



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**El impacto del desarraigo en menores migrantes no
acompañados en España: trauma, duelo y modelos de
intervención.**

Autor/a: Valentina Ibáñez Meije

Director/a: María Rodríguez Cervel

Madrid

2025/2026

Tabla de contenidos

1. Introducción.....	4
1.1. Contextualización del fenómeno.....	4
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1 Objetivos específicos.....	6
2. Marco teórico: trauma, apego y migración.....	7
2.1. Modelo ecológico: el trauma como fenómeno contextual	7
2.2. El concepto de trauma complejo	9
2.3. El proceso migratorio como trayectoria traumática.....	12
2.4. Duelo migratorio y síndrome de Ulises	13
3. Consecuencias clínicas del trauma complejo	15
3.1. Epidemiología del malestar psicológico	15
3.2. Desregulación emocional y alteraciones en la vinculación	16
3.3. Disociación y trauma por explotación	18
3.4. Discriminación, estigma e impacto en la identidad	19
4. Resiliencia e intervención.....	21
4.1. Factores de protección y resiliencia: evidencia empírica	21
4.2. Estrategias de intervención basadas en evidencia.....	22
4.3. Implementación y coordinación de servicios.....	23
5. Síntesis integradora: hacia un modelo comprensivo del trauma migratorio	24
5.1. Convergencia conceptual: trauma, identidad y desarraigo	24
5.2. Desarrollo identitario en contextos de desarraigo y migración	25
6. Conclusiones.....	26
6.1. Síntesis de hallazgos principales.....	26
6.2. Limitaciones de la revisión y de la literatura disponible	28

6.3. Direcciones futuras para la investigación e intervención	29
Referencias	30

1. Introducción

1.1. Contextualización del fenómeno

Los niños migrantes no acompañados, definidos por el Comité de los Derechos del Niño (2005) como menores de 18 años separados de ambos progenitores y sin cuidado de un adulto, representan uno de los colectivos más vulnerables en el contexto migratorio. A lo largo de este trabajo se utilizarán también los términos ‘menores’, ‘niños’ o ‘jóvenes’ para referirse a este colectivo. En 2020 se contabilizaron 35,5 millones de niños migrantes internacionales (United Nations Children’s Fund [UNICEF], 2021).

En el debate público español se ha extendido el acrónimo “MENA” (Menor Extranjero No Acompañado) para referirse a este colectivo. Sin embargo, su uso ha quedado progresivamente asociado a discursos estigmatizantes y representaciones mediáticas que vinculan a estos menores con la delincuencia y la amenaza social, vaciando de contenido su condición de niños en situación de vulnerabilidad (Save the Children, 2019). Por ello, este trabajo evita deliberadamente dicho término y opta por denominaciones que preservan la dimensión humana e infantil de estas trayectorias.

En el contexto español, el perfil mayoritario está compuesto por varones adolescentes entre 16 y 17 años (Bravo & Santos-González, 2017), aunque también se identifican perfiles más diversos en términos de edad y género (Fiscalía General del Estado, 2023). Proceden principalmente de países del norte de África (Marruecos, Argelia) y del África subsahariana (Mali, Guinea, Senegal, Gambia) y en menor medida de países latinoamericanos y asiáticos (Bravo & Santos-González, 2017; Fiscalía General del Estado, 2023). En los últimos años se ha observado una mayor diversificación de perfiles, incluyendo niñas y adolescentes mujeres, frecuentemente expuestas a riesgos específicos como la trata con fines de explotación sexual. Sus rutas migratorias combinan travesías terrestres (ocultos en vehículos o caminando a través de fronteras) y marítimas (en embarcaciones precarias como pateras o cayucos desde costas africanas hacia Canarias, Ceuta, Melilla o costas andaluzas), trayectorias que pueden durar días o semanas en condiciones extremas de peligro, hambre, sed y exposición a violencia (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2019; Fiscalía General del Estado, 2023; Médicos Sin Fronteras, 2018). Muchos huyen de pobreza extrema, conflictos armados o violencia familiar, o buscan oportunidades educativas y laborales para ayudar a sus familias (ACNUR, 2022; Bravo & Santos-González, 2017).

España, por su posición geográfica como puerta de entrada a Europa, concentra aproximadamente 6.000 de estos menores bajo tutela (Fiscalía General del Estado, 2023).

La especificidad clínica de este colectivo reside en su exposición a trauma complejo o polivictimizador (Herman, 1992; van der Kolk, 2005). Bhugra y Becker (2005) conceptualizan el proceso migratorio en tres fases diferenciadas (pre migratoria, perimigratoria y postmigratoria), cada una exponiendo al niño migrante no acompañado a adversidades específicas que se desarrollan en el marco teórico: violencia estructural previa, travesías deshumanizantes y estresores de aculturación en destino (ACNUR, 2022; Berry, 1997).

Este efecto acumulativo impacta el sistema de apego. Bowlby (1969) y Ainsworth et al. (1978) establecen que los vínculos seguros son fundamentales para la regulación emocional, la construcción de modelos operativos internos, el establecimiento de relaciones saludables y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. La ruptura abrupta de estos vínculos puede generar situaciones de desprotección que incrementan el riesgo de dificultades en el desarrollo emocional y relacional (Barudy & Dantagnan, 2005; Derluyn & Broekaert, 2008; Hodes et al., 2008).

Los datos epidemiológicos confirman que estas experiencias tienen un fuerte impacto en su salud mental y emocional. Las tasas de sufrimiento psicológico son significativamente superiores a las de población general (Fazel et al., 2012).

El desafío central reside en construir identidad durante la adolescencia en contexto de desarraigo absoluto. Erikson (1968) establece este periodo como crítico para resolver la crisis de identidad versus confusión de roles, requiriendo una base de seguridad afectiva. En estos jóvenes, esta base está fracturada. Cyrulnik (2002) señala que hasta encontrar un tutor de resiliencia (adulto que valide su dolor, reconozca su historia y ofrezca presencia estable) su desarrollo identitario permanece bloqueado, oscilando entre hipervigilancia y disociación como mecanismos de protección (van der Kolk, 2014).

1.2. Justificación

La relevancia de este trabajo se articula en tres dimensiones. Académicamente, aunque existe literatura consolidada sobre trauma infantil (van der Kolk, 2014; Herman, 1992) y teoría del apego (Bowlby, 1969; Ainsworth et al., 1978), la investigación específica sobre su interacción en este colectivo en contexto español es fragmentaria. Como señalan Fazel et al. (2012) y Bravo & Santos-González (2017), la mayoría de los estudios provienen de contextos anglosajones o nórdicos con características

significativamente diferentes y la generalización de sus hallazgos a países mediterráneos como España es cuestionable. Este trabajo aporta una síntesis integradora necesaria para el contexto mediterráneo español.

Clínicamente, la Ley Orgánica 8/2021 (LOPVI) reconoce que la protección de la infancia víctima de violencia exige una respuesta integral que incluya la salud mental. Sin embargo, persiste una brecha significativa entre el marco normativo y su aplicación práctica (Defensor del Pueblo, 2025). Las conductas que manifiestan, como el desafío, la irritabilidad o el aislamiento, se interpretan con frecuencia como problemas conductuales, cuando en realidad pueden constituir respuestas adaptativas a un apego desorganizado y al estrés crónico (Barudy & Dantagnan, 2005; Ford et al., 2013).

Desde una perspectiva de derechos humanos, es necesario avanzar hacia un modelo de intervención centrado en la protección y la reparación vincular (Comité de los Derechos del Niño, 2005). El Comité de los Derechos del Niño (2005) establece que el interés superior del niño migrante no acompañado debe primar sobre política migratoria, obligando a garantizar atención psicológica especializada. Sin estabilidad afectiva y figuras reparadoras, la integración sostenible resulta imposible (Oppedal & Idsoe, 2015; Suárez-Orozco et al., 2011).

1.3. Objetivos

Objetivo general: Analizar las consecuencias del trauma migratorio complejo (pre migratorio, perimigratorio y postmigratorio) en la salud mental y la construcción de identidad en niños migrantes no acompañados, identificando factores de protección y estrategias de intervención terapéutica basadas en evidencia que faciliten resiliencia e integración.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Caracterizar las tres fases del proceso migratorio (pre migratoria, perimigratoria y postmigratoria) y analizar su impacto acumulativo en el desarrollo psicológico y emocional de los niños migrantes no acompañados.
2. Identificar las principales consecuencias clínicas del trauma complejo, incluyendo manifestaciones somáticas, desregulación emocional, disociación y dificultades en la construcción identitaria.
3. Examinar factores de protección y resiliencia que facilitan la adaptación positiva y revisar estrategias de intervención terapéutica basadas en evidencia que promuevan recuperación e integración.

2. Marco teórico: trauma, apego y migración

2.1. Modelo ecológico: el trauma como fenómeno contextual

Antes de profundizar en las características específicas del trauma complejo y sus manifestaciones en niños migrantes no acompañados, es fundamental establecer un marco conceptual que permita comprender el trauma no como un fenómeno individual aislado, sino como resultado de la interacción entre el niño y los múltiples sistemas contextuales que lo rodean. El análisis del trauma en esta población no puede restringirse a una perspectiva intrapsíquica que localice el problema exclusivamente en el individuo, ya que el bienestar psicológico del menor está influido por la interacción entre distintos niveles del entorno, desde las relaciones más cercanas hasta las condiciones sociales e institucionales más amplias. Bronfenbrenner (1979) distingue cuatro sistemas concéntricos (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema), posteriormente ampliados con el cronosistema para analizar cómo los factores contextuales influyen en el desarrollo y el bienestar.

El microsistema constituye el nivel más próximo e incluye los contextos inmediatos donde el menor tiene experiencia directa cara a cara: el centro de acogida, la vivienda tutelada, el aula escolar y el grupo de pares. En el caso específico de los centros de acogida, la calidad de este microsistema es determinante para el proceso de recuperación del trauma. Entornos caracterizados por alta rotación de personal impiden el establecimiento de vínculos seguros tan necesarios para estos menores (Bath, 2008), mientras que la sobrecarga de casos y la falta de formación especializada en trauma pueden llevar a malinterpretaciones de las conductas disruptivas como problemas disciplinarios en lugar de manifestaciones traumáticas (Defensor del Pueblo, 2021). En contraste, centros que logran ofrecer figuras de referencia estables, ratios educador-menor apropiadas, y personal formado en trauma complejo pueden constituir verdaderos entornos reparadores que faciliten la recuperación (SAMHSA, 2014). Los principios del cuidado informado en trauma enfatizan la importancia de crear espacios de seguridad física y psicológica que permitan la reconstrucción gradual de la confianza en figuras adultas (Bath, 2008).

El mesosistema se refiere a las interconexiones entre los distintos microsistemas en los que participa el menor (Bronfenbrenner, 1979). La falta de coordinación entre escuela, servicios sociales, salud mental y sistema de protección puede generar inconsistencias que dificultan la recuperación (Saxe et al., 2007). Los modelos de

atención integrados enfatizan la coordinación interinstitucional y la planificación conjunta como aspectos clave para una atención eficaz (Stroul & Friedman, 1986; Saxe et al., 2007).

El exosistema incluye los contextos en los que el menor no participa directamente pero que afectan a su desarrollo. Incluye factores como las condiciones laborales y formativas del personal educativo, las políticas de los servicios sociales, la disponibilidad de recursos especializados en salud mental y las decisiones administrativas y judiciales sobre tutela y regularización. Por ejemplo, la sobrecarga de los servicios y las limitaciones en la formación especializada pueden afectar a la calidad de la atención ofrecida, varios estudios y organismos han señalado que estas condiciones estructurales afectan en la intervención con menores en el sistema de protección (Bravo & Santos-González, 2017; Defensor del Pueblo, 2025), lo que repercute en la atención a sus necesidades psicológicas.

El macrosistema se refiere al contexto sociocultural más amplio en el que el menor se desarrolla, incluyendo las actitudes sociales hacia la inmigración, los discursos mediáticos, el marco legal (como la Ley de Extranjería, la LOPIVI o la Convención sobre los Derechos del Niño) y las ideologías culturales sobre la infancia, la familia y el papel del Estado. En este nivel, la presencia de discursos estigmatizantes y actitudes xenófobas puede contribuir a generar experiencias de exclusión y rechazo social. Se demuestra que la exposición a discriminación y racismo se asocia con efectos negativos en la salud mental y el bienestar, así como con desigualdades en el acceso a oportunidades educativas y laborales (Paradies et al., 2015; Williams et al., 2019).

El cronosistema incorpora la dimensión temporal, reconociendo que transiciones como cambios de centro, obtención o denegación de permisos, o cumplir 18 años pueden influir significativamente en la trayectoria del menor (Bronfenbrenner, 1986).

La relevancia del modelo ecológico para comprender su trauma radica en que permite situarlo en la interacción dinámica entre los distintos sistemas. El impacto del trauma no depende únicamente de las experiencias pasadas, sino también de las condiciones actuales del entorno y de los recursos disponibles para la recuperación (Patel et al., 2018; SAMHSA, 2014). La presencia de contextos de apoyo y relaciones estables puede favorecer procesos de adaptación positiva, mientras que entornos caracterizados por inestabilidad, discriminación o barreras estructurales pueden asociarse con mayores dificultades en el bienestar psicológico (Fazel et al., 2012; Betancourt et al., 2012).

En resumen, el modelo ecológico permite comprender que el pronóstico no depende exclusivamente de las experiencias traumáticas previas, sino también de las condiciones actuales del entorno y de los recursos disponibles en el contexto de acogida. El foco de análisis se desplaza así del déficit individual hacia las condiciones estructurales y relacionales que influyen en el desarrollo del menor, destacando factores como la estabilidad, la coordinación entre sistemas y la calidad de las relaciones en la evolución del bienestar psicológico (Patel et al., 2018; SAMHSA, 2014).

2.2. El concepto de trauma complejo

Es fundamental distinguir conceptualmente entre distintas formas de exposición traumática, ya que esta distinción es relevante para la comprensión del malestar psicológico y la orientación de las intervenciones terapéuticas. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como se describe en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se refiere a la respuesta psicológica ante la exposición a eventos traumáticos que implican amenaza real o percibida para la vida o la integridad física, ya sean eventos únicos o experiencias repetidas. El TEPT incluye síntomas de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, e hiperactivación fisiológica.

Sin embargo, esta conceptualización puede resultar insuficiente para describir las consecuencias de la exposición crónica y acumulativa a experiencias traumáticas interpersonales, sobre todo cuando ocurren durante períodos críticos del desarrollo. Herman (1992) introdujo el concepto de trauma complejo para referirse a las secuelas psicológicas de la victimización prolongada, particularmente en contextos de control coercitivo o imposibilidad de escape, una perspectiva que posteriormente ha sido desarrollada por otros autores (van der Kolk, 2005).

La contribución de Herman (1992) fue describir cómo la victimización prolongada puede llevar a un patrón de malestar cualitativamente diferente al asociado a eventos traumáticos puntuales. En estos jóvenes, este patrón puede manifestarse en dificultades para la regulación emocional, con oscilaciones entre respuestas de intensa activación y conductas de retraimiento. La experiencia continuada de desprotección puede fragmentar la capacidad de confiar en figuras adultas, lo que influye en la forma en que se vinculan con los recursos de ayuda. Además, pueden desarrollar expectativas negativas sobre el futuro y una percepción de escasa capacidad de cambio. Van der Kolk (2014) señala que muchas de estas respuestas pueden entenderse como adaptaciones a contextos de amenaza

prolongada, lo que implica la necesidad de intervenciones especializadas que atiendan a la seguridad y a la dimensión relacional.

Estas aportaciones ampliaron la comprensión del trauma más allá de los eventos aislados, enfatizando cómo la exposición prolongada a experiencias adversas puede afectar a múltiples dimensiones del desarrollo psicológico y relacional (Herman, 1992; van der Kolk, 2005).

Van der Kolk (2005) amplió la comprensión del trauma infantil al señalar cómo la exposición crónica a la violencia interpersonal puede afectar al desarrollo neurobiológico y psicológico. En estos jóvenes, este impacto puede manifestarse en dificultades para la regulación emocional, respuestas intensas ante situaciones cotidianas y una sensación persistente de amenaza incluso en contextos objetivamente seguros, así como en dificultades para establecer relaciones de confianza con figuras adultas. Esta comprensión implica la necesidad de enfoques de intervención que integren la seguridad, la estabilidad relacional y el trabajo progresivo sobre la confianza interpersonal. Van der Kolk et al. (2005) señalan además que las categorías diagnósticas pueden no captar plenamente la complejidad de las manifestaciones derivadas de la exposición prolongada al trauma interpersonal, que tienden a afectar múltiples áreas del funcionamiento.

Más recientemente, la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) ha reconocido oficialmente el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (C-PTSD), diferenciándolo del TEPT por la presencia de tres grupos adicionales de síntomas: (1) dificultades graves y persistentes en la regulación afectiva, (2) creencias negativas persistentes sobre uno mismo acompañadas de sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso y (3) dificultades persistentes en las relaciones interpersonales y en el sentimiento de cercanía con otros (Cloitre et al., 2013; Maercker et al., 2013).

La exposición prolongada y acumulativa a la adversidad, con múltiples experiencias de estrés y vulnerabilidad, encuentra en este marco conceptual una herramienta especialmente adecuada para su análisis. Este tipo de exposición ha sido descrito en la literatura sobre trauma complejo (Cloitre et al., 2013; Maercker et al., 2013) y puede aplicarse al análisis de contextos como las trayectorias migratorias infantiles.

El concepto de trauma complejo es apropiado en este contexto por varias razones. Estos niños han estado expuestos a múltiples formas de victimización, un fenómeno descrito como polivictimización (Finkelhor et al., 2007). Además, estas experiencias suelen ocurrir de manera crónica y acumulativa a lo largo del tiempo, en contextos caracterizados por una limitada sensación de seguridad (van der Kolk, 2005; Herman,

1992). También, el trauma ha sido predominantemente interpersonal, perpetrado por otros seres humanos en contextos de desigualdad de poder, lo que se asocia con un impacto significativo en el desarrollo psicológico (Herman, 1992). Finalmente, estas experiencias han ocurrido durante períodos críticos del desarrollo, como en la infancia y la adolescencia, interfiriendo en tareas evolutivas fundamentales como la construcción de la identidad, la autonomía y la capacidad de vinculación (D'Andrea et al., 2012).

El estudio ACE (Adverse Childhood Experiences) de Felitti et al. (1998) evidencia una relación dosis-respuesta entre la acumulación de experiencias adversas en la infancia y la probabilidad de desarrollar problemas de salud física y mental en la adultez. Se señala que la exposición a múltiples experiencias adversas, como pobreza, violencia familiar, negligencia o separación parental, se asocia con un riesgo mayor de desarrollar dificultades en el bienestar psicológico y psicosocial (Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2007). Esto es importante para poder entender la situación de jóvenes cuyas trayectorias vitales han estado marcadas por la acumulación de adversidades.

Estas experiencias adversas se relacionan con el concepto de polivictimización, que describe la exposición acumulativa a múltiples formas de violencia o adversidad durante la infancia y que se ha asociado con un mayor riesgo de dificultades psicológicas y sociales a lo largo del desarrollo (Finkelhor et al., 2007), llevando al desarrollo de teorías que ayudan a entender cómo esa acumulación afecta al desarrollo psicológico.

Van der Kolk (2014) argumenta que el malestar psicológico asociado al trauma no puede conceptualizarse únicamente como un conjunto de síntomas aislados, sino como adaptaciones neurobiológicas y psicológicas a contextos de peligro crónico que, aunque pueden ser funcionales en ambientes hostiles, pueden ser desadaptativos en contextos más seguros.

Consideradas en conjunto, estas evidencias sugieren que la acumulación de experiencias adversas durante la infancia puede influir significativamente en el desarrollo emocional, cognitivo y relacional de los menores, especialmente cuando estas experiencias se producen en contextos de vulnerabilidad social (Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2007).

Mirándolo desde esta perspectiva teórica, las respuestas traumáticas pueden entenderse como adaptaciones a contextos de peligro crónico, lo que lleva a plantear la importancia de intervenciones que prioricen la seguridad, la estabilidad relacional y la consideración del entorno, además del abordaje de los síntomas (Herman, 1992; van der

Kolk, 2014; SAMHSA, 2014). Así evitando interpretaciones exclusivamente centradas en el individuo.

2.3. El proceso migratorio como trayectoria traumática

Bhugra y Becker (2005) distinguen factores premigratorios, perimigratorios y postmigratorios, una distinción que resulta útil tanto para la evaluación clínica como para comprender el impacto de la migración en la salud mental y orientar las intervenciones (Pernice & Brook, 1996; Pumariega et al., 2005).

La fase premigratoria abarca las experiencias adversas previas al proceso migratorio, en las que la decisión de migrar puede estar vinculada a condiciones de elevada vulnerabilidad. ACNUR (2022) ha documentado contextos de conflicto armado en los que la infancia queda expuesta a violencia directa, reclutamiento forzado o desplazamiento, mientras otros factores incluyen situaciones de pobreza extrema y violencia intrafamiliar, maltrato, matrimonios forzados o mutilación genital (UNICEF, 2017). Estas condiciones pueden comprometer la capacidad protectora de las figuras de cuidado, influyendo en el desarrollo del apego y en la percepción de seguridad del menor (Bowlby, 1973).

Posteriormente, la separación de las figuras de apego durante la migración puede tener consecuencias significativas en el desarrollo psicológico. Bowlby (1969, 1973) señaló que las relaciones tempranas con los cuidadores contribuyen a la formación de modelos operativos internos que influyen en las expectativas sobre la disponibilidad emocional y la confianza en los otros. En el caso de estos menores, la experiencia vincular previa es heterogénea, algunos han estado expuestos a situaciones de maltrato o negligencia, mientras que otros han visto interrumpidos vínculos relativamente estables o seguros como consecuencia de la migración (Hodes et al., 2008). Estas experiencias pueden afectar a la percepción de seguridad y a la forma en que el menor se relaciona con nuevas figuras de cuidado. Se ha señalado que las experiencias de separación y adversidad pueden influir en el establecimiento de vínculos posteriores y en la confianza hacia los adultos en el contexto de acogida (Hodes et al., 2008; Oppedal & Idsoe, 2015).

Durante el trayecto migratorio, la fase perimigratoria constituye frecuentemente una exposición a condiciones altamente adversas que pueden resultar potencialmente traumáticas (Médicos Sin Fronteras, 2018). En travesías marítimas, los menores viajan en embarcaciones sobrecargadas durante días, enfrentándose a situaciones de hacinamiento, deshidratación, temperaturas extremas o la pérdida de compañeros de viaje

(ACNUR, 2019; UNICEF, 2017). En rutas terrestres, se desplazan ocultos en espacios reducidos, atravesando territorios hostiles durante días sin acceso suficiente a agua ni comida (Médicos Sin Fronteras, 2018; ACNUR, 2019).

Durante estas travesías, los niños pueden estar expuestos a diferentes formas de violencia y explotación, como violencia física y sexual, extorsión, riesgo de trata de personas y situaciones de explotación laboral o sexual en el tránsito migratorio (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2016; Médicos Sin Fronteras, 2018). Estas experiencias, vividas en contextos de elevada vulnerabilidad y ausencia de protección, pueden contribuir al desarrollo de formas de trauma complejo caracterizadas por la exposición acumulativa a adversidades y experiencias interpersonales de riesgo (van der Kolk, 2014; Barudy & Dantagnan, 2005).

Una vez en el país de destino, la fase postmigratoria puede introducir nuevos estresores o constituir una fuente adicional de malestar (Kohli & Mather, 2003).

Estos niños pueden enfrentarse a diversas formas de vulnerabilidad en el contexto de acogida, dificultades en los procesos administrativos y experiencias de incertidumbre legal prolongada. La inseguridad asociada a la situación jurídica y la posibilidad de detención o deportación constituyen fuentes significativas de estrés con impacto en la salud mental (Steel et al., 2006). Se han descrito dificultades de integración en ámbitos como la educación o el acceso a recursos, mientras la separación familiar puede dar lugar a experiencias de pérdida ambigua, caracterizadas por la ausencia física con persistencia del vínculo emocional (Boss, 2006; Bravo & Santos-González, 2017).

Esta fase puede constituir un momento relevante en la trayectoria de los menores, ya que las condiciones del entorno de acogida pueden influir significativamente en su bienestar psicológico. Se ha evidenciado que la presencia de contextos seguros y de apoyo puede favorecer la adaptación y la exposición a condiciones adversas o inestables se puede asociar con mayores dificultades en la salud mental (Fazel et al., 2012).

2.4. Duelo migratorio y síndrome de Ulises

Achotegui (2009) desarrolló el concepto de duelo migratorio para describir la reorganización psicológica ante pérdida de referentes. A diferencia del duelo por fallecimiento, es parcial (lo perdido existe, pero está inaccesible), recurrente (cada fecha reactiva el dolor) y múltiple (conjunto de duelos simultáneos). Achotegui (2009) identifica siete duelos familia, lengua, cultura, tierra, estatus social, grupo de pertenencia y riesgos físicos.

En estos menores, este duelo puede verse agravado por la etapa evolutiva, ya que la adolescencia implica una reorganización identitaria significativa (Erikson, 1968), como también por la ausencia de figuras de acompañamiento. Ha sido señalado lo importante que es el apoyo social y la presencia de adultos significativos en la elaboración de experiencias de pérdida y adversidad (Rousseau et al., 2004; Sourander, 1998), se ha destacado el papel de los tutores de resiliencia, figuras que ofrecen validación emocional, reconocimiento de la historia personal y estabilidad relacional (Cyrułnik, 2002). La ausencia de estos apoyos puede dificultar los procesos de adaptación y favorecer la persistencia del malestar psicológico (Rousseau et al., 2004; Cyrułnik, 2002).

El Síndrome de Ulises (Achoategui, 2004) es un cuadro de sufrimiento reactivo asociado a situaciones de estrés migratorio extremo, en las que las demandas del entorno superan la capacidad de adaptación del individuo. Este cuadro se manifiesta a través de un conjunto amplio de síntomas que afectan al ámbito emocional (tristeza, irritabilidad, desesperanza, miedo), somático (cefaleas, fatiga, dolores osteomusculares, molestias gastrointestinales, alteraciones del sueño), cognitivo (dificultades de concentración y memoria, rumiación) y social (aislamiento, desconfianza, evitación).

Uno de los principales riesgos clínicos asociados al síndrome de Ulises es su posible confusión con trastornos psiquiátricos (Achoategui, 2004, 2009), puede presentar similitudes con cuadros como la depresión o el trastorno de estrés postraumático, sobre todo por los síntomas como tristeza intensa, ansiedad o hipervigilancia (Achoategui, 2004). En el síndrome de Ulises estos síntomas están relacionados con estresores contextuales identificables y a situaciones de adversidad continuada, este solapamiento sintomático puede dar lugar a interpretaciones diagnósticas inadecuadas, con el riesgo de medicalización innecesaria y de no abordar adecuadamente los factores psicosociales implicados (Achoategui, 2004, 2009).

El tratamiento de estas situaciones debe considerar factores como la seguridad, el apoyo social, la validación del sufrimiento y las oportunidades de integración. La experiencia migratoria en estos menores puede estar marcada por situaciones de aislamiento y falta de referentes estables, influyendo en su bienestar psicológico (Kohli, 2006). Ha sido señalada la importancia de intervenciones que promuevan relaciones estables, atención a las condiciones del entorno y enfoques culturalmente sensibles (Kirmayer et al., 2011).

Es importante aclarar que el síndrome de Ulises no constituye un trastorno mental, sino un cuadro de estrés reactivo asociado a condiciones migratorias extremas que pueden

exceder la capacidad adaptativa del individuo (Achotegui, 2009). Esta distinción es relevante tanto a nivel conceptual como ético, ya que permite evitar la patologización del sufrimiento y situarlo en el contexto de las condiciones sociales y culturales en las que se produce (Achotegui, 2004; Kirmayer et al., 2011).

Conceptualmente, etiquetar como “enfermedad mental” una respuesta a condiciones de estrés extremo puede contribuir a situar el problema en el individuo y no considerar adecuadamente los factores contextuales que generan el malestar (Achotegui, 2004). Éticamente, el uso de categorías diagnósticas se puede asociar con riesgos de estigmatización y de medicalización, como con la tendencia a no abordar de forma suficiente las condiciones psicosociales implicadas en la experiencia del menor (Achotegui, 2009).

La intervención apropiada requiere un abordaje integral que incluya componentes psicosociales, como el apoyo en las condiciones materiales, la mediación intercultural, el acompañamiento en procesos administrativos y el acceso a recursos comunitarios y legales (Achotegui, 2009; Pumariaga et al., 2005). Estas estrategias pueden resultar relevantes para abordar los factores contextuales que influyen en el malestar. La psicoterapia, cuando se implementa, puede orientarse a la validación del sufrimiento, al fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y a la construcción de significados que favorezcan la adaptación y el bienestar (Kirmayer et al., 2011).

Reconocer el síndrome de Ulises como una respuesta de estrés extremo permite comprender el malestar dentro de las condiciones sociales y migratorias que lo generan (Achotegui, 2009).

3. Consecuencias clínicas del trauma complejo

3.1. Epidemiología del malestar psicológico

La investigación epidemiológica ha evidenciado una mayor vulnerabilidad en la salud mental de menores migrantes en comparación con la población general. El metaanálisis de Fazel et al. (2012), realizado sobre una amplia muestra de niños refugiados, encuentra prevalencias elevadas de trastorno de estrés postraumático y depresión por encima de las observadas en población no migrante. Los propios autores advierten que, más allá de las experiencias traumáticas previas a la migración, los factores postmigratorios tienen un peso considerable en cómo evoluciona el malestar psicológico, lo que pone de relieve la importancia del contexto de acogida (Fazel et al., 2012).

Bean et al. (2007) encontraron además mayores niveles de malestar psicológico y dificultades emocionales en menores no acompañados frente a quienes migraban con sus familias, lo que apunta a que la ausencia de referentes adultos agrava la vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad está muy relacionada con la exposición a experiencias adversas y condiciones contextuales, entre las que Patel et al. (2018) destacan la violencia, la pobreza y la discriminación como determinantes centrales del malestar psicológico.

La somatización, donde el dolor emocional se manifiesta a través de síntomas físicos, es habitual en contextos de trauma. La investigación ha establecido claramente la conexión entre trauma y manifestaciones físicas, destacando el papel del cuerpo tanto en la vivencia como en la regulación del malestar (van der Kolk, 2014; Ogden et al., 2006; Levine, 2015). El trauma puede implicar alteraciones en los sistemas fisiológicos y en el modo en que se procesa la experiencia, generando síntomas físicos que aparecen junto con manifestaciones emocionales y cognitivas.

En el caso de estos menores, estas expresiones corporales del malestar pueden verse influidas por factores contextuales como las barreras idiomáticas y las dificultades para expresar emociones en la lengua del país de acogida, lo que puede favorecer formas de expresión no verbales del sufrimiento (Rousseau et al., 2004; Jensen et al., 2014).

Entre las manifestaciones somáticas más frecuentes en esta población se encuentran las cefaleas, la fatiga persistente, las molestias gastrointestinales funcionales, los dolores osteomusculares y las alteraciones del sueño (Jensen et al., 2014; Rousseau et al., 2004). Su presencia se ha vinculado a las dificultades para expresar verbalmente el malestar, tanto por barreras idiomáticas como por las formas culturalmente mediadas de interpretar el sufrimiento psicológico. Muchos de estos menores atribuyen sus síntomas a causas físicas antes que psicológicas y les cuesta identificar y nombrar el malestar emocional, algo que Jensen et al. (2014) relacionan en parte con el estigma que rodea a la salud mental en sus contextos de origen.

La intervención en estos casos se debe orientar a validar los síntomas como expresiones legítimas del malestar y a comprender su relación con los estresores contextuales. Se deben adoptar enfoques integradores para atender no solo a los aspectos psicológicos sino también los sociales y culturales, incorporando estrategias que favorezcan la regulación emocional y la reducción del estrés en contextos de seguridad (Achotegui, 2009; Kirmayer et al., 2011).

3.2. Desregulación emocional y alteraciones en la vinculación

El trauma complejo se asocia con dificultades significativas en la regulación emocional, entendida como la capacidad para modular la intensidad y la duración de los estados afectivos en función del contexto. En un desarrollo típico, esta capacidad se adquiere progresivamente a través de procesos de corregulación con figuras de apego, en los que el cuidador responde de manera sensible a las necesidades emocionales del niño, facilitando la internalización de estrategias de regulación (Schore, 2001; Blaustein & Kinniburgh, 2019). En estos menores, las experiencias de adversidad y ruptura vincular pueden interferir en este proceso, dificultando el desarrollo de recursos para la gestión de estados emocionales intensos (Barudy & Dantagnan, 2005).

La desregulación emocional puede manifestarse a través de patrones muy distintos. Las conductas externalizantes incluyen irritabilidad, impulsividad y reacciones intensas ante situaciones de estrés (Ford et al., 2013; Hodes et al., 2008) y en contextos como los centros de acogida suelen interpretarse como problemáticas o disruptivas, cuando en realidad pueden estar vinculadas a experiencias previas de adversidad (Bath, 2008). Otros menores presentan un patrón inverso, retraimiento, apatía o dificultades en la expresión emocional (Hodes et al., 2008), respuestas que pueden relacionarse con procesos de indefensión aprendida descritos por Seligman (1972).

El concepto de ventana de tolerancia desarrollado por Ogden et al. (2006) explica cómo las personas pueden oscilar entre estados de hiperactivación y de desconexión en respuesta al estrés. Algunos menores presentan una activación elevada del sistema de alerta, interpretando estímulos como potencialmente amenazantes y respondiendo con reacciones intensas o, al contrario, con estados de inhibición o desconexión emocional. Van der Kolk (2014) señala que estas respuestas son adaptaciones neurobiológicas a experiencias prolongadas de adversidad, no características voluntarias ni rasgos estables de personalidad.

Estas respuestas pueden entenderse como reacciones neurofisiológicas automáticas ante estímulos que el sistema nervioso interpreta como amenazantes, especialmente en contextos de trauma (van der Kolk, 2014; Blaustein & Kinniburgh, 2019). Las dificultades en la regulación emocional en estos menores pueden asociarse con una ventana de tolerancia reducida, lo que implica una mayor sensibilidad a los estímulos y una mayor probabilidad de desregulación ante situaciones de estrés (Ogden et al., 2006). Determinadas conductas pueden interpretarse como respuestas a estados de hiperactivación o de desconexión, más que como comportamientos voluntarios. Comprender estos mecanismos cambia la manera de intervenir, ya que permite leer las

conductas en clave del funcionamiento del sistema nervioso y orienta hacia estrategias centradas en la regulación emocional y la seguridad (Ogden et al., 2006; Bath, 2008).

Las conductas disruptivas pueden entenderse como manifestaciones de desregulación del sistema nervioso, más que como comportamientos exclusivamente intencionales. Se ha señalado que las respuestas punitivas pueden contribuir a incrementar la desregulación en menores con experiencias traumáticas (Bath, 2008). La intervención puede orientarse a favorecer la regulación emocional, usando estrategias que promuevan la estabilidad, la co-regulación y la reducción de estímulos estresantes (Ogden et al., 2006). Por último, se destaca que, en estados de elevada activación o desconexión, puede ser más adecuado priorizar estrategias de regulación antes que intervenciones verbales o cognitivas (Blaustein & Kinniburgh, 2019).

Esta comprensión neurobiológica ofrece perspectivas relevantes para la recuperación, ya que el cerebro mantiene capacidad de cambio y reorganización a lo largo del desarrollo. Se ha señalado que los contextos relacionales seguros son importantes en estos procesos de adaptación, lo que explica por qué se priorizan intervenciones centradas en las relaciones y en crear entornos de apoyo (van der Kolk, 2014; Blaustein & Kinniburgh, 2019). Incluso tras experiencias adversas significativas, es posible promover cambios positivos en el funcionamiento emocional y relacional.

En conclusión, el concepto de ventana de tolerancia permite comprender las conductas disruptivas como respuestas del sistema nervioso ante estímulos percibidos como amenazantes, y no como comportamientos desvinculados de la historia traumática del menor, lo que orienta hacia intervenciones centradas en la regulación emocional y la creación de contextos de seguridad (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2014).

3.3. Disociación y trauma por explotación

La exposición a experiencias traumáticas graves puede llevar a procesos de disociación, entendidos como mecanismos por los cuales la mente se desconecta de experiencias abrumadoras (van der Hart et al., 2006). Estos autores proponen que en situaciones de trauma extremo pueden desarrollarse formas de organización de la experiencia caracterizadas por la división entre sistemas orientados al funcionamiento cotidiano y otros vinculados a las memorias traumáticas.

La disociación puede manifestarse a través de diferentes fenómenos, experiencias de despersonalización, desrealización, amnesia disociativa y en sus formas más complejas, alteraciones en la integración de la identidad (van der Hart et al., 2006).

Aunque estos procesos pueden servir como función adaptativa en contextos de trauma al permitir afrontar experiencias abrumadoras (van der Hart et al., 2006), su persistencia puede llevar a dificultades en el funcionamiento cotidiano, problemas en la memoria, en las relaciones interpersonales y en la integración de la experiencia (van der Hart et al., 2006).

El riesgo de trata constituye una de las vulnerabilidades más graves de estos menores durante el proceso migratorio. Informes de UNODC (2016, 2020) estiman que aproximadamente una de cada tres víctimas de trata es menor, destacando la especial vulnerabilidad de los niños en contextos migratorios y en rutas irregulares. La explotación puede adoptar múltiples formas, la laboral, la sexual, la criminal y la servidumbre. Kiss et al. (2015), en un estudio con menores víctimas de trata en la región del Gran Mekong, encontraron altas tasas de sintomatología psicológica, depresión y síntomas de estrés postraumático, lo que demuestra el impacto de la explotación en la salud mental infantil.

La detección de estas situaciones requiere sensibilidad clínica. Muchos menores pueden no revelar sus experiencias debido a factores como la vergüenza, el miedo a represalias o la desconfianza hacia los adultos (Zimmerman et al., 2008). En el contexto español, Ley Orgánica 8/2021 establece la detección y atención a posibles víctimas de trata como una prioridad en los sistemas de protección a la infancia.

La disociación no es exclusiva de las víctimas de trata, sino que se ha descrito como un proceso frecuentemente asociado al trauma complejo en contextos de victimización prolongada (van der Hart et al., 2006).

Desde el punto de vista de la intervención, ha sido señalada la importancia de priorizar la estabilización y la regulación emocional antes de abordar el procesamiento del trauma (Herman, 1992). El modelo trifásico de Herman distingue una primera fase centrada en la seguridad y la estabilización, una segunda fase de procesamiento traumático y una tercera fase de reconexión orientada a la reconstrucción de la identidad y de los vínculos (Herman, 1992). En contextos de trata, estos abordajes deben complementarse con medidas orientadas a la protección y la coordinación con recursos especializados.

3.4. Discriminación, estigma e impacto en la identidad

La exposición a la discriminación y al racismo constituye un factor relevante en la comprensión del malestar psicológico en poblaciones vulnerables. Williams et al. (2019) señalan que el racismo puede actuar como un estresor crónico, con efectos

fisiológicos medibles sobre los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunológico, además de consecuencias en la salud mental. La literatura sobre racismo estructural ha descrito procesos de estigmatización y exclusión que pueden influir en la percepción social de determinados colectivos y en su acceso a recursos y oportunidades (Paradies et al., 2015).

La discriminación cotidiana puede ser de diferentes formas y constituir un estresor crónico en la vida de las personas, se ha señalado que la exposición repetida a experiencias de discriminación percibida se asocia con efectos acumulativos en la salud mental y física. Paradies et al. (2015), en una revisión de más de 300 estudios, encontraron asociaciones consistentes entre la discriminación percibida y mayores niveles de depresión, ansiedad y sintomatología somática.

La adolescencia constituye un período crítico para la construcción de la identidad, en el que el joven busca activamente definir quién es y a qué grupo pertenece (Erikson, 1968). En este proceso, la identidad étnico-racial, entendida como el sentido de pertenencia y la actitud hacia el propio grupo cultural, tiene especial relevancia (Phinney, 1990). Se ha señalado que los contextos de discriminación y estigmatización pueden influir significativamente en este proceso, afectando al autoconcepto y a la integración social del menor (Steele, 1997; Mead, 1934).

Los jóvenes pueden responder de distintas maneras en esta situación, la internalización del estigma o el desarrollo de identidades reactivas frente a la sociedad de acogida (Goffman, 1963; Berry, 1997). La sociología ha descrito cómo las expectativas sociales pueden influir en la conducta a través de procesos de profecía autocumplida, en los que la estigmatización contribuye a reproducir las conductas que pretende explicar (Merton, 1948). Este proceso puede generar un ciclo en el que la exclusión social dificulta el desarrollo de trayectorias adaptativas, incrementando la vulnerabilidad psicosocial del menor (Merton, 1948).

Cross (1991) y Seaton et al. (2006) señalan que una identidad étnico-racial positiva puede facilitar el impacto psicológico de la discriminación, siendo un papel protector. Este proceso puede ser favorecido por entornos que promuevan el reconocimiento cultural y el sentido de pertenencia (Phinney, 1990; Berry, 1997).

Por otro lado, la exposición a situaciones caracterizadas por una baja percepción de control sobre el entorno se ha relacionado con procesos de indefensión aprendida, definidos como la creencia de que las acciones individuales no influyen en los resultados, lo que puede favorecer respuestas de pasividad (Seligman, 1972). Algunos estudios han

señalado que las dificultades de adaptación y las experiencias de adversidad pueden asociarse con un mayor riesgo de malestar psicológico, pudiendo incluir manifestaciones más graves como ideación suicida o conductas autolesivas (Oppedal & Idsoe, 2015).

La calidad del entorno de acogida tiene un papel tan importante en el pronóstico psicológico de estos menores como las propias experiencias traumáticas previas. Factores como la inclusión social, el acceso a servicios y las actitudes del entorno pueden influir en los resultados en salud mental (Berry, 1997; Fazel et al., 2012; Oppedal & Idsoe, 2015). Mientras que entornos de apoyo pueden favorecer la adaptación, condiciones de acogida adversas o inestables pueden contribuir a agravar o mantener el malestar psicológico (Fazel et al., 2012).

4. Resiliencia e intervención

4.1. Factores de protección y resiliencia: evidencia empírica

La investigación sobre los factores protectores en esta población ha identificado varios elementos que facilitan la adaptación psicosocial. Masten (2001) destacó que la resiliencia en la infancia no depende necesariamente de características extraordinarias, sino de la presencia y el funcionamiento de los sistemas de apoyo propios del desarrollo. Factores como la presencia de adultos significativos, la estabilidad en el entorno y el acceso a recursos educativos pueden ser un papel importante en los procesos de adaptación. Fazel et al. (2012) señalan que, junto a las experiencias adversas, los factores contextuales y relacionales influyen de manera significativa en la evolución del bienestar psicológico de los menores.

Fazel et al. (2012), en un metaanálisis que incluyó una amplia muestra de niños refugiados, señalan que, junto a las experiencias traumáticas, los factores contextuales y relacionales tienen un papel importante en la evolución de la salud mental. La presencia de apoyos sociales, la estabilidad en el entorno y las condiciones del contexto de acogida se han asociado con mejores resultados en el bienestar psicológico (Fazel et al., 2012; Oppedal & Idsoe, 2015).

La investigación de Hodes et al. (2008) con adolescentes solicitantes de asilo no acompañados sugiere que los factores de protección influyen en el bienestar psicológico de manera interrelacionada. Sus resultados señalan la relevancia de elementos como la presencia de figuras adultas de apoyo, la estabilidad en el entorno de acogida y el acceso a la educación en los procesos de adaptación. Este estudio longitudinal, que siguió a 77

jóvenes durante un periodo de 18 meses, aporta evidencia sobre la función de estos factores en la evolución del malestar psicológico.

En el nivel familiar y comunitario, Oppedal y Idsoe (2015) revisan la relevancia del apoyo social percibido en la adaptación psicológica de niños migrantes. Su estudio con 106 jóvenes en Noruega encontró que aquellos que reportaban mayores niveles de apoyo social presentaban una mejor adaptación y una menor sintomatología depresiva. Los autores destacan que el apoyo social puede ayudar tanto en la regulación del malestar como en los procesos de integración.

Los vínculos familiares, incluso cuando se mantienen a distancia, pueden influir en el bienestar psicológico. Suárez-Orozco et al. (2011) destacan la importancia de la calidad de estas relaciones en los procesos de adaptación, señalando que los vínculos significativos pueden contribuir al ajuste emocional del menor.

El aspecto educativo se ha señalado como un factor relevante en los procesos de adaptación de menores migrantes. Fazel et al. (2012) destacan que, junto a las experiencias traumáticas previas, los factores contextuales influyen en la evolución de la salud mental. La participación en entornos educativos puede contribuir a la adaptación psicológica al proporcionar estructura y oportunidades de desarrollo, en interacción con otros factores personales y contextuales.

4.2. Estrategias de intervención basadas en evidencia

Las intervenciones especializadas han evolucionado hacia enfoques integrativos que abordan tanto los síntomas traumáticos como los factores contextuales asociados (Saxe et al., 2007). Saxe et al. (2007) desarrollaron el enfoque de la Terapia de Sistemas de Trauma (TST), que conceptualiza el trauma como resultado de la interacción entre la regulación emocional del niño y su entorno social. Este modelo enfatiza la intervención tanto en el menor como en el contexto en el que se desenvuelve, como la modificación de las condiciones ambientales que contribuyen a la desregulación (Saxe et al., 2007).

La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma ha mostrado resultados prometedores en población infantil expuesta a adversidad. Betancourt et al. (2012) evaluaron una intervención con niños refugiados y encontraron reducciones significativas en síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Los autores destacan la importancia de adaptar las intervenciones al contexto cultural y a las características específicas de la población, teniendo en cuenta sus marcos de referencia y formas de comprensión del malestar.

Las intervenciones basadas en el modelo ecológico han sido ampliamente utilizadas para abordar la complejidad de los procesos de adaptación en situaciones de vulnerabilidad. Bronfenbrenner (1979) propuso un modelo que analiza cómo los distintos niveles del entorno influyen en el desarrollo humano. Pumariega et al. (2005) describen enfoques de intervención que integran distintos ámbitos, como el apoyo en salud mental, el entorno educativo y los recursos comunitarios. Estos enfoques multisistémicos parten de la idea de que la recuperación del trauma necesita considerar tanto los factores individuales como las condiciones ambientales (Bronfenbrenner, 1979; Pumariega et al., 2005).

El enfoque de cuidado informado por el trauma desarrollado por Bath (2008) propone tres pilares fundamentales: la seguridad física y psicológica, las conexiones y relaciones de confianza y el manejo de las emociones. La aplicación de estos principios en situaciones de vulnerabilidad, como los procesos migratorios, requiere considerar factores específicos que pueden influir en el bienestar psicológico. La intervención se orienta a ofrecer experiencias relacionales que favorezcan la seguridad, la regulación emocional y el establecimiento de vínculos de confianza, facilitando la internalización de modelos relacionales más adaptativos (Blaustein & Kinniburgh, 2019; Bath, 2008).

Los nuevos enfoques para tratar el trauma reconocen que es necesario abordar múltiples aspectos del funcionamiento psicológico al mismo tiempo. Blaustein y Kinniburgh (2019) proponen el modelo ARC (Attachment, Regulation, Competency), traducido como Apego, Regulación y Competencia, que organiza la intervención en torno a estos, atendiendo a las necesidades vinculares, la regulación emocional y el desarrollo de competencias adaptativas en niños con experiencias de trauma complejo (Blaustein & Kinniburgh, 2019).

4.3. Implementación y coordinación de servicios

Para que los servicios de salud mental infantil funcionen realmente, necesitan coordinarse diferentes ámbitos de intervención, Stroul y Friedman (1986) establecieron los principios fundamentales de los sistemas de cuidado, que enfatizan la coordinación entre servicios, la competencia cultural y un enfoque centrado en las fortalezas del niño y de la familia.

Jensen et al. (2014) realizaron un seguimiento de 189 niños no acompañados durante un periodo de dos años, observando cambios en su funcionamiento psicológico y en su adaptación social a lo largo del tiempo. Sus resultados demuestran la importancia

de factores contextuales y de la estabilidad en los procesos de atención durante las distintas fases de adaptación.

La investigación de Bean et al. (2007) analizó el bienestar psicológico de menores migrantes no acompañados en comparación con aquellos que migraban con sus familias, encontrando mayores niveles de malestar en los primeros. Estos resultados demuestran la importancia de los factores contextuales y del apoyo social en los procesos de adaptación. Se ha demostrado que la presencia de redes de apoyo estables puede ayudar con la evolución del bienestar psicológico de estos menores.

Derluyn y Broekaert (2008) enfatizan la importancia de considerar las perspectivas y preferencias de los propios menores en el diseño de los servicios. Su investigación cualitativa demuestra la necesidad de incorporar las voces de los niños en la planificación y evaluación de los programas, reconociendo su rol activo en los procesos de intervención.

La evidencia sugiere que la adaptación psicológica de menores migrantes está influida por múltiples factores interrelacionados, tanto las experiencias individuales como las condiciones del contexto de acogida. Fazel et al. (2012) señalan que, además de la exposición a eventos traumáticos, los factores sociales, educativos y contextuales tienen un rol importante en la evolución de la salud mental. Estos hallazgos demuestran la necesidad de enfoques que consideren de manera integrada las distintas dimensiones que influyen en el bienestar de estos menores (Fazel et al., 2012).

La síntesis de la evidencia revisada, especialmente los hallazgos de Fazel et al. (2012), Masten (2001) y Hodes et al. (2008), indican que la resiliencia en estos menores puede entenderse como el resultado de la interacción entre factores individuales, relacionales y contextuales. La literatura sobre intervención señala la relevancia de enfoques que tengan en cuenta esta complejidad, desarrollando respuestas que integren tanto el apoyo individual como los recursos del entorno (Betancourt et al., 2012).

5. Síntesis integradora: hacia un modelo comprensivo del trauma migratorio

5.1. Convergencia conceptual: trauma, identidad y desarraigo

Los avances en la comprensión del trauma en menores migrantes han favorecido la integración de distintas perspectivas teóricas, como enfoques del desarrollo y la psicología clínica. Bowlby (1969, 1973) estableció los fundamentos de la teoría del apego, que permite comprender cómo las interrupciones en los vínculos primarios pueden

afectar al desarrollo socioemocional. Esta teoría posteriormente ha sido aplicada en el estudio de contextos de adversidad, incluyendo situaciones migratorias.

La teoría del apego de Ainsworth et al. (1978) demuestra que los patrones de apego temprano influyen en la capacidad de regulación emocional y en el establecimiento de relaciones a lo largo del desarrollo. Las experiencias tempranas de vinculación pueden contribuir a explicar diferencias en la adaptación psicológica ante situaciones de adversidad.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) sitúa el desarrollo individual dentro de múltiples sistemas de influencia que interactúan entre sí. Este enfoque ha sido aplicado para comprender contextos de adversidad complejos, como la experiencia migratoria, en los que pueden producirse interrupciones en distintos niveles. Estos incluyen el microsistema (entornos inmediatos como la familia), el mesosistema (las interrelaciones entre estos entornos), el exosistema (contextos más amplios como las políticas institucionales) y el macrosistema (los valores culturales y sociales que configuran la experiencia del menor).

La comprensión del trauma complejo ha incorporado aportaciones que destacan su impacto en múltiples dimensiones del funcionamiento psicológico. Van der Kolk et al. (2005) propusieron el concepto de trastornos de estrés extremo para describir las consecuencias del trauma crónico en el desarrollo, señalando que estas experiencias pueden afectar a la regulación emocional, la construcción de la identidad y las capacidades relacionales. Estos planteamientos han sido utilizados para comprender contextos de adversidad complejos, como los procesos migratorios, en los que el malestar puede ir más allá de los síntomas específicos del trastorno de estrés postraumático.

5.2. Desarrollo identitario en contextos de desarraigo y migración

La construcción identitaria en los niños migrantes no acompañados presenta características específicas que han sido abordadas en la literatura sobre desarrollo y migración, Erikson (1968) estableció que la adolescencia constituye un período crítico para la consolidación identitaria. En contextos migratorios, este proceso puede verse complejizado por la transformación o fragmentación de los referentes culturales y sociales disponibles, lo que influye en la forma en que los jóvenes negocian su sentido de pertenencia y su identidad personal (Suárez-Orozco et al., 2011; Schwartz et al., 2010). La identidad étnico-cultural adquiere un rol central en la organización del autoconcepto y en los procesos de adaptación psicológica (Phinney, 1990).

La investigación sobre identidad étnica ha desarrollado maneras para comprender cómo se construye la identidad en contextos culturales variados. Phinney (1990) describe la identidad étnica como un proceso dinámico que implica la exploración y el desarrollo de un sentido de pertenencia al grupo cultural. Este proceso puede verse influido por las condiciones sociales y culturales del entorno como experiencias de inclusión y exclusión, lo que puede afectar al desarrollo del sentido de pertenencia y al ajuste psicológico del menor (Phinney, 1990; Suárez-Orozco et al., 2011).

Un sentido positivo de la identidad étnica puede actuar como un factor protector frente a los efectos del estigma y la discriminación (Seaton et al., 2006). Berry (1997) propuso un modelo bidimensional de aculturación que distingue entre la preservación de la cultura de origen y la adopción de elementos de la cultura receptora, dando lugar al concepto de integración o biculturalidad. Este modelo sugiere que el desarrollo de una identidad bicultural se puede asociar con mejores resultados de adaptación psicológica y social en comparación con otras formas de aculturación (Berry, 1997). Los hallazgos de Seaton et al. (2006) también reforzaron la idea de que la identidad étnica influye en la forma en que los jóvenes afrontan las experiencias de discriminación.

Boss (2006) desarrolló el concepto de pérdida ambigua para comprender las complejidades emocionales que surgen en contextos de separación prolongada. Este modelo describe situaciones en las que coexisten la presencia psicológica de figuras físicamente ausentes y la ausencia psicológica de figuras físicamente presentes. En contextos migratorios estas dinámicas pueden dificultar los procesos de duelo y de adaptación psicológica.

La integración de las perspectivas teóricas revisadas, desde los fundamentos de Bowlby (1969, 1973) y Bronfenbrenner (1979) hasta los desarrollos contemporáneos de van der Kolk (2014) y Blaustein y Kinniburgh (2019), demuestra la necesidad de abordar el trauma desde enfoques que consideren múltiples dimensiones del desarrollo y del contexto. Autores como Siegel (2012) y Ogden et al. (2006) han destacado la importancia de comprender la interacción entre los procesos neurobiológicos, emocionales y relacionales en la experiencia del trauma. Esta integración teórica permite fundamentar la relevancia de intervenciones que tengan en cuenta tanto los factores individuales como las condiciones del entorno.

6. Conclusiones

6.1. Síntesis de hallazgos principales

Este trabajo ha tenido como objetivo analizar el impacto del trauma migratorio complejo en la salud mental y en la construcción de la identidad de los menores migrantes no acompañados, teniendo en cuenta las distintas fases del proceso migratorio, así como los factores de protección y las intervenciones que pueden facilitar la recuperación. Los resultados muestran el carácter acumulativo de las adversidades que estos menores experimentan a lo largo de las fases premigratoria, perimigratoria y postmigratoria. Además, se han identificado algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes asociadas al trauma complejo, como la desregulación emocional, la disociación o las dificultades en la construcción de la identidad. Finalmente, la revisión estudia factores protectores y enfoques de intervención que, según la evidencia disponible, pueden favorecer los procesos de adaptación y recuperación.

Los menores migrantes no acompañados no deberían ser entendidos únicamente desde el sufrimiento que han vivido, sino también desde las estrategias que han desarrollado para adaptarse a contextos de adversidad extrema. La elevada prevalencia de sintomatología traumática, con tasas de TEPT que oscilan entre el 30% y el 70% (Fazel et al., 2012), no apunta a una fragilidad individual, sino a la intensidad y acumulación de las experiencias atravesadas.

Más allá de la presencia de síntomas, hay que considerar el contexto en el que estos se mantienen o incluso se intensifican, una parte de estos menores continúa presentando dificultades a lo largo del tiempo (Jensen et al., 2014), especialmente cuando existen factores como la inestabilidad en el alojamiento o la falta de apoyo social en el país de acogida. De este modo, una parte importante del malestar no puede explicarse únicamente por lo vivido en el pasado, sino también por las condiciones actuales en las que se encuentran.

En este punto aparece una de las principales tensiones que pone de relieve esta revisión. Estos menores llegan con necesidades relativamente claras, como la presencia de vínculos estables, cierta previsibilidad en su entorno y un acompañamiento sostenido en el tiempo. Sin embargo, con frecuencia se encuentran con contextos marcados por la rotación de profesionales, la incertidumbre legal o estructuras organizadas principalmente desde criterios administrativos. Reconocer sus experiencias y tratarlos como sujetos y no solo como casos dentro de un sistema, no es un aspecto secundario, sino una condición básica para que la intervención pueda ser efectiva.

Cuando esta desconexión se mantiene, el propio sistema puede convertirse en un factor de riesgo añadido. Las respuestas institucionales basadas en la desconfianza o la

estigmatización tienden a reproducir dinámicas que dificultan la adaptación. Por el contrario, cuando se priorizan la estabilidad, el vínculo y el reconocimiento del menor como agente activo, se abren posibilidades reales de recuperación. Según esta perspectiva, la cuestión no radica tanto en si estos jóvenes pueden recuperarse, sino en si los contextos de acogida son capaces de ofrecer las condiciones necesarias para que ese proceso tenga lugar.

6.2. Limitaciones de la revisión y de la literatura disponible

Este trabajo presenta algunas limitaciones que es importante tener en cuenta. Existe una limitación metodológica que no solo afecta a este TFG, sino también a buena parte de la investigación disponible en este ámbito. La mayoría de los estudios se realizan con menores que ya están en contacto con los servicios de acogida, lo que introduce un sesgo hacia los casos más visibles y, en muchos casos, también más graves. Por el contrario, aquellos menores que no acceden a estos servicios o que los abandonan quedan en gran medida fuera del foco de estudio. A esto se suman las dificultades propias de investigar con una población en constante movilidad, con barreras idiomáticas y en situaciones de alta vulnerabilidad, lo que complica tanto el diseño ético como metodológico de los estudios. Todo ello limita, en cierta medida, la solidez de las conclusiones y su posible generalización.

Se tiende a tratar a esta población de forma bastante homogénea, lo que reduce la precisión del análisis. La ausencia de una perspectiva de género constituye una limitación relevante. Las niñas y adolescentes que migran solas están expuestas a riesgos específicos, como la explotación sexual o la violencia de género durante el trayecto migratorio, que no siempre se analizan de forma diferenciada. En este trabajo no ha sido posible profundizar en estas diferencias más allá de lo que permite la evidencia disponible, lo que deja un área importante aún por desarrollar.

Además, se debe señalar una limitación de carácter temporal. Tanto el perfil de los menores como las rutas migratorias han ido cambiando en los últimos años y las fuentes consultadas no siempre reflejan estos cambios más recientes. Aspectos como la aparición o consolidación de nuevas rutas migratorias no están plenamente recogidos en los datos utilizados. Del mismo modo, muchas de las intervenciones analizadas corresponden a las primeras décadas del siglo XXI. Por ello, los resultados de este trabajo deben entenderse como una aproximación situada en un momento concreto, que necesariamente deberá actualizarse a medida que avance la investigación en este campo.

6.3. Direcciones futuras para la investigación e intervención

Una de las principales carencias que se desprenden de esta revisión es el limitado conocimiento existente sobre las trayectorias a largo plazo de los menores migrantes no acompañados. Aunque la evidencia es relativamente consistente a los primeros meses tras la llegada, se vuelve mucho más escasa cuando se trata de comprender su evolución a medio y largo plazo. Para avanzar en esta línea, sería necesario desarrollar estudios longitudinales más amplios, así como mejorar la continuidad del seguimiento institucional más allá de la mayoría de edad. Este momento supone, en muchos casos, una ruptura, ya que estos jóvenes dejan de estar presentes tanto en los registros administrativos como en la propia investigación.

Por otro lado, se observa una distancia significativa entre el conocimiento disponible y su aplicación en la práctica. Más que una falta de evidencia parece tratarse de dificultades en su implementación. A pesar de que la literatura insiste en la relevancia del vínculo, la estabilidad y el acompañamiento, algunos sistemas de acogida siguen funcionando desde lógicas predominantemente administrativas. Futuras líneas de trabajo deberían orientarse no solo a generar nuevo conocimiento, sino también a analizar qué factores organizativos y estructurales están dificultando su traslado a la práctica cotidiana.

Por último, es necesario promover una mirada social más comprensiva hacia esta población. Estos menores llegan tras haber atravesado experiencias especialmente complejas y, sin embargo, en ocasiones se encuentran con contextos marcados por la desconfianza o el estigma. La evolución del lenguaje utilizado para referirse a ellos refleja, en parte, este cambio, pasando de una categoría administrativa a adquirir connotaciones sociales negativas. En este contexto, la efectividad de las intervenciones no depende únicamente de los dispositivos clínicos, sino también del entorno social en el que se desarrollan. Avanzar en esta dirección implica no solo a los profesionales, sino también al conjunto de la sociedad.

Referencias

- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39–52.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830454>
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163–171.
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3119470.pdf>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2019). *Tendencias globales: Desplazamiento forzado en 2018*. <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/5d08d7ee7.pdf>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2022). *Informe sobre tendencias globales de desplazamiento forzado 2021*.
<https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/62a9d1494.pdf>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17–21.
<https://msbos.org/wp-content/uploads/2023/12/The-Three-Pillars-of-Trauma-Informed-Care.pdf>
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of

unaccompanied refugee minors with adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288–297.

<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93>

Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34.

<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>

Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., & Birman, D. (2012). Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 682–690.

<https://doi.org/10.1002/jts.21749>

Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity.

World Psychiatry, 4(1), 18–24. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1414713/>

Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2019). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency* (2nd ed.). Guilford Press.

Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. W. W. Norton & Company.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.

Bravo, A., & Santos-González, I. (2017). Menores extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 55–62.

<https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.12.001>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), Article 20706.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Comité de los Derechos del Niño. (2005). *Observación general N° 6: Trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen (CRC/GC/2005/6)*. Naciones Unidas.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3886.pdf>
- Cross, W. E. (1991). *Shades of Black: Diversity in African-American identity*. Temple University Press.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos: La resiliencia, una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa.
- Defensor del Pueblo. (2025). *Niñas y niños extranjeros en España solos o acompañados*.
<https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2025/05/Ninas-y-ninos-extranjeros-en-Espana-solos-o-acompanados.pdf>
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 319–330.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.06.006>
- D’Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally

appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200.

<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266–282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>

Fiscalía General del Estado. (2023). *Memoria anual 2022*.

https://www.fiscal.es/memorias/memoria2023/FISCALIA_SITE/recursos/pdf/MEMFIS_23.pdf

Ford, J. D., Grasso, D. J., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2013). Poly-victimization among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 788–800. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.005>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum-seeking adolescents. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry, 49(7), 723–732. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x>

- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2014). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106–116. <https://doi.org/10.1177/1359104513499356>
- Kiss, L., Pocock, N. S., Naisanguansri, V., Suos, S., Dickson, B., Thuy, D., Koranteng, A., Mullen, J., McDougall, J., Zimmerman, C., & Watts, C. (2015). Health of men, women, and children in post-trafficking services in Cambodia, Thailand, and Vietnam: An observational cross-sectional study. *The Lancet Global Health*, 3(3), e154–e161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70016-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70016-1)
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kohli, R. K. S. (2006). The sound of silence: Listening to what unaccompanied asylum-seeking children say and do not say. *British Journal of Social Work*, 36(5), 707–721. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch305>
- Kohli, R. K. S., & Mather, R. (2003). Promoting psychosocial well-being in unaccompanied asylum-seeking young people in the United Kingdom. *Child & Family Social Work*, 8(3), 201–212. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2003.00267.x>
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. North Atlantic Books.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. (2021). *Boletín Oficial del Estado*, 134, 68657–68753.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013).

Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206.

<https://doi.org/10.1002/wps.20057>

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

Médicos Sin Fronteras. (2018). *Heridas invisibles: Informe sobre la atención en salud mental a migrantes, refugiados y solicitantes de asilo en España*.

https://www.msf.es/sites/default/files/informe_de_misiones_web_esp_r.pdf

Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193–210.

<https://doi.org/10.2307/4609267>

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203–211. <https://doi.org/10.1111/sjop.12194>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades (11.ª revisión)*.

[https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)

- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *10*(9), Article e0138511.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, *392*(10157), 1553–1598.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pernice, R., & Brook, J. (1996). Refugees' and immigrants' mental health: Association of demographic and post-immigration factors. *The Journal of Social Psychology*, *136*(4), 511–519. <https://doi.org/10.1080/00224545.1996.9712248>
- Phinney, J. S. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults: Review of research. *Psychological Bulletin*, *108*(3), 499–514. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.499>
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, *41*(5), 581–597.
<https://doi.org/10.1007/s10597-005-6363-1>
- Rousseau, C., Rufagari, M. C., Bagilishya, D., & Measham, T. (2004). Remaking family life: Strategies for re-establishing continuity among Congolese refugees during the family reunification process. *Social Science & Medicine*, *59*(5), 1095–1108.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.011>
- Save the Children. (2019). *MENAS es un estigma, son niños y niñas solos*.
<https://www.savethechildren.es/actualidad/menas-es-un-estigma-son-ninos-y-ninas-solos>

- Saxe, G. N., Ellis, B. H., & Kaplow, J. B. (2007). *Collaborative treatment of traumatized children and teens: The trauma systems therapy approach*. Guilford Press.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237–251. <https://doi.org/10.1037/a0019330>
- Seaton, E. K., Scottham, K. M., & Sellers, R. M. (2006). The status model of racial identity development in African American adolescents: Evidence of structure, trajectories, and well-being. *Child Development*, 77(5), 1416–1426. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00944.x>
- Seglem, K. B., Oppedal, B., & Raeder, S. (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 457–464. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00883.x>
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407–412. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Press.
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), 719–727. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00053-2](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00053-2)
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52(6), 613–629. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.6.613>

- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(1), 58–64.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007864>
- Stroul, B. A., & Friedman, R. M. (1986). *A system of care for children and youth with severe emotional disturbances* (Rev. ed.). Georgetown University Child Development Center.
- Suárez-Orozco, C., Bang, H. J., & Kim, H. Y. (2011). I felt like my heart was staying behind: Psychological implications of family separations and reunifications for immigrant youth. *Journal of Adolescent Research*, *26*(2), 222–257.
<https://doi.org/10.1177/0743558410376830>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA 14-4884).
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf
- United Nations Children's Fund. (2017). *A deadly journey for children: The Central Mediterranean migration route*.
<https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Child-Alert-2017.pdf>
- United Nations Children's Fund. (2021). *Child migration and displacement*.
<https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/migration/>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *Global report on trafficking in persons 2016*.
https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2016_Global_Report_on_Trafficking_in_Persons.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *Global report on trafficking in persons 2020*.

https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTiP_2020_15jan_web.pdf

- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Williams, D. R., Lawrence, J. A., & Davis, B. A. (2019). Racism and health: Evidence and needed research. *Annual Review of Public Health*, 40, 105–125.
- <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>
- Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Gajdadziew, V., Guzun, N., Tchomarova, M., Roche, B., Morison, L., & Watts, C. (2008). The health of trafficked women: A survey of women entering post-trafficking services in Europe. *American Journal of Public Health*, 98(1), 55–59. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.108357>