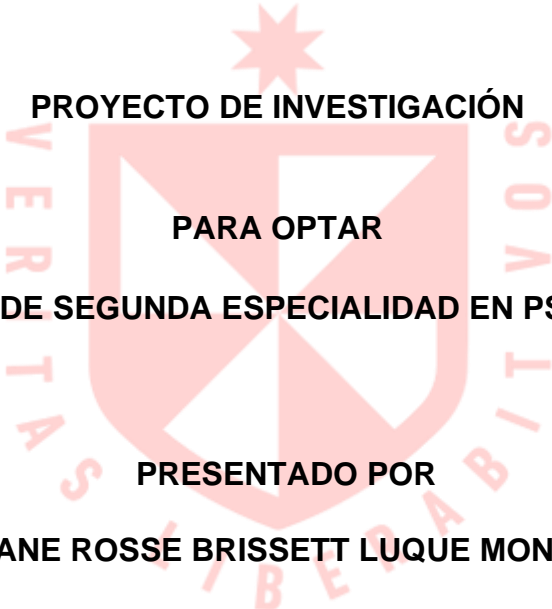


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SÍNDROME
DE ULISES EN INMIGRANTES VENEZOLANOS HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
PRESENTADO POR
HELIANE ROSSE BRISSETT LUQUE MONTOYA



ASESOR

JORGE LUIS MEDINA GUTIÉRREZ

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SÍNDROME
DE ULISES EN INMIGRANTES VENEZOLANOS HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTADO POR

HELIANE ROSSE BRISSETT LUQUE MONTOYA

ASESOR

MG. JORGE LUIS MEDINA GUTIÉRREZ

LIMA, PERÚ

2024

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SÍNDROME DE ULISES EN INMIGRANTES VENEZOLANOS HOSPITAL NACIO

AUTOR

HELIANE ROSSE BRISSETT LUQUE MONTOYA

RECuento de palabras

8990 Words

RECuento de caracteres

50158 Characters

RECuento de páginas

41 Pages

Tamaño del archivo

795.4KB

FECHA DE ENTREGA

Nov 29, 2023 8:30 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 29, 2023 8:30 AM GMT-5

● **11% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

INDICE

Portada	i
Índice	iii
Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción del problema	5
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	6
1.5 Viabilidad y factibilidad	6
1.6 Limitaciones	7
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	22
Capítulo III: HIPÓTESIS Y VARIABLE	23
3.1 Hipótesis principal	23
3.2 Hipótesis específica	23
3.3 Variables y su operacionalización	24
Capítulo IV: METODOLOGÍA	26
4.1 Diseño metodológico	26
4.2 Diseño muestral	26
4.3 Técnica de recolección de datos	28
4.4 Procesamiento y análisis de datos	28
4.5 Aspectos éticos	29

Cronograma	30
Presupuesto	31
FUENTES DE INFORMACIÓN	32
ANEXOS	36
1. Matriz de consistencia	36
2. Ficha de asistencia social	38
3. Instrumento	39

Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Hoy en día, la migración es un fenómeno común, en el que una persona abandona su lugar de residencia para poder establecerse en otra ya sea por motivos sociales o económicos. Para Ferrer et al (1) la persona que inmigra va a presentar diversas variaciones en su vida, tanto en el plano individual, como en el socio-cultural, los cuales determinarán su inserción a la sociedad que lo recibe, así mismo también influirá en la adaptación a su lugar de origen cuando vuelva por los motivos necesarios.

Es preciso mencionar que durante este proceso existen diversos aspectos relacionados que influyen en el individuo, afectando sus conductas, comportamientos y actitudes, estos se enfocan directamente a factores sociodemográficos como sexo, condición socioeconómica, edad, educación, trabajo, religión, estado civil, tamaño de familia, entre otros, que generan cambios significativos en su estado mental.

A nivel internacional, Jurado et al (2), sostuvo en la investigación EMPIRIC, elaborada en Inglaterra, que los trastornos mentales fueron predominantes en individuos del sexo masculino de origen irlandés y pakistaní, con edades oscilantes entre 35 y 54 años, de igual manera en féminas en el rango de edad de 55 a 74 años, de origen indio y pakistaní, a diferencia de los grupos con mismo sexo y edad, pero de etnia blanca. Diversos factores influyeron en la posibilidad de presentar enfermedades psiquiátricas en los diversos grupos de migrantes, además de los ya mencionados, también se describen la facilidad de aprender el nuevo idioma, el lugar de origen, el estado previo de salud, historia previa de discriminación, el proceso de aculturación y el

tiempo de permanencia en el país de acogida, los cuales pueden producir progresivamente un deterioro del estado de salud previo aparentemente “óptimo” del migrante. Esta situación suele ser frecuente debido a que los inmigrantes en algunos casos son vistos como un problema social o una amenaza desde un enfoque social a la fuerza laboral del país donde residen.

Asimismo, Alegría et al (3)., sostuvo que en Estados Unidos, los factores contextuales, incluido el contexto familiar y del barrio; la posición social de un inmigrante; experiencias de apoyo social y exclusión social; competencia y habilidad lingüísticas; y la exposición a la discriminación y el estrés aculturativo, influyen aún más en la relación entre inmigración y salud mental, reconociéndose especialmente la emigración en Estados Unidos, donde de un grupo de 150 migrantes mexicanos que vivieron en una zona no tradicional, el 68% desarrolló ansiedad y depresión, por otro lado, se observó que de los emigrantes asiáticos más del 45% experimentaron estrés por discriminación y un 20% de estrés legal.

Por su parte, Achotegui (4) sostuvo en trabajos elaborados en España, que los migrantes Hispanoamericanos presentaban un estado deficiente de salud mental comparado con la población española, asociándose como principales factores el sexo femenino, no hay predilección por grupo étnico, afecta de igual forma a viudos, divorciados o separados, bajo nivel educativo, baja posición socioeconómica, límites de idioma, menor apoyo social y desempleo. Dentro de este grupo también se ha reconocido a la población proveniente de marroquíes, sin embargo, se reconoció que en el año 2005 el gobierno realizó una política para brindar residencia legal a 5 000 000 de migrantes, de los cuales el 81% estuvo con síndrome de Ulises, que posterior al decreto fue descendiendo raudamente.

Salaverria et al (5) elaboró una investigación en una población de 65 inmigrantes residentes en el País Vasco de Guipúzcoa, perteneciente a España, evidenciando altos niveles de estrés migratorio y sintomatología positiva en los inmigrantes, así como déficit de autoestima. De igual forma se evidenció que aquellos inmigrantes

con irregularidades en su situación contaban con menor apoyo de sus familias, déficit económico y mayor estrés migratorio.

Respecto al contexto regional, en Latinoamérica, existen pocas investigaciones referentes al Síndrome de Ulises, sin embargo, Moya et al (6)., elaboró estudios en México, en el cual identificó dificultades en los migrantes relacionados con el nivel social, duelo familiar, factores de riesgo físicos y emocionales. Por lo tanto, este autor demuestra que el Síndrome de Ulises está presente en algunos migrantes centroamericanos, especialmente provenientes de El Salvador, Nicaragua y Honduras.

Por otro lado, Caicedo (7) mencionó que existe deterioro de la salud mental en migrantes cubanos que se trasladan hacia México, dado que representa cambios radicales a nivel cultural a los cuales no se encuentran asociados, generando un proceso de aculturación y temor de deportación que produce ansiedad, estrés y progresivamente puede ocasionarse depresión. De la misma manera, Vidal (8). indicó que una situación similar sucede con los ciudadanos haitianos quienes por problemas especialmente económicos migran a República Dominicana y diferentes países de Latinoamérica, presentando diversas barreras, desde la aculturación, dificultad de idioma, entre otras, que los limita a obtener una mejoría en su calidad de vida en el país receptor, ocasionando severas alteraciones en su salud mental, tales como depresión, temor, angustia, ansiedad, entre otros.

En el contexto nacional, Marcone (9), sostuvo que Perú ha sido un país que siempre ha presentado uno de los menores flujos migratorios a nivel de Latinoamérica, situación que se ha mantenido por mucho tiempo, excepto casos de la migración asiática proveniente de Japón, China y parte de Europa que se dio durante la época del virreinato y la segunda guerra mundial, sin embargo, la recepción de migrantes en el país no ha sido recurrente, ni en grandes cantidades, aunque se presentaron algunos casos de rechazo, en general no se presentaron mayores indicadores relacionados a la salud mental.

En el 2016, Figueroa et al (10). informa que se produjeron 65,5 millones de migraciones en el mundo. Entre los años 1990 y 2015 se informan aproximadamente 30 millones de migrantes en Latinoamérica. Hoy en día Venezuela presenta una crisis social, económica y política, que se enfatiza en la disminución de la calidad de vida por factores económicos que limita su capacidad adquisitiva respecto a la canasta básica, al cuidado de la salud y la integridad física, ocasionando el movimiento de masas a diferentes países buscando revertir su condición, es así que dentro del intervalo temporal 2015 a 2018, alrededor de tres millones de venezolanos han dejado su país de origen, y de éste grupo 450 000 migrantes ingresaron al Perú, ubicándose como el segundo destino de alojamiento posteriormente a Colombia. Según los reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú al año 2017, se reporta la residencia de 47 481 personas venezolanas, encontrándose como departamentos con más migrantes venezolanos registrados: Lima (37 136 migrantes), La Libertad (1325 migrantes), Arequipa (945 migrantes) y Áncash (553 migrantes).

Por su parte, Mendoza y Miranda (11), señalaron que en los migrantes venezolanos en Perú han presentado un desafío considerable, situación que se ha dado de manera continua, debido a diversos factores asociados a temas sociales y culturales, esta situación ha generado impacto sobre los mismos, generando problemas sobre sus estabilidad y salud mental, aunque no existen estudios específicos sobre los mismos, se ha notado un crecimiento en la demanda de ciudadanos venezolanos a centros de salud mental.

A nivel local, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza ha presentado un crecimiento en las atenciones relacionadas a problemas de salud mental relacionados al síndrome de Ulises, cabe mencionar que las afecciones a la salud mental se han convertido es una problemática cada vez más recurrente en la actualidad, Según Blouin, Goncalves y Jave (12), el 83% de migrantes venezolanos indicó haber sentido sentimientos de tristeza, preocupación, y estrés por periodos de tiempo extendidos por factores relacionados a la familia, economía, situación legal, falta de

identificación cultural, entre otros, lo cual puede derivar consecuencias negativas y hasta mortales del paciente.

En adición, a nivel del Perú no se han realizado suficientes investigaciones que aborden la problemática relacionada a la migración y el Síndrome de Ulises, siendo lo más cercano 2 estudios realizados en el Norte del Perú referentes a determinar calidad de vida en inmigrantes venezolanos. Debido a lo descrito, es de vital importancia reconocer cuales son los principales factores que ocasionan o hacen proclive el síndrome de Ulises, de manera, que puedan generarse planes o estrategias de soporte para las personas vulnerables y simultáneamente iniciar una línea de investigación sobre una problemática que no ha sido visibilizada adecuadamente.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a Síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, enero – junio 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar los factores sociodemográficos asociados a Síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

- Fundamentar los aspectos teóricos relevantes del síndrome de Ulises.
- Evaluar el estado actual del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.
- Determinar la prevalencia en base a de los factores sociales asociados a síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.

- Determinar la prevalencia de los factores demográficos asociados a síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.

1.4 Justificación

La presente investigación se justifica en función de la información limitada y escasa profundización relacionada al fenómeno de estudio, a través de ésta se busca identificar los principales factores sociodemográficos que promueven el desarrollo del síndrome de Ulises en ciudadanos de procedencia venezolana, asimismo, la importancia de la investigación yace en generar propuestas de prevención que simplifiquen los elementos causales y permitan un tratamiento óptimo que brinde resultados satisfactorios para la salud mental del paciente, adicionalmente, se permitirá visibilizar un sector poco favorecido de la población que se encuentra en situación vulnerable. La relevancia se sostiene dado el deterioro de salud mental existente en la actualidad, cabe mencionar que a través del estudio se podrá reconocer el contexto actual y así brindar asistencia a los ciudadanos venezolanos a través de programas terapéuticos que les permitan continuar con su vida cotidiana, por otro lado, la investigación servirá como base para futuros estudios y aplicaciones prácticas.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio será viable puesto que el Director del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la jefa del Servicio de Psiquiatría y los responsables del área de archivos brindarán los permisos correspondientes para la obtención de datos necesarios y realización del presente proyecto.

Asimismo, este proyecto será factible ya que contará con los recursos humanos necesarios para su realización y será autofinanciado.

1.6 Limitaciones

- Debido a que se usará una encuesta para la recolección de datos, puede existir el sesgo de memoria por parte de los pacientes.
- Carencia de literatura actualizada relacionada al presente proyecto de investigación

Capítulo II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A nivel internacional tenemos la investigación realizada por Murillo (13), en su investigación realizada en Colombia en el año 2021, en la cual, se analizó estado de salud y sus condicionantes en inmigrantes venezolanos que radican en Medellín. La metodología aplicada fue de tipo mixta, las técnicas aplicadas fueron la entrevista y la encuesta, la muestra estuvo conformada por 23 ciudadanos de nacionalidad venezolana de 18 años a más y que cuenten con una estancia mínima en Colombia de 6 meses. Los resultados indicaron que el 53% de la muestra fue conformado por mujeres, asimismo el 47% varones, del total, 14% vivían en zonas urbanas, siendo la edad promedio 37 años, asimismo, el 59% no contaban con empleo, el 65% no contaba con seguro, el 59% se encontraban como casos o convivientes, en adición, el 88.2% tenía secundaria completa y estudios superiores, se reconoció que muchos de estos presentaban dificultades para insertarse laboralmente o conseguir estabilidad migratoria. Se concluye que los factores asociados a las dificultades para conseguir trabajo y legalizarse dentro de Colombia ocasionaron una desmejora en la salud mental, generando depresión y ansiedad.

Achótegui et al (14), en su estudio realizado en España en el 2015, donde, se tuvo como objetivo reconocer las características sociodemográficas de los inmigrantes atendidos por SAPIR, comparando cuantos desarrollaron síndrome de Ulises. La metodología de investigación fue cuantitativa, no experimental, asimismo, la muestra estuvo conformada por 1100 inmigrantes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario. Los resultados indicaron que el inmigrante promedio que

desarrolla síndrome de Ulises presenta características como ser de origen de algún país latinoamericano o subharianos, encontrarse entre los 30 o 45 años de edad, mantenerse residiendo entre 2 a 5 años en España, respecto al sexo, no se presentan diferencias notables. Se concluye el paciente que presenta síndrome de Ulises, presenta como características encontrarse entre los 18 a 44 años de edad, no existe diferencia respecto al género, es procedente de Latinoamérica o África, reside menos de 5 años en España y no cuenta con documentación, asimismo, se reconoce que el 15.6% desarrolló el síndrome, iniciando por cuadros de estrés.

Podemos citar también investigaciones como las de Livingston (15), en su trabajo sobre Género, estrés aculturativo y salud de inmigrantes caribeños en los Estados Unidos de América, del 2007, buscó evaluar la relación entre el estrés aculturativo y la salud negativa, es decir, tanto mental como físicos, y determinar si existían diferencias de género en estas relaciones estrés-salud. Se realizaron análisis estratificados por género en una muestra de 418 (hombres = 158, mujeres = 260) inmigrantes de habla inglesa (la mayoría de los cuales eran jamaquinos) que vivían en el Distrito de Columbia, Virginia y Maryland. Se realizó un estudio de tipo exploratorio, encontrando que tanto los hombres como las mujeres informaron una relación positiva entre los problemas personales y la depresión. Las mujeres inmigrantes, con crecientes problemas personales, reportaron más problemas de salud física y síntomas de depresión mientras que los inmigrantes hombres reportaron más soledad, pero menos síntomas de depresión.

En otras investigaciones podemos citar la de Miclutia (16), quien, en su trabajo sobre consecuencias de la migración, la salud mental y costes en Rumanía, llevada a cabo en 2007, buscó describir el perfil sociodemográfico y clínico de los inmigrantes que han desarrollado una enfermedad mental, además de estimar el uso de sus servicios en términos de hospitalización y analizar el impacto de los costos en el sistema de salud rumano. Se administró una entrevista semiestructurada, diseñada por los autores, a 50 inmigrantes admitidos en la Segunda Clínica Psiquiátrica Cluj-Napoca, Rumania, para investigar las siguientes áreas: estatus migratorio, condiciones de trabajo, ingresos, vivienda, seguro y asistencia social. cautiverio. La

sintomatología clínica de estos pacientes se evaluó mediante la BPRS. Se estimó el costo promedio de hospitalización por día por paciente, los costos totales de hospitalización y el copago de los migrantes por aporte personal al sistema de seguros. En los cuales se encontró que la mayoría de los pacientes eran jóvenes, solteros, sin experiencia previa en el extranjero y con pocos vínculos sociales en el país de acogida, con trabajos poco cualificados y precarios. En este grupo, 45 de 50 tenían diagnósticos de trastornos del espectro de la esquizofrenia. La duración de la hospitalización de estos pacientes fue ligeramente más corta que la hospitalización de pacientes no migrantes con el mismo diagnóstico. Los individuos de las áreas rurales tuvieron una hospitalización más prolongada que los provenientes de las áreas urbanas. Los que salieron ilegalmente del país y los que trabajaron ilegalmente tuvieron hospitalizaciones más cortas.

Por otro lado, la investigación realizada por Ponizovsky (17), comparó la angustia psicológica y sus correlatos sociodemográficos en poblaciones israelíes de inmigrantes y veteranos utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Israel, el primer estudio nacional diseñado para estimar las tasas de prevalencia de angustia psicológica y trastornos mentales en la población adulta israelí, que se llevó a cabo en 2003 y 2004, en conjunto con la iniciativa de la encuesta Mundial de Salud Mental. Se realizaron entrevistas personales con 3906 israelíes veteranos, 845 inmigrantes de la antigua Unión Soviética y 107 inmigrantes de otros países (todos los inmigrantes inmigraron después de 1989). La angustia psicológica se midió en el Cuestionario de Salud General-12. En los cuales se encontró que la angustia psicológica entre los inmigrantes de la antigua Unión Soviética fue significativamente mayor que entre los israelíes veteranos y los inmigrantes de otros lugares. Los inmigrantes de la antigua Unión Soviética tenían casi el doble de probabilidades de reportar angustia psicológica severa. Los factores asociados con la angustia psicológica fueron el género femenino, la edad superior a 50 años, estar divorciado/viudo, ser secular, tener educación superior y estar desempleado.

A nivel nacional solo contamos con un estudio, llevado a cabo en la ciudad de Chimbote por Figueroa-Quiñones (10), en el periodo de 2019, el cual determinó los

factores que determinan la salud y su impacto de vida en los migrantes provenientes del país de Venezuela quienes radican en ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote. Es un estudio de tipo transversal, con un total de 212 migrantes venezolanos reclutados por muestreo tipo bola de nieve. La calidad de vida fue evaluada con el "EQ-5D-3L" y se describieron los resultados según corresponde. Para evaluar los factores asociados a calidad de vida se emplearon regresiones lineales y regresiones ajustadas de Poisson. Obteniendo como resultados que el porcentaje de participantes afectados en su calidad de vida fue 18.4% para dolor/malestar y 68,9% para ansiedad/depresión. En cuanto a la EVA de calidad de vida, la mediana del puntaje fue 85 (RIC: 70 a 90). Los migrantes que contaban con estudios universitarios tuvieron más índice de ansiedad y depresión respecto a los migrantes que solo contaban con secundaria completa. Finalmente, se concluye en que dos tercios del total de la población venezolana estudiada, con calidad de vida limitada, tuvieron ansiedad y depresión, y un sexto de ellos presentó molestias somáticas como "dolor". Los que contaban con estudios universitarios tuvieron más índices de ansiedad y depresión.

2.2 Bases teóricas

Síndrome de Ulises

El héroe griego del mismo nombre, Ulises, enfrentó desafíos y peligros cuando fue separado de su familia, y de aquí se originó el nombre de síndrome de Ulises. "La Odisea" de Homero describe cómo Ulises, abrumado por el dolor y las lágrimas inconsolables, se sentaba durante largos períodos de tiempo frente al mar. En resumen, el gran Ulises sufrió al enfrentar desafíos y estar lejos de sus seres queridos, aunque logró grandes éxitos. Así, en la vida real, los migrantes experimentan lo mismo: traen consigo una pesada carga de tensión, agonía, pena y arrepentimiento en su búsqueda de un nivel de vida más alto. (13)

Cada migrante trae consigo un conjunto único de problemas cuando llega al lugar de acogida, por lo que cada historia y realidad es única y debe manejarse por separado desde la perspectiva de la salud mental (13).

El doctor Joseba Achotegui acuñó en España el nombre de "Síndrome de Ulises" y lo describe como el "síndrome del migrante con estrés crónico y múltiple" (14).

Hoy en día, muchas personas ven la emigración como una acción necesaria para mejorar sus condiciones de vida, por lo que, en muchos casos, el procedimiento puede generar altos niveles de estrés que obstaculizarán su capacidad de adaptación.

Actualmente, se viene dando una de las más altas crisis de migración en todo el mundo, teniendo como primera aquella originada en la segunda guerra mundial, asimismo, la población en mención debido a su vulnerabilidad, va a ser proclive a padecer el ya definido Síndrome de Ulises, también conocido como "Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple" (13).

La ACNUR (15) describe que existen más de un millón de migrantes venezolanos que arribaron a Perú, de los cuales aproximadamente cuatrocientos mil se encuentran como personas refugiadas. Debido a ello, nuestro país es segundo destino a nivel mundial en recibir a los migrantes venezolanos y el número uno en brindarles protección y asilo.

Por lo cual, al conocer el alto número de migrantes en nuestro país y al haber descrito lo relevante de las características clínicas que se pueden desencadenar en ellos, el Síndrome de Ulises va a ser considerado un real problema de salud mental no solo en nuestro país, sino en aquellos que también recepcionen migrantes.

La migración va a traer consigo una serie de cambios en la vida de cada ser humano, ya sean positivos o negativos. Respecto a lo negativo, va a significar una serie de supresiones asociadas a todo aquello dejado en su país de origen, lo cual va a significar atravesar un duelo por pérdida, desencadenándose una serie de eventos a raíz del estrés generado, que va a superar las herramientas de afronte de cada individuo (13).

Pueden describirse diversos duelos asociados con el abandono del país de origen, entre ellos el de la familia, el del área geográfica, el del idioma, el de la cultura, el

del estatus económico, el del grupo al cual pertenecían, y el de los riesgos físicos. Todos estos duelos pueden producirse en diversa intensidad en los migrantes, sin embargo, va a depender de la calidad y situación en el que se produzca la migración. Cuando la situación de migración es extrema, se producirá de igual forma un duelo extremo, originando una crisis permanente en el migrante a lo que conoce como “duelo migratorio”, característico de este síndrome (13).

Importante mencionar que no solo el idioma va a participar en la adaptación sociocultural del migrante sino también otras características. Existen países que comparten algunas características de cultura o religión, por ejemplo, cuando la migración se da en países latinos, sin embargo, a pesar de ello también van a ser vulnerables al síndrome de Ulises. (13)

Se ha demostrado que la falta de herramientas para atravesar un acontecimiento estresante en la vida puede desencadenar diversas respuestas psicopatológicas. Según lo descrito por la OMS, es el estrés un factor importante y determinante en la salud de las personas. Ellos han demostrado que la acumulación de estrés a lo largo de los años va a perjudicar la calidad de vida de cualquier ser humano, limitando un desarrollo de vida saludable y de igual forma, la salud mental, pudiendo incluso llegar a una muerte prematura. A este fenómeno se le conoce como “aculturación”, lo cual comprende los procesos sociales y psicológicos que van a atravesar los seres humanos al abandonar su lugar de origen para pertenecer a otra diferente, enfrentando a un nuevo grupo social. En este proceso de aculturación la personalidad del inmigrante va a tener un rol importante (16).

Achotegui describe que todos aquellos factores estresores a los que hacen frente los migrantes y el gran nivel de estrés al que se enfrentan va a exceder la capacidad de afronte de aquella población, lo que va a interferir de manera directa en la calidad de su salud, tanto en el aspecto físico como en el mental. El Síndrome de Ulises, también definido como el “Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple”, no va a hacer referencia a una enfermedad como tal, sino a una situación de

reactividad al estrés, un duelo de características extremas que se va a evidenciar con repercusión en la salud física y en la salud mental (14).

El duelo migratorio

Según el enfoque psicológico, la migración es descrita como un evento vital, que, como cualquier suceso en la vida de las personas, va a implicar una situación de estrés y tensión, a lo que se va a denominar duelo migratorio. Se define entonces al estrés, como una inestabilidad entre los requerimientos del ambiente y la capacidad de afronte del ser humano, así mismo, se define el duelo como un suceso en el que se desarrollan una serie de variaciones en la personalidad del individuo como respuesta a la pérdida de algo significativo para su vida. (19)

Existe una relación evidente entre ambos, lo que va a resultar en el Síndrome de Ulises, y eso se llevará a cabo, cuando las experiencias de vida a la que se enfrentan las personas van a exceder su capacidad de adaptarse a los cambios, generando como resultado un déficit en la elaboración del duelo. (19)

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple menciona el estrés como principal característica. A pesar que el Síndrome de Ulises presenta un diagnóstico diferencial al estrés, en su definición hace referencia a una respuesta reactiva al mismo, que va a tener especificaciones que lo vuelven un proceso crónico y múltiple frente a las limitaciones del evento migratorio (13).

Todos los individuos poseemos capacidades para migrar y elaborar el proceso del evento migratorio, así como el duelo consecuente que se produce. Sin embargo, el duelo migratorio es diferente a otros tipos de estrés, por lo que significará un factor de riesgo si se genera en las siguientes situaciones: Vulnerabilidad previa en el migrante, lugar receptor hostil o ambas características. (20)

No obstante, el evento de migración no va a quedar resumido al duelo migratorio, debido a que en el proceso de migración también van a evidenciarse efectos positivos. El duelo migratorio va a presentar características específicas, que permiten diferenciarlo de cualquier otro duelo: (21)

- 1) Es parcial, debido a que el lugar de origen no va a desaparecer existiendo la posibilidad de seguir contactando con él mediante internet o llamadas telefónicas.
- 2) Es recurrente, los recuerdos y vínculos afectivos respecto al lugar de origen se activan con frecuencia limitando la separación del mismo.
- 3) Está fuertemente asociado a vivencias y aprendizajes de la infancia, por lo que comprende una estructura básica en la formación de la personalidad del individuo.
- 4) Es múltiple, en el que todo el entorno de la persona va a presentar variaciones.
- 5) Influye en la identidad del inmigrante, puesto a que genera fuertes modificaciones en su personalidad. El cambio migratorio respecto al lugar, nivel social, idioma, cultura, entre otros, si es que no se dan en una persona con las herramientas adaptativas adecuadas, pueden generar una ruptura psicológica en el individuo.
- 6) Genera regresión psicológica, es decir, frente a las diversas variaciones y demandas a las que se enfrenta en migrante, se van a ver expresadas conductas infantiles, actitud de inseguridad, pérdida de la autonomía, y dependencia hacia figuras de autoridad, así mismo, frustración ante el dolor, y a las ideas sobrevaloradas sobre el nuevo ambiente.
- 7) Se da en diversas fases, según como el individuo estructure mentalmente el proceso de duelo, la negación frente al cambio, la resistencia frente a las vicisitudes a las que se enfrentan, la aceptación de la nueva realidad respecto al país receptor, y la reconciliación con ese nuevo lugar de acogida.
- 8) Es un duelo que emplea diversos mecanismos de defensa psicológicos y muchas veces ideas irracionales frente a las nuevas vivencias.
- 9) Existen emociones ambivalentes respecto al país de origen y al nuevo país receptor, es decir, se generan sentimientos de amor y enojo respecto al

vínculo afectivo con el país de origen y el proceso que se atraviesa frente al país de acogida.

10) Afecta también a la familia que queda en el país de origen. Todo individuo por naturaleza es sociable, por lo cual, al migrar algún miembro de la familia, se van a originar cambios que afectarán a todo el entorno cercano. Ambas afectaciones, tanto en la familia como en el migrante van a repercutir a la sociedad.

11) Es transgeneracional, debido a que puede continuar a las siguientes generaciones del individuo, si es que no logran la ciudadanía plena en el país receptor y los derechos que le corresponden como tal.

Se describe también un segundo duelo migratorio, que es el momento en el que el inmigrante vuelve a su país de origen, proceso en el cual también se reconoce como una nueva migración. Los diversos factores que atravesó el migrante estando fuera de su país de origen tales como el no haber logrado expectativas económicas, sumado al sentimiento de vergüenza que les genera el fracaso, impactan en el individuo de tal manera que su llegada al país de origen es con otra perspectiva hacia la vida, lo cual va a traer consigo una constante readaptación (13).

Según un informe mundial acerca de las migraciones realizado en el 2018, se evidencia el impacto negativo que trae consigo el que los migrantes vuelvan a su país de origen, a pesar de ello se han reportado gran número de retornos en la última década. (19)

El duelo migratorio va a abarcar siete esferas, las cuales son: la familia, el idioma, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos. Siendo estos elementos los partícipes, ya sea en gran o menor intensidad, de todos los procesos migratorios (13):

1. La familia: Hace referencia a la separación de los vínculos más cercanos, es decir, la familia y los amigos. En el círculo nuclear, hace referencia a la

separación de los hijos, de la esposa o pareja, y de la reagrupación familiar. También incluye la preocupación de no poder enviar dinero a sus familias del país de origen, o las mafias y guerras a las que quedan expuestos los mismos.

2. El idioma: El perder contacto con el idioma de origen y tener que iniciar uno nuevo limita la expresión de las necesidades básicas en el inmigrante. Sumado a ello, el tiempo que tomará aprender el nuevo idioma y adaptarse va a necesitar de un gran esfuerzo, al mismo va a enlentecer el proceso de relación y comunicación con los demás, dificultando así las relaciones interpersonales y el acceso a trabajos u otros requerimientos que el migrante necesita.
3. La cultura: Implica el alejarse de las costumbres, la religión, los estilos de vida y los valores practicados en el país de origen. De manera personal, va a influir respecto a las relaciones interpersonales con los demás individuos del lugar de acogida, debido a una resistencia a la nueva cultura. Por otro lado, también influirá en la limitación al acceso de recursos básicos y necesarios del nuevo país.
4. La tierra: la lejanía del espacio donde el migrante creció, sus paisajes, clima, olores y colores van a generar impacto en su adaptación al migrar a un país con diferente clima u área geográfica al previo.
5. El estatus social: la pérdida del nivel social al llegar al nuevo país ubica al inmigrante en un nivel inferior, por lo cual se encontrará en constante búsqueda de un trabajo, nuevo hogar y papeles, buscando lograr un mejor nivel social. De forma personal es grande el impacto respecto a la carencia de un hogar o un trabajo. De forma social, el migrante no contará con dinero para enviar a la familia que dejó en el país de origen, lo aqueja un sentimiento de ruina, sumado a la preocupación por las amenazas y guerras que aquejan a su familia.

6. El grupo de pertenencia. Hace referencia al grupo étnico, con el cual el migrante se identifica y se siente seguro. La pérdida del mismo genera inseguridad y angustia, generando en muchos casos conflictos familiares, sociales o laborales debido a diferentes opiniones culturales, o incluso llegar a ser víctima de racismo.
7. Los riesgos físicos. El peligro que el migrante afronta al transportarse, la indefensión y el riesgo de ser deportado o expulsado conlleva a una situación de inseguridad, perdiendo esta característica tan importante de todo individuo. En el aspecto personal, el migrante y su familia se encuentran expuestos a abusos y malos tratos. En el aspecto social implica la economía deficiente y la existencia de grandes riesgos en el ámbito laboral.

La migración va a tener un gran número de ventajas tales como las nuevas oportunidades laborales y de calidad de vida, sin embargo, también existen un gran número de vicisitudes, tensiones, y esfuerzo que corresponden al estrés o duelo migratorio. No podemos relacionar la migración únicamente con el duelo migratorio, ya que esto supondría negar la existencia de los aspectos positivos de la migración: la migración es muchas veces una solución, más que un problema; pero no deja de ser una solución que encierra en sí misma un problema.

El duelo migratorio es complejo, de superación difícil, sobre todo cuando el proceso del inmigrante arraiga un gran número de problemas sociales y personales que llegan a su ruptura emocional. Achotegui describe el duelo según su intensidad, en tres tipos: duelo simple, duelo complicado y duelo extremo:

1) Simples: vicisitudes del ambiente, de intensidad leve, que no van a interferir en el proceso del duelo migratorio.

2) Complicados: vicisitudes importantes del ambiente, que a través de un esfuerzo pueden la elaboración del duelo migratorio.

3) Extremos: limitaciones muy graves del ambiente que van a impedir el proceso del duelo migratorio.

Así mismo, Achotegui describe los estresores más importantes relacionados con el proceso de duelo migratorio, que es importante conocer:

- La separación forzada de la familia y amigos que implica una desestructuración del vínculo afectivo
- El sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades
- La lucha por sobrevivir
- El miedo y angustia que se vive durante los viajes migratorios

Todos estos importantes estresores se van a encontrar favorecidos por una serie de factores, como, por ejemplo: su intensidad, cronicidad, multiplicidad y la relevancia de los mismos, además de la pérdida de control y los déficits en redes de apoyo social (13).

Esta suma de factores, la soledad, el no lograr sus objetivos, el vivir situaciones extremas, el miedo y angustia, van a propiciar un fondo psicológico y psicosocial óptimo para que se establezca el síndrome de Ulises.

Por lo tanto, definiremos el Síndrome de Ulises no como una enfermedad, sino como un cuadro de estrés reactivo a experiencias de un duelo migratorio intenso y extremo que no puede ser establecido por las singularidades ya descritas, no obstante, en muchos casos puede llegar a ser el fondo sobre el cual se desarrollen enfermedades mentales posteriores (13).

Todos los seres humanos tenemos inherentemente cualidades para migrar y afrontar el duelo que esto representa. Nuestra ascendencia ha migrado con gran éxito a través de nuestra evolución, por lo que no debemos tratar la emigración

como una causa de patología mental, sino, como un factor de riesgo, siempre y cuando exista fragilidad física o mental previa, y si los estresores superan su capacidad de afronte (13).

La migración es un proceso que nos ha acompañado desde el origen de la humanidad y nunca fue un proceso sencillo. Cada proceso de migración va a tener sus características propias, no se puede comparar migrar en condiciones relativamente complicadas o difíciles a hacerlo bajo condiciones totalmente extremas. Y, actualmente en el siglo XXI, las condiciones para migrar son realmente difíciles (13).

El término “Síndrome de Ulises” adquiere relevancia debido a que ayuda a evitar que los inmigrantes, debido a que no existe una definición para su problema, sean víctimas de infravaloración de sus dolencias y que exista riesgo de ser mal diagnosticados solo como trastornos adaptativos o depresivos (13).

La dilatación del sufrimiento y estrés intenso perjudicará de tal manera la personalidad del inmigrante, evidenciándose en él diversas características clínicas, tales como: depresión, ansiedad, somatizaciones, confusiones, entre otros. Ello trae a mención recordar un episodio en “La odisea” en el cual Ulises le dice a Polifemo que su nombre es “nadie” (13).

Clínica

El síndrome de Ulises aborda características clínicas que involucran 5 áreas específicas (13):

1. Área depresiva. Es aquella que está relacionada con los vínculos abandonados en el país de origen, la frustración por el fracaso, sentimientos de culpa por abandonar a la familia, la separación de la misma, la baja autoestima. Los síntomas depresivos serán más frecuentes en aquellas personas que viven solas que en aquellas que vivan o se acompañen de algún familiar, tales como pareja o hijos; por lo tanto, podemos decir, que la familia será un factor protector y la soledad un importante factor de riesgo.

El síntoma que más se evidencia y el más importante en el proceso de duelo es la tristeza. Frente a esta tristeza por pérdida, va a ser importante el apoyo y soporte psicológico, en búsqueda de una reconciliación entre el pasado y el presente del migrante. Aprender a aceptar la pérdida será el reto para ellos para poder seguir adelante.

A pesar de encontrar síntomas depresivos, no podremos diagnosticar depresión ya que no habrá criterios suficientes. No suele haber conductas autolesivas, abulia o apatía.

2. Área de ansiedad. El migrante va a experimentar síntomas ansiosos principalmente en la toma de decisiones, al encontrarse en un país diferente al propio. Los síntomas incluyen: preocupaciones extremas y recurrentes, insomnio, intranquilidad y nerviosismo e irritabilidad. El exteriorizar la ansiedad también se va a ver influida por la cultura de cada migrante, por ejemplo, los inmigrantes árabes manifiestan su ansiedad como impaciencia y protesta; debido a la formación que reciben los varones en su cultura, es probable presentar una personalidad impulsiva con menor tolerancia a la frustración.
3. Área de somatización. Respecto a esta esfera, los inmigrantes presentan síntomas somatomorfos y somáticos, es decir, síntomas de tipo psicológicos asociados a enfermedad física. Dentro de los cuales, los más evidenciados son las cefaleas y la fatiga, y con menos frecuencia síntomas osteoarticulares y abdominales. Las áreas se ven potenciadas entre sí, por ejemplo, el insomnio potencia la aparición de cefalea y fatiga, y la tristeza va a disminuir la tolerancia al dolor.
4. Área confusional. Hace referencia especialmente a la confusión en espacio y tiempo, despersonalización, problemas en la concentración y memoria. Es el área menos frecuentemente evidenciada. La confusión se ve fomentada por los bloqueos emocionales que el migrante realiza respecto a los problemas con los que se enfrenta para no generar sufrimiento en su familia. Otro factor que influye a la confusión temporoespacial es el cambio brusco de cultura, los lugares de referencia, el idioma, las nuevas experiencias y los recuerdos constantes.

5. Área cultural. Desde este enfoque, existen creencias y valores propias de cada grupo social, que van a influir en el desarrollo de la salud y enfermedad de cada individuo. Estas características también influyen en cómo los individuos interpretan los orígenes de muchos males, tal es así, por ejemplo, que en ciertas comunidades atribuyen su mala suerte a la brujería o el mal de ojo.

Muchos de los síntomas dependerán de la edad y el desarrollo de cada individuo, por ejemplo, en los preescolares puede manifestarse ansiedad por separación o insomnio, como respuesta a su mecanismo evitativo de situaciones desconocidas y nuevas. Otras características clínicas en ellos son el miedo o terror, la enuresis nocturna, o en casos más complejos presencia de conducta agitada o desorganizada.

Respecto al grupo adolescente, las características clínicas serán similares a la población adulta. Una diferencia podría ser, que los adolescentes tienden a tener una conducta más impulsiva y agresiva (13).

Intervención

Inicialmente es fundamental brindar soporte social, debido a los limitantes que encuentra el migrante en el país de acogida. Es importante tener en cuenta que no nos encontramos frente a un diagnóstico de depresión como tal, sino a un síndrome, que abarca un conjunto de características clínicas propiamente dichas. (19)

Por tal razón, se requiere un grupo profesional debidamente capacitado para abordar el síndrome en mención. Durante la intervención, es de suma importancia ser totalmente cuidadoso con las bases culturales del migrante, manteniendo en todo momento el respeto hacia él (13).

Según lo establecido por Achotegui, el manejo debe tener principal énfasis en la educación y soporte emocional, debido a ello, el trabajo terapéutico en el Síndrome de Ulises va a ser multidisciplinario, el cual comprenderá psicólogos, psiquiatras o médicos, trabajadores sociales, y líderes de comunidad (13).

A pesar de lo mencionado, el manejo de estos grupos humanos es un trabajo complicado, ya que los migrantes u otros grupos humanos similares tiene altas tasas de incumplimiento y abandono del tratamiento en el área de salud mental. Este suceso, además de mostrarnos las dificultades de atención a este grupo humano, nos muestra las deficiencias de los programas establecidos para el manejo de dicho síndrome (13).

2.3 Definición de términos básicos

BPRS: Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (11).

CdV: Calidad de vida relacionada con la salud (4).

EVA: Escala visual análoga, la cual permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores (4).

EQ-5D-3L: European Quality of Life-5 Dimensions on three levels: Calidad de Vida Europea-5 Dimensiones en tres niveles. Sistema descriptivo que abarca 5 áreas o dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada área cuenta con 3 niveles: sin problemas, algunos problemas y problemas extremos (4).

RIC: Rango intercualítico, se le llama así a la diferencia entre el tercer y el primer cuartil de una distribución. Es una medida de la dispersión estadística (4).

ACNUR: Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (15).

Capítulo III: HIPÓTESIS Y VARIABLE

3.1 Hipótesis principal

Existe ascendencia en la tasa de síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos al ser expuestos a factores sociodemográficos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.

3.2 Hipótesis específica

La discriminación es el principal factor social que ocasiona el síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.

El factor económico es el principal factor demográfico que ocasiona el síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.

3.3 Variables y su operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS Y SUS VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Síndrome de Ulises	Síndrome caracterizado por estrés, ansiedad, depresión en emigrantes por dificultad para adaptarse.	Cualitativa	Ansiedad Depresión Somatización Confusional Cultural	Nominal	Presencia Ausencia	Historia clínica
Edad	Tiempo vivido por una persona partiendo del nacimiento.	Cuantitativa	Años	Intervalo	18 – 59	Historia clínica
Sexo	Asignación biológica característica de un individuo por sus órganos sexuales.	Cualitativa	Sexo biológico	Nominal	Hombre Mujer	Historia clínica
Jornada laboral	Tiempo que una persona trabaja en un plazo determinado.	Cuantitativa	Horas por día	Intervalo	4 – 12	Historia clínica

Nivel económico	Ingresos económicos obtenidos por una persona.	Cuantitativa	Ingreso económico familiar	Intervalo	<1050 >2500	Historia clínica
Estado civil	Situación jurídica relacionada a las relaciones interpersonales.	Cualitativa	Registro civil	Nominal	Soltero Conviviente Casado Divorciado	Historia clínica
Grado de instrucción	Nivel académico concretado por el individuo.	Cualitativa	Registro en cédula	Ordinal	Nulo Primaria Secundaria Superior	Historia clínica
Seguro de salud social	Atención médica brindada por el Estado.	Cualitativa	Registro MINSA	Nominal	SI NO	Historia clínica

Capítulo IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

La investigación se desarrolló mediante el diseño cuantitativo, dado que los datos recopilados son numéricos, los cuales, serán examinados a través de métodos matemáticos y estadísticos, por otro lado, de acuerdo a la intervención del investigador, es observacional, ya que se realizará mediante la observación de las variables en su estado regular, sin generar alteraciones relacionadas al entorno en el cual se desarrollan, asimismo, en función del número de mediciones para las variables, es retrospectivo, considerando que se toman datos ya sucedieron y transversal, dado que, se dan en un momento específico, finalmente, según el tipo es analítica, ya que relaciona a las variables de estudio.

4.2 Diseño muestral

Población universal

Pacientes de nacionalidad venezolana atendidos por el servicio de psiquiatría en consulta externa del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo enero – junio, 2021.

Población de estudio

Todos los pacientes de nacionalidad venezolana atendidos por el servicio de Psiquiatría en consulta externa del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de enero a junio, 2021.

Muestra

Debido a que se conoce la población de estudio, se procede a aplicar la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

N = Población o universo

Z = Valor del nivel de confianza

p = Proporción de individuos que poseen las características del estudio

q = Proporción de individuos que no poseen las características del estudio

e = Porcentaje o margen de error

Los valores de la fórmula son los siguientes:

N= 240

Z= 95% --- 1,96

p= 50% --- 0,5

q = 50% --- 0,5

E= 5% --- 0,05

Reemplazando:

$$n = \frac{240*(1.96^2) *(0.5*0.5)}{(0.05^2) *(240-1) +(1.96^2) *(0.5*0.5)}$$

n= 148

La población estuvo conformada por 240 pacientes venezolanos atendidos por el Servicio de Psiquiatría en consulta externa del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, del cual se obtuvo una muestra a través de la aplicación de la fórmula estadística de 148 pacientes.

Muestreo

El muestreo aplicado es probabilístico aleatorio, considerando que cada uno de los pacientes tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos para formar parte de la muestra de estudio.

Criterios de inclusión

Pacientes de nacionalidad venezolana.

Pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría.

Pacientes atendidos durante el periodo enero – junio, 2021.

Pacientes de entre 18 a 59 años.

Criterios de exclusión

Pacientes con diagnósticos psiquiátricos previos diferentes al síndrome de Ulises.

Pacientes con datos clínicos insuficientes.

4.3 Técnica de recolección de datos

El instrumento a aplicar en la presente investigación es la ficha de datos, la cual, consta de dos partes, la primera, con datos generales que corresponden al nombre del paciente y datos sociodemográficos inscritos en la misma, en la segunda parte, se establecerán ítems que se relacionen a la sintomatología del síndrome de Ulises, como factores asociados a la depresión, ansiedad, entre otros.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El procedimiento para el procesamiento de datos se realizará mediante la organización de los datos recopilados a través de las historias clínicas, los cuales, serán consolidados en tablas de doble entrada, que posteriormente serán ingresadas al programa SPSS V22, donde se realizará el análisis estadístico, donde se reconocerá la significancia y la validación de la hipótesis mediante el Chi – cuadrado al 95% de nivel de confianza.

4.5 Aspectos éticos

Respecto a las consideraciones éticas se ha cumplido con los lineamientos éticos requeridos por la normativa de la casa de estudio, asimismo, se mantuvo respeto por la propiedad intelectual, ya que se citó a través de Vancouver a todos los autores que han servido de aporte para la presente, reduciendo así cualquier posibilidad de plagio, asimismo, se presentará un documento escrito, donde se solicite al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el acceso a las historias clínicas de los pacientes dentro del periodo determinado y no se requiere del consentimiento informado por ser un estudio retrospectivo basado en recolección de datos de expedientes médicos o archivos. Los investigadores manifiestan su compromiso de salvaguardar la confidencialidad y la identidad de las personas que son fuente de origen de los datos.

Cronograma

Meses Fases	2021 - 2022							
	Dic	Ene	Feb	- Oct	Nov	Dic	Ene	
Aprobación del título	X			/				
Redacción del proyecto		X		/				
Recopilación de datos			X	/				
Elaboración del informe				/ X				
Levantamiento de las observaciones				/	X			
Aprobación del proyecto				/		X		
Publicación del estudio				/			X	

Presupuesto

Para desarrollar la investigación se requieren determinados recursos que permiten su desarrollo, entre estos se identifican los siguientes, cada uno respectivamente con su valor económico.

Recursos	Monto (soles)
Computadora	S/. 2500.00
SPSS	S/. 800.00
Internet	S/. 100.00
Impresiones	S/. 50.00
Pasajes	S/. 250.00
TOTAL	S/. 3700.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ferrer R, Palacio J, Hoyos O, Madariaga C. Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales. *psicol desde caribe*. [Internet]. 2014 marzo [citado 21 de enero del 2022]; 31 (3), 557–76. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000300009
2. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017; 10 (1): 45–58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-factores-asociados-malestar-psicologico-o-S1888989116300209>
3. Alegría M, Álvarez K, DiMarzio K. Inmigración y salud mental. *Curr Epidemiol Rep*. 2017; 4 (2): 145–55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5966037/>
4. Achotegui, J. Migrants Living in Very Hard Situations: Extreme Migratory Mourning (The Ulysses Syndrome). *Psychoanalytic Dialogues*. [Internet]. 2019 julio [citado 22 de enero del 2022]; 29 (3), 252 – 268. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10481885.2019.1614826>
5. Salaverria K. y Del Valle Sánchez, A. Estrés migratorio y salud mental. *Psicol Conductual*. 2017;25(2):419–32. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320432404_Estres_migratorio_y_salud_mental
6. Moya E, Chavez S, Esparza O, Calderón L, Castañeda E, Villalobos G. El Síndrome de Ulises en inmigrantes económicos y políticos en México y Estados Unidos. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*. 2016; 5, 11-50. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305731421_El_Sindrome_de_Ulises_en_inmigrantes_economicos_y_politicos_en_Mexico_y_Estados_Unido

s Ulysses Syndrome in economical and political migrants in Mexico and the United States

7. Caicedo, M. Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos. Más que una paradoja. Investigaciones sociales. [Internet]. 2019 marzo [citado 21 de enero del 2022]; 1 (1), 1 – 5. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v83n3/2594-0651-rms-83-03-777.pdf>
8. Vidal, A. Migración y salud mental en la República Dominicana. Salud y Migración. [Internet]. 2019 junio [citado 22 de enero del 2022]; 1 (1), 15 – 18. https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/revista_salud_regional_segunda_edicion.pdf
9. Marcone, M. El Perú y la inmigración europea en la segunda mitad del siglo XIX. Historica, [Internet]. 2019 mayo [citado 23 de enero del 2022]; 16 (2), 1 – 26.
10. Figueroa-Quiñones J, Cjuno J, Ipanaqué-Neyra J, Ipanaqué-Zapata M, Taype-Rondan A. Calidad de vida de migrantes venezolanos en dos ciudades del norte del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet]. 2019 mayo [citado 22 de enero del 2022]; 36(3):383–91. Disponible en: <https://rpmpesp.ins.gob.pe/index.php/rpmpesp/article/view/4517>.
11. Mendoza, W. y Miranda, J. La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. [Internet]. 2019 setiembre [citado 23 de enero del 2022]; 36(3): 1 – 18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000300497
12. Blouin, C., Goncalves, M. y Javes, I. A Qualitative Study of the Health Perceptions in the Venezuelan Immigrant Population in Medellín (Colombia) and Its Conditioning Factors. Diagnóstico rápido. Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del

Perú y ACNUR. [Internet]. 2019 noviembre [citado 12 de noviembre del 2022].

13. Murillo-Pedrozo AM, Martínez-Herrera E, Ronda-Pérez E, Agudelo-Suárez AA. A qualitative study of the health perceptions in the Venezuelan immigrant population in Medellín (Colombia) and its conditioning factors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 22 de enero de 2022];18(8):3897. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33917688/>
14. Achótegui, J., López, A., Morales, M., Espeso, D. y Achótegui, A. Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPIR in Barcelona. *Norte de salud mental*. [Internet]. 2019 marzo [citado 12 de noviembre del 2022]; 8 (52): 70 – 78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5191741>
15. Livingston L., Neita M, Riviere L, Livingston SL. Gender, acculturative stress and Caribbean immigrants' health in the United States of America: an exploratory study. *West Indian Med J* [Internet]. 2007 [citado el 22 de enero de 2022];56(3):213–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18072399/>
16. Miclutia I, Junjan V, Popescu CA, Tigan S. Migration, mental health and costs consequences in Romania. *J Ment Health Policy Econ* [Internet]. 2007 [citado el 22 de enero de 2022];10(1):43–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17417046/>
17. Ponizovsky AM, Radomislensky I, Grinshpoon A. Psychological distress and its demographic associations in an immigrant population: findings from the Israeli National Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2009 [citado el 22 de enero de 2022];43(1):68–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19085530/>
18. Fernández JC, Universidad Nebrija, Domínguez NZ, Miralles F, Universidad Católica de Murcia, Universidad San Pablo CEU. El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. *Rev Estud Secur Int* [Internet]. 2020 [citado el 29

de enero de 2022];6(1):101–17. Disponible en:
<https://seguridadinternacional.es/resi/html/el-sindrome-de-ulises-el-estres-limite-del-inmigrante/>

- 19.** Achotegui J. MIGRACIÓN Y SALUD MENTAL EL SÍNDROME ULISES [Internet]. Wordpress.com. [citado el 29 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://hiaucb.files.wordpress.com/2014/03/sindrome-de-ulises-final.pdf>
- 20.** De las Naciones Unidas para los Refugiados AC. Perú [Internet]. UNHCR. [citado el 29 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www.acnur.org/peru.html>
- 21.** Vista de El Síndrome de Ulises en inmigrantes económicos y políticos en México y Estados Unidos [Internet]. Proeditio.com. [citado el 29 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/1331/pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de la investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Metodología	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
<p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a Síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, enero – junio 2021?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar los factores sociodemográficos asociados a Síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.</p>	<p>H.G.:</p> <p>Existe ascendencia en la tasa de síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos al ser expuestos a factores sociodemográficos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.</p>	<p>Diseño: Cuantitativo</p> <p>Intervención del investigador: Observacional</p> <p>Según el número de mediciones: Retrospectiva</p> <p>Tipo: Analítica</p>	<p>Población</p> <p>240 historias clínicas de pacientes venezolanos</p>	<p>Instrumento:</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fundamentar los aspectos teóricos relevantes del síndrome de Ulises. - Evaluar el estado actual del síndrome de 	<p>H.E.:</p> <p>- La discriminación es el principal factor social que ocasiona el síndrome de Ulises en inmigrantes</p>		<p>Muestra:</p> <p>148 historias clínicas de pacientes venezolanos</p>	<p>El procesamiento de datos se realizará mediante la organización de la data recopilados a través de las historias clínicas, los cuales, serán consolidados en</p>

	<p>Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.</p> <p>-Determinar la prevalencia en base a de los factores sociales asociados a síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.</p> <p>-Determinar la prevalencia de los factores demográficos asociados a síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.</p>	<p>venezolanos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.</p> <p>- El factor económico es el principal factor demográfico que ocasiona el síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2021.</p>			<p>tablas de doble entrada, que posteriormente serán ingresadas al programa SPSS V22, donde se realizará el análisis estadístico.</p>
--	---	--	--	--	---

2. Ficha de asistencia social

El estudio requiere de la obtención de datos sociodemográficos útiles para la investigación, los cuales, serán adquiridos a través de la ficha de asistencia social.

Nombre del paciente	
Especialidad médica	
Ítems	Valores
Edad	18 – 59
Sexo	Femenino / Masculino
Estado civil	Soltero / Casado / Conviviente
Tiene hijos	Si / No
Tenencia de vivienda	Propia / Alquilada
Aproximado de ingresos mensuales	Menor o igual a 1500 1500 – 2000 2001 – 2500 2501 – 3000
Jornada de trabajo	8 – 12

3. Instrumento

Escala de vulnerabilidad y estresores asociado al duelo migratorio (Escala de Ulises):

	Vulnerabilidad		Estresores	
Duelo por la familia	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por la lengua	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por la cultura	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por la tierra	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por el estatus social	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por los riesgos físicos	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	

Recuento			
	Simples	Complicados	Extremos
Vulnerabilidad			
Estresores			
Duelos			

Observaciones	
Factores protectores	
Factores culturales	
Factores agravantes	
Factores subjetivos	
Otros factores	
Comentarios generales	