

## El síndrome del inmigrante con duelo migratorio extremo: el síndrome de Ulises. Una perspectiva psicoanalítica

### The syndrome of the immigrant with extreme migratory grief - the Ulysses syndrome. A psychoanalytic perspective

Joseba Achotegui

Universidad de Barcelona

#### Resumen

Se aplica el concepto de duelo migratorio a las migraciones en situación extrema del siglo XXI en las que la soledad forzada, la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia, la indefensión, el miedo generan un duelo migratorio extremo, el síndrome de Ulises. Se pasa revista al concepto de duelo, de duelo migratorio y al duelo migratorio en situación extrema. Se plantea que el síndrome de Ulises no es un trastorno mental, sino que es como la caña que se dobla al viento, pero no se rompe. Las migraciones del nuevo milenio que comienza nos evocan los textos de la literatura griega de Homero. Como el episodio en el que Ulises le ha de decir al gigante Polifemo que su nombre es Nadie. Pero si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad, ni autoestima, ni integración social y así tampoco puede haber salud mental.

**Palabras clave:** duelo, duelo migratorio, duelo migratorio extremo-síndrome de Ulises

#### Abstract

The concept of migratory mourning is applied to migrations in an extreme situation of the 21st century in which forced loneliness, the absence of opportunities, the struggle for survival, helplessness, fear generate an extreme migratory mourning, the Ulysses syndrome. The concept of grief, migratory grief and migratory grief in extreme situations is reviewed. It is argued that Ulysses syndrome is not a mental

---

Exsecretario general reelecto de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Profesor Titular de la Universidad de Barcelona. Director del Postgrado On line y/o semipresencial "Salud mental e intervenciones psicológicas en inmigrantes, minorías y excluidos sociales" de la Universidad de Barcelona en colaboración con la Universidad de Berkeley y la Universidad París V. Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona. Cofundador de la Red Atenea, Red global de ayuda psicológica y psicosocial a inmigrantes en situaciones extremas. Blog "Salud mental en tiempos difíciles" en el diario "Público" (<http://blogs.publico.es/joseba-achotegui/>). Editor del *International Journal of Migration and Communitarian Perspective* y de Ediciones el Mundo de la mente

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse al autor a [jachoteguil@gmail.com](mailto:jachoteguil@gmail.com). <https://josebaachotegui.com/>

disorder, it is like the reed that bends in the wind but does not break. The migrations of the new millennium that are beginning evoke the texts of Homer's Greek literature. Like the episode in which Ulysses has to tell the giant Polyphemus that his name is Nobody. But if to survive you have to be nobody, you have to be permanently invisible, there will be no identity, no self-esteem, no social integration and thus there can be no mental health either.

**Keywords:** grief, migratory grief, extreme migratory grief, Ulysses syndrome

### Contexto actual de las migraciones en situación extrema

Las barreras, los muros que tratan de impedir las migraciones se han ido extendiendo en los últimos años en todo el planeta: los muros de Ceuta y Melilla entre España y Marruecos, el muro de la frontera entre México y Estados Unidos, el muro entre Noruega y Rusia,

Estos muros más allá de su acción disuasoria se han convertido en un símbolo que muestra claramente las dificultades para emigrar que padecen las personas de bajos recursos de gran parte del mundo, que ven mermado el derecho a emigrar, un derecho reconocido explícitamente y sin ambages en el artículo 13 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)

Obviamente tener que superar estos muros y todas las barreras legales y sociales que bloquean las migraciones en el mundo de hoy genera una enorme tensión y sufrimiento en los inmigrantes. Además, las circunstancias actuales de la pandemia COVID-19 no han hecho sino incrementar las dificultades de las migraciones. Podríamos decir, sin temor a equivocarnos, que los muros se han hecho aún más altos

Es a esta situación a la que me voy a referir en este texto, abordando el estudio de las vivencias psicológicas de los inmigrantes en estas situaciones extremas. Esta exposición se basa en mi trabajo como fundador y director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) en el puerto de Barcelona desde el año 1994. El trabajo asistencial y de investigación en este servicio, en un centro ubicado en hospital creado por los jesuitas, enclavado en una de las puertas más importantes de entrada de inmigrantes a Europa me ha permitido conocer de primera mano las vivencias de los inmigrantes

De este trabajo terapéutico y de investigación de más de 25 años ha surgido el planteamiento del síndrome de Ulises, o síndrome del inmigrante con duelo migratorio Extremo al observar cómo sobre todo a partir del año 2000 se han ido incrementando enormemente las dificultades para emigrar: muros, violencia en los viajes migratorios (especialmente para las mujeres), soledad, indefensión, miedo exclusión social radical, racismo... una mezcla de factores muy problemática para la salud mental de cualquier ser humano.

## **Duelo migratorio: la aplicación del concepto de duelo a la migración**

### **Concepto de duelo. una relevante y fecunda aportación del psicoanálisis a las ciencias de la salud mental y la psicopatología**

El concepto de duelo es una de las más relevantes y fecundas aportaciones del psicoanálisis a la psicología y a la salud mental, es un concepto que posee una enorme robustez desde la perspectiva de la salud mental y la psicopatología por lo que ha trascendido ampliamente el campo del psicoanálisis e impregnado toda la psicología clínica.

No es mi intención aquí analizar en profundidad el concepto de duelo porque no es este el objeto de este artículo, pero sí que es relevante intentar acotarlo para ver cómo se traslada al campo de la migración y la salud mental.

Al hacer referencia al origen del concepto de duelo obviamente es obligado hacer mención al seminal texto de Freud escrito en 1915 y publicado en 1917 (Freud, 1917/1972). En este breve, pero intenso texto, Freud analiza uno de los puntos cardinales de las diferencias entre el área de la salud mental y el área de la psicopatología, porque plantea que no es lo mismo el duelo sano que el duelo patológico. Y este es un punto muy relevante en la psiquiatría del siglo XXI porque estamos viendo que existe una gran tendencia a la medicalización y psiquiatrización de aspectos de la vida cotidiana como la tristeza, justamente la idea que planteo va en esta línea de diferenciar duelo de trastorno mental.

Freud plantea en este texto (1917/1972) que el duelo es “un afecto normal paralelo a la melancolía” (p. 2091), aunque señala a continuación que no existe en psiquiatría un concepto claro y unívoco de qué es la melancolía ya que existen diversas formas clínicas de melancolía.

Para Freud “el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado, o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.” (p. 2091). Sin embargo, señala, algunas personas con predisposición morbosa dan lugar a una melancolía mientras que el duelo se considera una reacción normal que no requiere tratamiento porque tiende a desaparecer solo.

En relación a la melancolía señala que la diferencia es sobre todo “la disminución del amor propio... que se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo” (p. 2091).

Plantea que tanto el duelo como la melancolía suponen una retirada del interés por el mundo externo y “el apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido” (p. 2092). Y Freud señala que si este estado tan alterado del funcionamiento mental “no nos parece patológico es tan solo porque nos lo explicamos perfectamente” (p. 2092)

A continuación, Freud analiza en qué consiste el trabajo del duelo y señala que se trata de que la libido abandone todas las ligaduras con el objeto amado, lo cual requiere tiempo y gran gasto de energía porque “cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido” (p. 2092). Considero que este planteamiento

de Freud es sumamente relevante, es uno de los mejores textos clínicos del psicoanálisis, porque nos explica por qué el sujeto en duelo se halla ensimismado, absorto en su mundo interno, ya que debe elaborar, destejer y tejer de nuevo cada una de las vinculaciones relevantes con el objeto perdido. Y eso explicaría también por qué a veces es sujeto no es capaz de reestructurar la relación con el objeto perdido y sucumbe en el trastorno mental o en el suicidio, incapaz de seguir la vida sin el objeto perdido

Tras analizar el duelo, Freud pasa a analizar la melancolía y señala que en esta en ocasiones no se logra ver qué es lo que realmente se ha perdido y plantea que la pérdida es inconsciente, a diferencia del duelo en el que la pérdida es claramente consciente. La otra diferencia que señala Freud es la extraordinaria disminución del amor propio, del Yo. “En el duelo el mundo aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto. En la melancolía es el yo lo que ofrece estos rasgos a la consideración del paciente” (p. 2093).

En la melancolía una parte del Yo se sitúa enfrente a otra que sería la conciencia moral. Sin embargo, en realidad los reproches van dirigidos al objeto amado pero han sido vueltos contra el propio Yo “la mujer que compadece a su marido por hallarse ligado a un ser tan inútil como ella, reprocha en realidad la marido su inutilidad” (p. 2094).

Señala también que “la melancolía comparte con el duelo el carácter de desaparecer al cabo de cierto tiempo, sin dejar tras de sí grandes modificaciones” (p. 2097)

Señala también la peculiar característica de la melancolía de convertirse en manía.

Considera también que “las causas estimulantes de la melancolía son más numerosas que las del duelo, el cual solo es provocado en realidad por la muerte del objeto. Trábanse así en la melancolía infinitos combates aislados en derredor del objeto, combates en los que el amor y el odio luchan entre sí: el primero para desligar a la lívido del objeto y el segundo para evitarlo” (p. 2099).

Y concluye “el duelo mueve al yo a renunciar al objeto comunicándole su muerte y ofreciéndole como premio la vida para decidirle: así disminuye cada uno de los combates provocados por la ambivalencia (p. 2100).

Podemos sintetizar el planteamiento freudiano señalando que sostiene que en la situación de duelo la persona ha de tejer y destejer las relaciones con el objeto que ya no está, razón por la que se ensimisma y aísla, para desarrollar el llamado trabajo del duelo

También Melanie Klein desarrolla el concepto de duelo y como planteé en mi tesis doctoral (Achoategui, 1990) Melanie Klein plantea en su texto “El duelo en relación con los estados maniacodepresivos” (1940/1977) que el objeto del duelo en el niño es el pecho de la madre, conduciendo su elaboración a la posición depresiva que tiene lugar, antes, durante y después del destete. Melanie Klein señala que la pérdida del pecho de la madre que ha proporcionado al niño amor, bondad y seguridad es percibido por el niño como el resultado de su voracidad y de los impulsos destructivos. Ante esta gran ansiedad se ponen en marcha intensas defensas maníacas, hasta el punto que la psicoanalista vienesa llegará a plantear la existencia de una posición maníaca, que luego incluirá dentro de la posición esquizoparanoide.

Considera Melanie Klein (1961/1979) que la defensa maníaca ante el duelo surge como un paso hacia la creciente capacidad del yo de soportar la depresión y que estos procesos

son inherentes al desarrollo normal. Insiste en que si los logros de la vida adulta son vividos como triunfos sobre los primitivos objetos conducen a la culpa y a dificultades psicológicas en vez de a satisfacciones. Sin embargo, considera que el triunfo del sujeto sobre sus objetos implica su deseo de someterlos y le conduce así a la desconfianza y a sentimientos de persecución. Por lo que es muy importante la elaboración del duelo en el marco de la posición depresiva.

### **El duelo migratorio**

El concepto de duelo migratorio sería obviamente una aplicación de base deductiva del concepto de duelo psicoanalítico que he planteado en el apartado anterior, al campo de la psicología de la migración, teniendo en cuenta las características de los procesos migratorios que poseen aspectos específicos en diferentes momentos históricos. No son lo mismo las migraciones en patera desde las costas del centro de África a Europa que los viajes en los grandes transatlánticos de principios del siglo XIX a América desde los puertos europeos

En mis desarrollos sobre el concepto del duelo migratorio (Achotegui 1999) he planteado que posee toda una serie de características, de las que voy mencionar las más importantes a continuación:

1. Es un duelo parcial. El objeto, en este caso el país de origen y todo lo que representa, no desaparece, sigue estando ahí. Tiene lugar una separación en el espacio (el inmigrante se aleja de su tierra) y en el tiempo (el período en el que está fuera), es decir una separación tempero-espacial.
2. Es un duelo recurrente. Es una consecuencia del punto anterior. Como el país de origen no ha desaparecido, sigue interactuando con el inmigrante y el duelo se hace recurrente. De ahí que las fantasías de retorno puedan estar presentes toda la vida del inmigrante.
3. Es un duelo vinculado a vivencias infantiles muy arraigadas en la mente, porque la personalidad se forja en la primera infancia adaptada a un determinado marco cultural, ambiental y modificar esos elementos requiere todo un proceso de elaboración.
4. Es un duelo múltiple:
  - Duelo por la familia y los seres queridos: separaciones, reencuentros.
  - Duelo por la lengua: aprendizaje de la lengua del país de acogida.
  - Duelo por la cultura: relacionado con las costumbres, valores.
  - Duelo por la tierra: paisajes, clima.
  - Duelo por el estatus social: trabajo, vivienda, tener el permiso de residencia, exclusión social.
  - Duelo por el grupo de pertenencia: prejuicios, xenofobia, racismo.
  - Duelo por los riesgos físicos. peligros en el viaje migratorio, indefensión.

Es importante tener en cuenta que no es lo mismo vivir el duelo migratorio en buenas condiciones, con posibilidades de integración, vivirlo con dificultades que pueden ser superadas, que vivirlo en condiciones extremas que impiden su elaboración. Así, diferenciaría entre:

- Duelo simple: cuando se emigra con posibilidades de trabajo, vivienda, sin rupturas familiares
- Duelo complicado: cuando el inmigrante vive dificultades de integración, de acceso al trabajo, de reagrupación familiar pero que tienen posibilidades de ser resueltas
- Duelo extremo: inmigrantes indocumentados que viven en la exclusión social, la indefensión, la soledad forzada: estas situaciones son la base en que se fundamenta el síndrome de Ulises

“Dr. no me dé medicación: si me encontrara mejor, me encontraría peor” (paciente iraní).

### **El duelo en el diagnóstico psiquiátrico del DSM 5**

En relación al duelo, el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2016) solo hace referencia al “duelo complejo persistente”. Este cuadro de duelo complejo persistente va en la línea de lo que ya he señalado de ceñir el tema del duelo solo a lo relacionado con la muerte, la pérdida de un ser querido, algo que en mi opinión limita mucho la potencialidad que posee el concepto de duelo, que puede ir mucho más allá de la pérdida de un ser querido.

Este cuadro de duelo complejo persistente consiste en una añoranza permanente del fallecido, con intensa pena y malestar, preocupación en relación al fallecido y preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. Se consideran que han de haber pasado al menos 12 meses de la muerte de la persona a la que hace referencia el duelo.

Este cuadro se enmarca en una sección denominada “Afecciones que necesitan más estudio”.

Sin embargo el DSM 5 sí que dedica un amplio apartado a explicar los aspectos relacionados con el estrés aculturativo pero con concepto de cultura rígido y haciendo referencias a conceptos como raza (p. 749) inaceptables en el mundo actual, en el que está claro que todos los seres humanos formamos parte de un único grupo, el homo sapiens sapiens

Este cuadro relacionado con el estrés aculturativo se denomina Dificultad de aculturación (código V62.4) (p. 724) y se enmarca en la sección “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” haciendo referencia a los aspectos culturales, pero tampoco hace ninguna otra referencia a los aspectos emocionales de la migración recogidos en el concepto de duelo migratorio. Sin embargo, este epígrafe “Dificultad de adaptación a una cultura nueva” señala explícitamente que se relaciona con la emigración.

El DSM 5 considera que estos “Problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (p. 715) son recogidos en el manual porque son motivos de visita y aportan información útil sobre el paciente, pero explicita que no son trastornos mentales.

Señala el DSM 5 que esta sección de “Problemas que pueden ser objeto de atención clínica” se incluye “para llamar la atención sobre la diversidad de problemas adicionales que se pueden encontrar en la práctica clínica rutinaria” (p. 715) y para facilitar el que haya una lista sistemática de estos problemas. El DSM 5 establece varios grandes apartados que son: problemas de relación, maltrato y negligencia, problemas educativos y laborales, problemas de vivienda y económicos, otros problemas relacionados con el entorno social que es donde entra el epígrafe “Dificultad de aculturación” y hay otro que también puede ser interesante de cara a muchos inmigrantes que es “Exclusión o rechazo social”. En esta sección se incluyen también otros diagnósticos como *Problemas relacionados con el sistema legal* que también afectaría a los inmigrantes indocumentados en el epígrafe titulado “Problemas relacionados con otras circunstancias legales”.

En mi opinión sería muy interesante que el DSM recogiera como Códigos Z situaciones extremas como el síndrome de Ulises. Así, sería interesante desarrollar también unos códigos Z específicos de la migración y considero que deberían tener en cuenta los siete duelos de la migración que eh planteado en el apartado anterior. Por ejemplo, en relación al duelo por la familia la reagrupación familiar, o el racismo en relación al duelo por el grupo de pertenencia.

### **El duelo migratorio extremo. El síndrome de Ulises**

Tal como ya he señalado, el síndrome de Ulises es un duelo migratorio extremo. Veamos cuáles son sus características

#### **Problemas y estresores que son factores de riesgo para la aparición del síndrome de Ulises.**

##### *Estresores del síndrome de Ulises*

Los estresores más importantes del síndrome de Ulises son: en primer lugar la separación forzada de la familia y los seres queridos que da lugar a una ruptura de los vínculos objetales; en segundo lugar el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio que además en las migraciones actuales ha supuesto tantos esfuerzos, la ausencia de oportunidades; en tercer lugar la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir); y en cuarto lugar el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios (pateras, cruzar desiertos...), las amenazas de las mafias o de la detención y expulsión, la indefensión por carecer de derechos, etc. (Achetegui, 2005, 2007, 2009)

Pero además, estos estresores de tanta relevancia y que van más allá del clásico estrés aculturativo al que hace referencia el DSM y que he abordado en el apartado anterior, se hallan incrementados por toda una serie de factores que los potencian tales como: la multiplicidad (a más estresores mayor riesgo, los estresores se potencian entre ellos), la cronicidad ya que estas situaciones límite pueden afectar al inmigrante durante meses o incluso años, el sentimiento de que el individuo haga lo que haga no puede modificar su situación (indefensión aprendida Seligman (1975), ausencia de autoeficacia Bandura, 1984), los fuertes déficits en sus redes de apoyo social (el capital social de Coleman, 1984), y si por si tantos problemas no fueran suficientes, consideramos que

lamentablemente, con frecuencia, el sistema sanitario y asistencial no atiende adecuadamente este síndrome:

- porque hay profesionales que banalizan esta problemática (por desconocimiento, por insensibilidad... incluso por racismo).
- o bien porque no se diagnostica adecuadamente este cuadro como un cuadro reactivo de estrés y se trata a estos inmigrantes como enfermos depresivos, psicóticos, enfermos somáticos...actuando el sistema sanitario como un nuevo estresor para los inmigrantes.

### **Sintomatología**

Como es obvio, la vivencia tan prolongada de situaciones de estrés tan intensas afecta profundamente a la personalidad del sujeto y a su homeostasis, a su fuerza del Yo, a nivel biológico al eje hipotálamo-hipófisis-médula suprarrenal, al sistema hormonal, muscular, etc. dando lugar a una amplia sintomatología: síntomas del área depresiva fundamentalmente tristeza y llanto, síntomas del área de la ansiedad (tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad), síntomas del área de la somatización como fatiga, molestias osteoarticulares, cefalea, migraña (es tan frecuente que para abreviar la denominamos “in-migraña), síntomas del área confusional que se pueden relacionar con el uso de defensas muy primitivas a nivel psicoanalítico como la fragmentación desde una perspectiva kleiniana, pueden ser erróneamente diagnosticadas como trastornos psicóticos. Y a esta sintomatología se le añade en bastantes casos una interpretación de su cuadro basado en la propia cultura del sujeto. Así, es frecuente oír decir: no puede ser que tenga tan mala suerte, a mí me han tenido que echar el mal de ojo, me han hecho brujería... algo que es muy importante escuchar comprendiendo psicoanalíticamente la cosmovisión del inmigrante y las ansiedades catastróficas, maníacas, etc. asociadas a estas cosmovisiones (Achotegui 2010, 2016, 2017).

### **Diagnóstico diferencial: el síndrome de Ulises no es una enfermedad, se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología**

El síndrome de Ulises es un cuadro reactivo ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas. Consideramos que plantear la denominación *síndrome de Ulises* contribuye a evitar que estos inmigrantes, por no existir un concepto para su problemática sean víctimas:

- por un lado, de la desvalorización de sus padecimientos, que se les diga que no tienen nada, a pesar de tener diferentes síntomas, banalizando su sufrimiento.
- y por otro lado, el peligro de que sean incorrectamente diagnosticados como enfermos depresivos (a pesar de no solo no tienen apatía sino que son proactivos, no solo no tienen ideas de muerte sino que están llenos de proyectos e ilusiones...), o como trastornos adaptativos (a pesar de que su reacción es totalmente proporcional a unos estresores de pesadilla que padecen), o como trastorno por estrés post-traumático a pesar de no tener conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas.

Planteo que es muy importante ante esta problemática que se halla en el límite entre el área de la salud mental y el área de la psicopatología, por un lado no banalizar este cuadro,

considerando que no les pasa nada (la peligrosa banalización del mal que señalaba Hanna Arendt), ni por otro lado medicalizarlo, considerando que estos inmigrantes padecen una enfermedad mental.

A nivel metafórico, el síndrome de Ulises es como si en una habitación se subiera la temperatura y esta situación nos afectara y tuviéramos sensación de mareo o malestar. ¿Consideraríamos que nos encontraríamos enfermos por tener estos síntomas? Decididamente, no. Cuando saliéramos al aire libre estos síntomas desaparecerían porque simplemente se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica a esa elevada temperatura ante la que no funciona nuestra termorregulación. Pero si alguien en la sala tuviera un infarto, un cólico, ese sí que estaría enfermo (lógicamente en esta metáfora se trataría de una depresión, una psicosis...)

El síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, Partiendo de este planteamiento considero que al hacer referencia al síndrome de Ulises estamos planteando un cuadro psicológico que pertenece al área de la salud mental, al área del estrés, el duelo y los mecanismos sanos adaptativos de elaboración de los conflictos vitales. Y la intervención deberá ser fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional por lo que el trabajo sobre el síndrome atañe no tan sólo a psicólogos, médicos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermería, educadores sociales y otros profesionales asistenciales.

En las migraciones del siglo XXI los inmigrantes están viviendo con frecuencia situaciones extremas, heroicas para sobrevivir. Ulises también vivió situaciones extremas, pero era un semidios, pertenecía a la familia olímpica. Las migraciones del nuevo milenio que comienza nos evocan los textos de la literatura griega de Homero. Como el episodio en el que Ulises le ha de decir al gigante Polifemo que su nombre es Nadie. Pero si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad, ni autoestima, ni integración social y así tampoco puede haber salud mental.

### Referencias

- Achotegui, J. (1999). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero y J.M. Comelles (Eds), *Medicina y cultura* (pp. 88-100). Editorial Bellaterra.
- Achotegui, J. (2005). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-síndrome de Ulises. Voces de la psiquiatría en España. *Revista Vértex*, 16(60), 105-114.
- Achotegui, J. (2007). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises Llancá*. Ediciones El mundo de la mente.
- Achotegui, J. (2009). *Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-síndrome de Ulises*. Ediciones El mundo de la mente.
- Achotegui, J. et al. (2010). Características de los inmigrantes con Síndrome de estrés crónico y múltiple del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de salud mental*, 8(37), 23-30.
- Achotegui, J. (2016). La salud mental de los inmigrantes en el siglo XXI. Investigación y ciencia. *Mente y cerebro*, 77, 16-24.

- Achotegui, J. (2017). *La inteligencia migratoria. Manual para inmigrantes en dificultades*. Gedisa.
- American Psychiatric Association (A.P.A.) (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5* (5ª ed.). Panamericana.
- Bandura, A. (1984). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Coleman, J. (1984.). *Foundations of social theory*. Belknap Press of Harvard University.
- Freud, S. (1972). Duelo y melancolía. En *Obras Completas* (Tomo VI, pp. 2091-2099). Editorial Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1917)
- Klein, M. (1977). El duelo en relación con los estados maniaco-depresivos. En *Obras completas* (Tomo II, pp. 358-383). Paidós-Hormé. (Obra original publicada en 1940)
- Klein, M (1979). Relato del psicoanálisis de un niño. En *Obras Completas*. (Tomo IV). Paidós Hormé. (Obra original publicada en 1961)
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.
- Sendi, C. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados*. Ariel.
- Silventhoinen et al. (2008). Selective international migration by social position, health behavior and personality. *European Journal of Public Health, 18*, 150-155.
- Villagrasa, P. J. y García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés, 13*(2-3), 253-268.
- Zanolla, C. et al. (2018). Migratory grief characteristics in migrants, displaced and refugees in Málaga Spain. *International Journal of Migration and Mental Health from Psychosocial and Community Perspective, 2*. <https://www.laredeatenea.com>