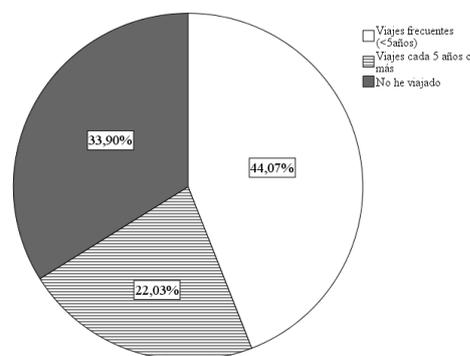


Figura 2. Viajes al país de origen

El 27,1% de la muestra está desempleado actualmente. En general, las personas de la muestra consideran que su situación económica actual es regular (72,9%). Un 20,3% siente que no tiene a nadie en que apoyarse cuando tiene un problema, el 64,4% cuenta apoyo social de otros compatriotas o inmigrantes y únicamente un 15,3% considera que su apoyo son personas españolas.

Materiales

Los cuestionarios aplicados son los siguientes:

- Cuestionario sociodemográfico: Las variables socio-demográficas, familiares y algunas percepciones personales sobre la migración se recogieron a través de un cuestionario elaborado especialmente para analizar las características de la muestra, teniendo en cuenta las variables más relevantes citadas en estudios anteriores sobre inmigración.
- Cuestionario de Duelo y Pérdida Migratoria [*Migratory Grief and Loss Questionnaire*, MGLQ] (Casado, 2000). Se aplicó la versión española validada por Zamora (2012). Está diseñada para medir la experiencia de duelo asociada a la migración. Consta de 20 ítems que se responden según una escala Likert de cuatro valores. Pregunta con qué frecuencia la persona se ha sentido de la forma que describe cada ítem en los treinta días anteriores. La puntuación va de 0 a 60, indicando niveles más intensos de duelo migratorio las puntuaciones más altas. Cuenta con dos factores que representan respectivamente el “apego a la tierra” y la “discontinuidad en la identidad” (Zamora, 2012). A pesar de que en su estudio original se crea para población China, la validación al castellano se realizó en una muestra con las mismas características que la de este estudio. El cuestionario original presenta muy buena consistencia interna con un alfa de Cronbach estimado de ,94. (Casado et al., 2010).
- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional [*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS] (Gratz y Roemer, 2004). Se usó la versión española de Hervás y Jódar (2008). Consta de 28 ítems con cinco opciones de respuesta Likert en las que evalúa cinco dimensiones de la regulación emocional: el descontrol, rechazo, interferencia, desatención y confusión. La consistencia interna que presenta es muy buena ($\alpha=.93$).
- El BSI 18 (Derogatis, 2001), es un instrumento de auto-informe para la comprobación de síntomas psicopatológicos de 18 ítems derivado del SCL-90. Se compone de tres escalas que evalúan las dimensiones de ansiedad, depresión y somatización, con seis ítems cada una. Se evalúa la frecuencia con la que ha estado presente cada uno de los ítems durante la última semana según una escala Likert de cinco puntos. Esta validado en una muestra de trabajadores en activo y de personas con cáncer. El coeficiente de alfa de Cronbach para la escala global es de ,90 por lo que presenta una consistencia interna alta.

Para la muestra de este estudio, la prueba de consistencia interna de los test mostró una consistencia alta, excepto para las subescalas de confusión y desatención de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), cuya consistencia interna es baja. Los valores α para esta investigación se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Consistencia Interna de los Cuestionarios para la Muestra del Estudio

Cuestionario	Alfa de Cronbach.
MGLQ	,94
Apego a la patria	,92
Discontinuidad en la identidad	,84
DERS	,91
Descontrol	,87
Interferencia	,86
Rechazo	,90
Confusión	,53
Desatención	,72
BSI-18	,94
Somatización	,85
Depresión	,84
Ansiedad	,86

Diseño

Este estudio utiliza un diseño descriptivo, transversal con un único grupo de sujetos. Se busca por una parte, estimar la prevalencia de sintomatología clínica en una muestra de personas inmigrantes en un momento temporal dado y, por otra, entender cómo se asocian los niveles de duelo migratorio y las dificultades en la regulación emocional con la presencia de síntomas depresivos, somáticos o de ansiedad.

Procedimiento

Para asegurar la facilidad de comprensión del instrumento MGLQ se llevó a cabo una revisión de la traducción al castellano. Se realizó una prueba piloto del cuestionario con dos sujetos que cumplieran los criterios de inclusión antes de proceder a la recogida de la muestra. De esta manera se comprobó que no existían fallos en la redacción de los ítems, que se podía contestar de forma fluida y la duración aproximada de la aplicación del cuestionario. La recogida de la muestra tuvo lugar en los meses de enero y febrero de 2018. Para ello se realizó un contacto previo con los

centros que trabajan directamente con esta población (ACOGEM, Entre Culturas y centro socioeducativo Jara) y se concretaron los días en los que se fue a pasar los cuestionarios. Esta se completó de forma paralela a través de personas inmigrantes contactadas de manera personal en negocios y hogares. El tiempo necesario para completar el cuestionario fue aproximadamente de unos 40 minutos.

Análisis de datos

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 22.

En primer lugar se analizó la consistencia interna de los cuestionarios en la muestra de este estudio a través del estadístico alfa de Cronbach (véase Tabla 1). Tras comprobar que el supuesto de normalidad solo se cumplía en la variable “duelo migratorio”, se optó por el uso de estadísticos no paramétricos. La correlación de Spearman, el test de Kruskal-Wallis y la U de Mann Whitney han sido los estadísticos utilizados para estudiar respectivamente la relación entre variables y diferencias entre grupos en el análisis bivariado. Previamente al análisis de diferencias entre grupos se dividió la variable duelo migratorio en dos grupos utilizando el percentil 50 como punto de corte y la sintomatología según los baremos indicados en el manual. El tamaño del efecto se calculó con el estadístico r de Rosenthal (1991), el cual se obtiene utilizando el valor z dividido por la raíz cuadrada de N .

Por último, se realizó un modelo de regresión múltiple. Se consideró como variable dependiente la sintomatología clínica y se analizaron variables independientes que podían predecirla. Para ello, se transformaron las variables sintomatología y regulación emocional dado que no cumplían el supuesto de normalidad. Tras hacer la raíz, el logaritmo, el recíproco y el cuadrado de ambas variables, un análisis de Kolmogorov-Smirnov indicó que raíz de sintomatología y recíproco de regulación emocional eran las que mayor normalidad presentaban en su distribución. El nivel de confianza con el que se llevaron a cabo las pruebas fue del 95%.

Resultados

Para analizar las relaciones entre las variables centrales del estudio se realizaron análisis de correlación de Spearman. Existe una relación moderada entre el duelo migratorio (DM) y la regulación emocional. A mayor duelo migratorio, mayores dificultades en la regulación emocional ($r_s = .461, p < .001$). Las relaciones son también positivas para las distintas subescalas de ambas variables, excepto con la desatención emocional (véase Tabla 2).

Tabla 2

Correlaciones de Spearman entre las subescalas de regulación emocional (y la escala global) y duelo migratorio

	Interferencia	Descontrol	Rechazo	Confusión	Desatención	RGlobal
Apego a la patria	,356**	,339**	,450**	,277*	-,122	,400**
Discontinuidad en la identidad	,394**	,391**	,527**	,425**	-,131	,483**
Duelo migratorio total	,394**	,393**	,506**	,355**	-,123	,461**

Nota. ** $p < ,01$ (bilateral), * $p < ,05$ (bilateral)

Se encontró una relación positiva moderada entre el duelo migratorio y la presencia de sintomatología. Indicando que al aumentar el duelo migratorio, aumentan los síntomas ($r_s = ,565$, $p < ,001$). Lo mismo sucede al correlacionar las subescalas del duelo migratorio con las diferentes áreas sintomatológicas, se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Correlaciones de Spearman entre las subescalas (y la escala global) de sintomatología y duelo migratorio

	Somatización	Depresión	Ansiedad	Stotal
Apego a la patria	,300*	,530**	,383**	,489**
Discontinuidad en la identidad	,364**	,599**	,510**	,586**
Duelo migratorio total	,349**	,598**	,463**	,565**

Nota. ** $p < ,01$ (bilateral), * $p < ,05$ (bilateral)

Existe una relación moderada entre la regulación emocional (RE) y la presencia de sintomatología clínica. A mayores dificultades de regulación emocional, mayor presencia de sintomatología clínica ($r_s = ,659$, $p < ,001$). La relación es también positiva con cada área sintomática: RE y depresión ($r_s = ,579$, $p < ,001$), RE y somatización ($r_s = ,463$, $p < ,001$), RE y ansiedad ($r_s = ,679$, $p < ,001$). En la Tabla 4 se pueden observar las correlaciones con cada subescala de la regulación emocional.

Tabla 4

Correlaciones de Spearman entre las subescalas de regulación emocional y sintomatología

	Interferencia	Descontrol	Rechazo	Confusión	Desatención
Somatización	,405**	,476**	,447**	,316*	-,022
Depresión	,469**	,565**	,527**	,436**	,015
Ansiedad	,567**	,631**	,625**	,537**	-,058
Sintomatología global	,566**	,638**	,594**	,493**	-,016

Nota. ** $p < ,01$ (bilateral), * $p < ,05$ (bilateral)

Seguendo el criterio de corrección del manual del BSI-18 ($TIGS \geq T63$) se han categorizado las variables sintomatología total, somatización, ansiedad y depresión resultando dos grupos; uno considerado no clínico y otro considerado clínico. La sintomatología global considerada clínicamente significativa estuvo presente en un 61% de los casos, siendo la depresión (40% casos clínicos) el área sintomatológica cuyos síntomas son más frecuentes. Las variables dicotomizadas se utilizan en los análisis de diferencias de grupos para ofrecer resultados más variados y completos.

Se realizó la prueba U de Mann Whitney con las puntuaciones de duelo migratorio y regulación emocional para analizar diferencias entre el grupo clínico y no clínico.

Se encontraron diferencias significativas en el nivel de regulación emocional. Las personas consideradas casos clínicos presentan mayores dificultades en la regulación emocional (Mdn=67, IQR=25) que aquellas que no presentan síntomas clínicamente importantes (Mdn=51, IQR=13), $U=154$ $z=-4,043$, $p < ,001$. El tamaño del efecto para esta prueba fue de $r=,53$ indicando un efecto grande.

Se encontraron diferencias significativas en el nivel de duelo migratorio. Las personas consideradas casos clínicos presentan niveles más altos de duelo (Mdn=54, IQR=14) que aquellas que no presentan síntomas clínicamente importantes (Mdn=43, IQR=22), $U=266,5$, $z=-2,295$, $p=,022$. El tamaño del efecto para esta prueba fue de $r=,3$ indicando un efecto moderado.

Para ilustrar las diferencias en sintomatología, se ha categorizado la variable duelo migratorio. Para ello se ha seleccionado el percentil 50 ($P50=47$) y usándolo como punto de corte se crearon dos grupos; duelo migratorio alto y duelo migratorio bajo. Se encontraron diferencias significativas entre la sintomatología que presentan las personas con altos niveles de duelo migratorio (Mdn=20, IQR=19) y personas con bajos niveles de duelo (Mdn=5,5, IQR=16), $U=182,5$, $z=-3,831$, $p < ,001$. El tamaño del efecto para esta prueba fue de $r=,5$ indicando un efecto grande.

En la Figura 3 se muestran las diferencias en sintomatología total, depresión, ansiedad y somatización en ambos grupos (duelo migratorio alto y bajo). También se aprecian diferencias en estos grupos en los niveles de ansiedad ($U=201,5$, $z=-3,563$, $p<,001$, $r=,46$), depresión ($U=193,5$, $z=-3,675$, $p<,001$, $r=,48$) y somatización ($U=280,5$, $z=-2,360$, $p=,018$, $r=,31$). Los tamaños del efecto son moderados, más pequeño en somatización.

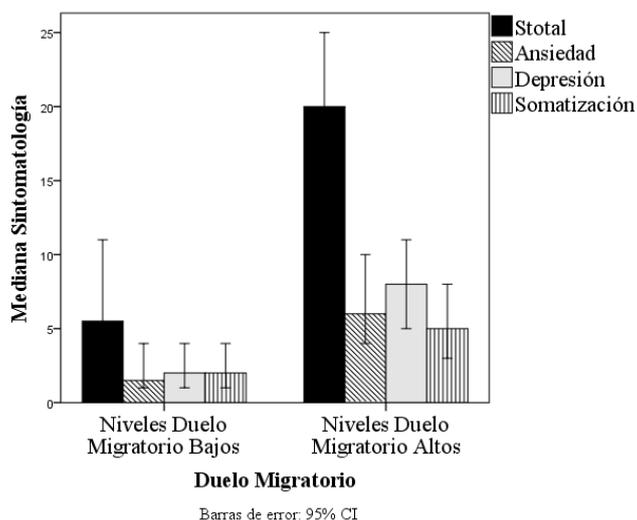


Figura 3. Diferencias en Sintomatología según los niveles de Duelo Migratorio.

Se encontraron diferencias significativas entre la regulación emocional de las personas que tienen un duelo migratorio alto ($Mdn=59$, $IQR=27$) y aquellas que tienen niveles más bajos ($Mdn=51$, $IQR=19$) $U=211,5$, $z=-3,390$, $p=,001$. El tamaño del efecto para esta prueba fue de $r=,44$ indicando un efecto medio.

Respecto al análisis de las características sociodemográficas, se han encontrado que existen algunas diferencias significativas entre la frecuencia con la que viajan al país de origen, su sentimiento de pertenencia a la nueva cultura o a la de origen, la voluntariedad en la decisión de emigrar y el deseo de retorno voluntario y los niveles de duelo migratorio y más concretamente con la discontinuidad en la identidad:

Existen diferencias en los niveles de discontinuidad en la identidad entre las personas que viajan frecuentemente a su país ($Mdn=17,50$, $IQR=11$), las que viajan cada cinco años o más ($Mdn=12$, $IQR=9$) y las que no han viajado ($Mdn=17$, $IQR=6$), $X^2(2)=7,503$, $p=,023$. En un análisis dos a dos se encuentran diferencias entre viajar frecuentemente y viajar cada cinco años o más ($U=86$, $Z=-2,479$, $p=,013$; $r=,40$) y entre viajar cada cinco años y no haber viajado ($U=64$, $Z=-2,440$, $p=,015$; $r=,42$). Los tamaños del efecto son moderados en ambas comparaciones. No existe diferencia entre viajar frecuentemente y no haber viajado nunca ($U=247$, $Z=-,289$, $p=,773$).

Las personas que se sienten más españolas que de su país de origen tienen niveles más bajos de duelo migratorio (Mdn=36, IQR=18) que aquellas que se sienten más de su país de origen (Mdn=56,50, IQR=15), $U=154$, $Z=-4,265$ $p<,001$. El tamaño del efecto para esta prueba fue de $r=,56$ indicando un efecto alto.

Las personas cuya decisión de emigrar fue voluntaria y libre tienen niveles más bajos en discontinuidad en la identidad (Mdn=14,5 IQR=9) que aquellos cuya decisión fue obligada por las circunstancias (Mdn=19, IQR=11), $U=276$, $Z=-2,291$ $p=,022$. El tamaño del efecto para esta prueba fue de $r=,30$ indicando un efecto moderado.

Existen diferencias en los niveles de duelo migratorio entre las personas que desearían volver a su país (Mdn=59, IQR=13), las que no lo tienen claro (Mdn=47, IQR=23) y las que no volverían (Mdn=42, IQR=21), $X^2(2)=13,910$, $p=,001$. En un análisis dos a dos se encuentran diferencias entre desear volver y querer quedarse ($U=66,5$, $Z=-3,482$ $p<,001$; $r=,54$) y entre desear volver y no tenerlo claro ($U=53,5$, $Z=-2,951$ $p=,003$; $r=,51$) mostrando en ambas comparaciones un tamaño del efecto alto. Sin embargo, no existe diferencia entre no desear volver y no tenerlo claro ($U=198$, $Z=-,861$ $p=,389$).

Con el resto de variables (género, situación administrativa, edad, familiares, tiempo en España, nivel formativo, situación laboral, apoyo social y frecuencia de contacto), no se han encontrado diferencias significativas.

Se llevó a cabo un modelo regresión por pasos sucesivos entre la sintomatología global y las variables que han demostrado ser estadísticamente significativas en los análisis de correlación y diferencias de grupos incluyendo el duelo migratorio (total y subescalas) y la regulación emocional (total y subescalas). También comprobamos mediante el análisis de residuos que nuestros datos se ajustaban bien a los supuestos del modelo de regresión lineal.

Los resultados del análisis de regresión por pasos indican el mejor modelo predictor de la sintomatología clínica ($F=28,28$, $p<,001$). Este modelo de regresión explica el 48,5% de la varianza de la variable dependiente, obteniéndose un valor de R^2 ajustado igual a 0,485, siendo las variables predictivas que entran a formar parte de la ecuación: regulación emocional «R» ($B=-160,120$, $t=-4,464$, $p<,001$) y discontinuidad en la identidad «di» ($B=0,117$, $t=3,312$, $p=,002$). Entre estas dos variables, la regulación emocional contribuye un 39,5% a la explicación de la varianza, mientras que la discontinuidad en la identidad explica un 9% de la variación. La ecuación de la recta de regresión es la siguiente:

$$\text{Sintomatología} = 4,495 + -160,120 (R) + 0,117 (di) + E$$

Discusión

En este estudio se analiza la migración desde las pérdidas y su correspondiente proceso de duelo. Se presenta la regulación emocional como un proceso psicológico individual que resulta afectado en procesos migratorios complicados y ejerce cierta influencia en el desarrollo de sintomatología clínica. El objetivo principal de este estudio ha sido explorar la relación entre el duelo migratorio y la regulación emocional con el fin de comprobar si estas variables están relacionadas con la presencia de sintomatología general, depresiva, ansiosa y somática en población inmigrante.

En cuanto a la primera hipótesis del estudio, la relación entre el duelo migratorio y la sintomatología, se ha podido comprobar que cuando el duelo migratorio es alto tiende a ir acompañado de sintomatología clínica. Estos resultados confirman, junto a otros estudios previos (Achotegui, 2006; Casado et al., 2010; Casado y Leung, 2002; Revilla et al., 2011) que cuando la elaboración del duelo migratorio se complica, existe el riesgo de desarrollar psicopatología, siendo las más comunes la depresión y la ansiedad. La somatización, a pesar de relacionarse positivamente con el duelo migratorio y sus subescalas, es el área sintomatológica que presenta la relación más débil, frente a la ansiedad y la depresión. Entre los dos componentes de duelo migratorio, la discontinuidad en la identidad presenta correlaciones más altas con sintomatología que el apego a la patria. Esto indica que sentir que te falta una parte de ti, sentirte diferente, dudar sobre tu identidad, sentirte perdido y extraño son sentimientos centrales en el inmigrante que experimenta malestar psicológico.

Así mismo, se comprueba que el déficit en la regulación emocional correlaciona positivamente con la sintomatología en todas sus áreas. Atendiendo a las distintas dificultades de la regulación emocional encontramos que las relaciones más altas se dan entre el descontrol y el rechazo emocional, lo que indica que las personas con mayores niveles de sintomatología tienen dificultades para controlar su comportamiento y tienden a no aceptar las propias reacciones al malestar. La única variable que no correlaciona con depresión, ansiedad y somatización es la desatención/atención emocional. Hervás y Jódar (2008) citan a Lischetzke y Eid (2003) quienes explican que la atención a las emociones puede ser, dependiendo del individuo, funcional o disfuncional. Esto puede dar lugar a confusiones metodológicas ya que el resto de subescalas cumplen siempre una función desadaptativa. Una aportación novedosa de este estudio es la asociación encontrada entre las distintas dificultades en la regulación emocional propuestas por Gratz y Roemer (2004) y los síntomas somáticos. Dado que la literatura previa relaciona la somatización con alexitimia (Baeza et al., 2011) o conciencia emocional (Rieffe et al., 2009) pero no concretamente con la desregulación emocional.

Otra relación importante, más específica de esta investigación, es la del duelo migratorio con la regulación emocional. Las dificultades en la regulación emocional aumentan a mayores niveles

de duelo migratorio. El rechazo emocional presenta la relación más fuerte, lo que indica que las personas con altos niveles de duelo migratorio tienden a no aceptar las propias reacciones al malestar. Esto podría deberse a la ambigüedad característica del duelo migratorio (Falicov, 2001). Se sienten mal, pero no lo pueden tolerar, bien porque choca con su proyecto migratorio de mejora, porque han tenido la oportunidad que otros no tienen, o porque aquí, a pesar de las dificultades, viven mejor que sus familiares en el país de origen y una infinidad de situaciones que perpetúan la ambigüedad entre sentirse mal y bien.

La migración conlleva emociones muy intensas que podría provocar que la atención a las emociones resulte inevitable. La atención a las emociones puede resultar adaptativa o desadaptativa dependiendo de la persona (Lischetzke y Eid, 2003 citado en Hervás y Jódar, 2008), explicando de esta manera que no se han encontrado relaciones significativas entre duelo migratorio y la subescala de desatención emocional en la muestra.

La regulación emocional, se ha entendido en este estudio como la regulación de afectos negativos. Profundizando en esta relación observamos que la dimensión del duelo migratorio más relacionada con la regulación emocional es la discontinuidad en la identidad. Dado que esta produce mayores niveles de malestar psíquico que el apego a la patria, se relaciona de manera más fuerte con las dificultades en la regulación emocional. El apego a la patria se refiere al recuerdo agradable del país de origen, acompañado de sentimientos de pérdida, cariño y nostalgia. El estudio de Lakatos (1992) sugiere que el apego a la patria explica mejor el duelo intenso, y la discontinuidad en la identidad el desarrollo de síntomas. La persona tiene que integrar cualquier cambio en su identidad, ante un cambio tan grande como es la migración, el individuo tiene que ir adaptándose e integrar poco a poco la experiencia migratoria en su identidad. Sin embargo el sentimiento de discontinuidad en la identidad adquiere una relevancia mayor si se refiere a sentirse incompleto, confuso, inseguro sobre quién se es. Esto genera malestar y desequilibrio psíquico lo que explica la fuerte relación con las dificultades para regular los afectos negativos y también con la presencia de alteraciones psicológicas.

Con estas consideraciones hechas, cabe señalar este estudio como pionero en algunas áreas. Son pocas las investigaciones que incluyen la regulación emocional como un proceso que afecta y se ve afectado en la experiencia migratoria de personas latinoamericanas. La mayor parte de estudios hallados sobre regulación emocional e inmigración se han centrado en la migración forzada de personas refugiadas (Doolan et al., 2017; Nickerson et al., 2015). Sin embargo, estos resultados podrían permitirnos extender la regulación emocional a una situación de migración voluntaria por mejorar las circunstancias económicas o familiares, más si se tiene en cuenta que la regulación emocional llega a modificarse por la experiencia externa cuando se experimenta algún cambio de grandes magnitudes como es la migración.

Atendiendo a la última hipótesis, tras un análisis basado en el modelo de regresión lineal múltiple, confirmamos la importancia de la regulación emocional y la discontinuidad en la identidad como variables predictoras de la aparición de sintomatología clínica en personas inmigrantes. Las dificultades en la regulación emocional contribuyen en un 39,5% a la explicación de la varianza de sintomatología, mientras que la discontinuidad en la identidad aporta un 9%. Estos resultados señalan que, en la migración, las dificultades en la regulación emocional cumplen un papel en el desarrollo de síntomas clínicos. Y, por tanto, la intervención o el trabajo en este aspecto en programas con inmigrantes podrían disminuir la sintomatología y mejorar la adaptación.

Achotegui (2012) señala que el duelo migratorio extremo no es una patología sino sintomatología derivada de las dificultades de adaptación que pueden llegar a desarrollar personas inmigrantes, por lo que el área de prevención es la responsable de atender a este colectivo. En este sentido se evidencia la importancia del análisis de los factores protectores, como lo es la regulación emocional. Estos resultados muestran que si actuamos sobre la regulación emocional y la discontinuidad en la identidad (sentimiento de sentirse incompleto o inseguro sobre uno mismo) es posible prevenir la sintomatología, lo que podría orientar los contenidos de programas preventivos.

Las asociaciones entre los factores contextuales de la migración y el duelo migratorio muestran diferencias significativas según la frecuencia de viajes al país de origen, la voluntariedad en la decisión de emigrar, el sentimiento de pertenencia a un país o a otro y según exista o no el deseo de retorno voluntario. Los que viajan a su país cada cinco años presentan menores niveles en discontinuidad en la identidad que aquellos que viajan todos los años o no han viajado nunca. Esta frecuencia de viajes podría considerarse como la más sana frente a las demás y así lo indican los resultados. Muestra el punto medio, la integración de las dos culturas -vivo y estoy a gusto en el nuevo destino, pero no pierdo el contacto con mis raíces-. Las personas que se sienten 100% españolas o más españolas que de su país de origen se han adaptado, se sienten a gusto, probablemente tengan planes de futuro en este país y por tanto presentan niveles más bajos de duelo migratorio que aquellas que todavía se sienten y necesitan permanecer arraigadas a su país de origen. Se sienten de un país en el que no viven lo que perpetúa el vivirse como un extraño e incrementa las dificultades para encajar y adaptarse. En esta misma línea las personas que desean quedarse o no tienen claro si volverían, presentan niveles más bajos de discontinuidad en la identidad que aquellas que desean volver. Además, Las personas que tomaron la decisión de emigrar libremente, como un proyecto propio de mejora presentan niveles de duelo migratorio menores que aquellas que migraron obligadas por las circunstancias.

Sin embargo, a pesar de la relevancia que estudios previos conceden a los factores contextuales y sociodemográficos como predictores de sintomatología (Jurado et al., 2017), regulación

emocional (Nickerson et al., 2015) y duelo migratorio (Achotegui et al., 2015), en este estudio los niveles de duelo migratorio no mostraron diferencias significativas para las demás variables sociodemográficas y contextuales (edad, tiempo en España, familiares en España y en el país de origen, situación administrativa y laboral, apoyo social, etc.).

Se han encontrado estudios que podrían explicar que en la muestra no se hayan encontrado diferencias significativas con las variables sociodemográficas. Uno de ellos explica como la semejanza entre la cultura de origen y la receptora amortigua el choque cultural. En el caso de España son las culturas occidentales y latinoamericanas las que más se asemejan (García-Campayo y Sanz, 2002). Otra explicación podría ser que al ser la migración un proceso estresante por se, puede que los factores sociodemográficos por si solos, como la legalidad, no constituyan un factor protector (Patiño y Kirchner, 2008). En cualquier caso, se tratarían de características específicas de los participantes de este estudio cuyo tamaño de muestra no proporciona una variabilidad amplia. Por lo que, estas discrepancias constituyen un aspecto a contrastar en futuros análisis.

Es importante el hecho de que la muestra se compone en su mayoría por mujeres (80%), la explicación a este fenómeno podría ser la feminización de las migraciones latinoamericanas en España (Kofman, 1999; Parella, 2012). La participación en la investigación era voluntaria y también observamos una feminización del voluntariado (Plataforma del Voluntariado de España; PVE, 2010) lo que demuestra que las mujeres se prestan voluntarias a colaborar en diferentes proyectos más que los hombres, lo que se ha podido ver reflejado también en este estudio.

Este trabajo cuenta con algunas limitaciones que deberían ser tenidas en cuenta de cara a próximos estudios. El escaso tiempo de recogida de muestra y la longitud del cuestionario, son probablemente las causas de que la obtención de muestra resultara difícil y no se consiguiera aumentar el número de participantes. Otra limitación fue no tener en cuenta si las personas habían tenido sintomatología previa en su país de origen, para poder afirmar con más precisión que los síntomas se deben fundamentalmente a la migración.

Los resultados aportan conclusiones interesantes, aunque para poder reportar resultados más completos será necesario revisar la naturaleza y contenido de los estresores a los que hace frente el inmigrante. Se evidencia la necesidad de realizar un estudio más exhaustivo de los factores sociodemográficos y contextuales que actúan como indicadores de estrés. Mediante un análisis factorial que unifique las aportaciones teóricas y las metodológicas, resultaría interesante la validación de un cuestionario de indicadores de estrés.

En futuras investigaciones, sería interesante continuar indagando acerca del papel de la regulación emocional y el duelo migratorio en el desarrollo de sintomatología en condiciones metodológicas más favorables. Para permitir un avance teórico a nivel metodológico resultaría interesante,

replicar este estudio con una muestra mayor para poder realizar un modelo de mediación moderada con técnicas de bootstrapping (Hayes, 2009). Esta información nos ayudaría a entender de manera más precisa como es la relación entre estas variables.

Otra cuestión cada vez más visible que puede tener serias repercusiones en un futuro próximo es la cronicidad de las dificultades de adaptación y duelo migratorio. En esta línea podríamos suponer que la regulación emocional queda dañada por las dificultades vividas al principio creando una vulnerabilidad al malestar psicológico. Esto sería una hipótesis que necesitaría su comprobación tras un estudio riguroso sobre cronicidad de los problemas de la migración.

La multiculturalidad y pluralidad de las migraciones es una realidad en muchos países occidentales. Replicar este estudio en personas de diferentes culturas, controlando las diferencias culturales, podría ofrecer un alcance mayor al papel de la regulación emocional como un factor protector independientemente del país de procedencia.

Referencias

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo
- Achotegui, J. (2006). Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, 19, 59-85.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-171.
- Achotegui, J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, 30(2), 79-86.
- Achotegui, J., López, A., Morales, M., Espeso, D., y Achotegui, A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPPIR in Barcelona. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 70-78.
- Aerny, N., Ramasco, M., Cruz, J. L., Rodríguez, C., Garabato, S., y Rodríguez, A. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 136-144.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C., y Gély, M. C. (2011). Trastornos psicossomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 227-237

- Bailey, P. E., y Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, *150*, 13-20.
- Barro, S., Saus, M., Barro, A. y Fons, M. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, *34*(9), 504-506.
- Berry, J. W., y Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. In P. R. Dasen, J. W. Berry, & N. Sartorius (Eds.), *Cross-cultural research and methodology series, Vol. 10. Health and cross-cultural psychology: Toward applications* (pp. 207-236). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Kendler, K. S., Su, M., y Kessler, R. C. (2007). Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(3), 189-195.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., y Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, *15*(7), 482-487.
- Boss, P. (2001) *La pérdida ambigua. Como aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.
- Casado, B. L. (2000). *The experience of grief and loss associated with immigration: An exploratory study of elderly Chinese immigrants* (Unpublished master's thesis). University of Houston, Houston, TX.
- Casado, B. L., Hong, M., y Harrington, D. (2010). Measuring migratory grief and loss associated with the experience of immigration. *Research on Social Work Practice*, *20*(6), 611-620
- Casado, B. L., y Leung, P. (2002). Migratory grief and depression among elderly Chinese American immigrants. *Journal of Gerontological Social Work*, *36*, 5-26.
- Castillo, T., y Reguant, M. (2017). Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, *41*, 133-163.
- Castro, F. J. (2011). Cambios en la identidad durante el proceso migratorio. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Ciola, A. (1996). Estar sentado entre dos sillas o la condición del migrante. (W.Santi., comp.), *Herramientas para psicoterapeutas*. (pp.140-150) Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Chen, L., Li, W., He, J., Wu, L., Yan, Z., y Tang, W. (2012). Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern china during the economic crisis. *BioMed Central Public Health*, *12*, 597.
- Chou, K. L. (2009). Pre-migration planning and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support. *Journal of Affective Disorders*, *114*, 85-93.
- Chou, K. L. (2012). Perceived discrimination and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support and neighborhood collective efficacy. *Journal of Affective Disorders*, *138*, 63-70.
- Das-Munshi, J., Leavey, G., Stansfeld, S. A., y Prince, M. J. (2012). Migration, social mobility and common mental disorders: Critical review of the literature and meta-analysis. *Ethnicity & Health*, *17*, 17-53.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring and procedures manual*. NCS Pearson, Incorporated.
- Doolan, E. L., Bryant, R. A., Liddell, B. J., y Nickerson, A. (2017). The conceptualization of emotion regulation difficulties, and its association with posttraumatic stress symptoms in traumatized refugees. *Journal of Anxiety Disorders*, *50*, 7-14.
- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas Sistémicas*, *69*, 81-102.
- García, A., Jiménez, B., y Redondo, Á. (2009). La inmigración latinoamericana en España en el siglo XXI. *Investigaciones Geográficas*, *70*, 55-70.
- García-Campayo, J., y Sanz, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, *118*(5), 187-191.
- González, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, *7*, 77-79.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41-54.
- Gupta, S., y Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*(3), 635-643.

- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19 (2), 139-156.
- Hervás, G., y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Hovey, J. D., y Magaña, C. G. (2002). Cognitive, affective, and physiological expressions of anxiety symptomatology among Mexican migrant farmworkers: Predictors and generational differences. *Community Mental Health Journal*, 38(3), 223-237.
- INE. (2018). *Estadística del Padrón Continuo. Avance del Padrón 1 enero de 2018*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/pad_2018_p.pdf
- INE. (2007). *Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np499.pdf>
- Lahoz, S., Carrasco, D., Navarro, R., Serrano, J. (2014). Estresores narrados y salud mental en migrantes peruanos en Santiago: El rol de las estrategias de afrontamiento. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(2), 57-66.
- Junyent, M., Núñez, S., y Miró, O. (2006). Urgencias médicas del inmigrante adulto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 27-34.
- Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L., y Gurpegui, M. (2017). Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 45-58.
- Jurado, D., Mendieta-Marichal, Y., Martínez-Ortega, J. M., Agrela, M., Ariza, C., Gutiérrez-Rojas, L., ... Gurpegui, M. (2014). World region of origin and common mental disorders among migrant women in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1111-1120.
- Kofman, E. (1999). Female's birds of passage a decade later: Gender and immigration in the European Union. *International Migration Review*, 33(2), 269-299.

- Ladin, K., y Reinhold, S. (2013). Mental health of aging immigrants and native-born men across 11 European countries. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(2), 298-309.
- Lakatos, P. (1992). *The effects of migratory grief on the adjustment of the adult Hispanic immigrant* (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Los Angeles). *Dissertation Abstracts International*, 53(8), 4376.
- Lee, J., Donlan, W., Orea, E. E., y Paz, J. J. (2013). Cultural and social determinants of health among indigenous Mexican migrants in the United States. *Social Work in Public Health*, 28(6), 607-618.
- Lerner, Y., Kertes, J., y Zilber, N. (2005). Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychological Medicine*, 35(12), 1805-1814.
- Martínez, M. F., García, M., y Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.
- Martínez-Taboada, C., Albeza, A., Amutio, A., y Nicolae, G. (2017). La predicción afectiva positiva como factor de protección socio-emocional en madres transnacionales antes y después de la reagrupación familiar: relación con la satisfacción con la vida, regulación emocional, soledad social, resiliencia y estrés. *Terapia Psicológica*, 35(2), 173-183.
- Muñoz de Bustillo, R., y Antón, J. I. (2010). De la España que emigra a la España que acoge: contexto, dimensión y características de la inmigración latinoamericana en España. *América Latina Hoy*, 55, 15-39.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J., y Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders*, 173, 185-192.
- Nickerson, A., Steel, Z., Bryant, R., Brooks, R., y Silove, D. (2011). Change in visa status amongst Mandaean refugees: Relationship to psychological symptoms and living difficulties. *Psychiatry Research*, 187, 267-274.
- Pantelidou, S., y Craig, T. K. (2006). Culture shock and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 777-781.
- Parella, S. (2012). Familia transnacional y redefinición de los roles de género. El caso de la migración boliviana en España. *Papers: Revista de Sociologia*, 97(3), 661-684.

- Park, H. S., y Rubin, A. (2012). The mediating role of acculturative stress in the relationship between acculturation level and depression among Korean immigrants in the US. *International Journal of Intercultural Relations*, 36(5), 611-623.
- Patiño, C., y Kirchner, T. (2008). Estrés y coping en inmigrantes latinoamericanos residentes en Barcelona. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1, 29-38.
- Patiño, C., y Kirchner, T. (2011). Estrés migratorio y sintomatología depresiva: Rol mediador del afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 151-160.
- Plataforma del Voluntariado de España (2010): *Diagnóstico de la situación del voluntariado de acción social en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ongVoluntariado/docs/diagnosticoSituacionVoluntariado.pdf>
- Porthé, V., Benavides, F. G., Vázquez, M. L., Ruiz-Frutos, C., García, A. M., Ahonen, E., ... y Benach, J. (2009). La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gaceta Sanitaria*, 23, 107-114.
- Qureshi, A., Collazos, F., Sobradie, N., Eiroa-Orosa, F. J., Febrel, M., Revollo-Escudero, H. W., ... García-Campayo, J. (2013). Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native-born population in Spain: a controlled study. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 93-99.
- Revilla, L., Ríos, A. M., Luna, J. D., Gómez, M., Valverde, C., y López, G. (2011). Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención Primaria*, 43(9), 467-473.
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. E., y Górriz, A. B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21(3), 459-464.
- Rodríguez, E., Lanborena, N., Errami, M., Rodríguez, A., Pereda, C., Vallejo, G., y Moreno, G. (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 23, 29-37.
- Romero-Mohedano M. C., Carrión, L., y Ruiz, S. (2014). Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la enfermedad mental en población inmigrante. *Psicología.com*, 18. Recuperado de <http://psiqu.com/1-7081>

- Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P., y Díaz, B. (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista Médica de Chile*, 139(10), 1298-1304.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Sameroff, A. J., Bartko, W. T., Baldwin, A., Baldwin, C., y Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis & C. Feiring (Eds.), *Families, Risk, and Competence* (pp. 161-185). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Sánchez, R., Soto, M., Pérez, N., Alonso, F. J., de Castro, C., García M. C. (2005). Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del Área de Salud de Toledo. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 31(9), 408-412.
- Seguí, M. (2005) El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 31(11), 505-507.
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Stansfeld, S., y Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462.
- Thapa, S. B., y Hauff, E. (2005). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low-and middle-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 78-84.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Zamora, A. (2012). Análisis del duelo migratorio y la relación con los mecanismos de afrontamiento familiar. Validación de un instrumento para la evaluación del duelo migratorio. Trabajo de Fin de Master. *Universidad Pontificia de Comillas, Madrid*.