

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Abordaje del duelo migratorio desde la perspectiva enfermera. Nuevos retos en salud

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

María José Cáceres Titos

Fecha de lectura: 20 de marzo de 2026

Bajo la dirección de la doctora:

Esperanza Begoña García Navarro

Huelva, 2026



Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



ABORDAJE DEL DUELO MIGRATORIO DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA. NUEVOS RETOS EN SALUD

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

María José Cáceres Titos

Bajo la dirección de la doctora:

Dra. Dña. E. Begoña García Navarro

Huelva, 2026



Proyecto PID2021-123983OB-I00 y ayuda FPU22/00677 financiadas por:



UNIVERSIDAD DE HUELVA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

ABORDAJE DEL DUELO MIGRATORIO DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA. NUEVOS RETOS EN SALUD

PROGRAMA DE DOCTORADO: CIENCIAS DE LA
SALUD

LÍNEA: LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

Doctoranda: María José Cáceres Titos

Directora: Dra. Dña. E. Begoña García Navarro

Huelva, 2026

“He aquí mi secreto, que no puede ser más simple. Solo con el corazón se puede ver bien, lo esencial es invisible a los ojos”

Antoine de Saint-Exupéry

“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo.”

Eduardo Galeano

AGRADECIMIENTOS

Si algo tenía claro desde que era pequeña, era que quería ayudar a los demás. Con el tiempo entendí que no se trataba solo de un deseo, sino una forma de mirar la vida: acompañando desde la presencia, mirando más allá de lo visible.

Esa María José pequeñita estaría muy orgullosa de la persona en la que se ha convertido, siguiendo caminos que nunca hubiera imaginado. Caminos cargados de miedos, dudas e inseguridades... pero también de logros, aprendizajes y experiencias que han dado sentido a cada paso. En cada tramo he encontrado personas que me han sostenido, guiado y acompañado. A todas ellas les debo este camino que hoy culmina en esta tesis. Ojalá me acompañéis en todos los que aún me quedan por recorrer. Por todo ello, quiero daros las gracias.

A mi Facultad y a todos los que la conforman, el lugar donde empecé a construir preguntas y donde hoy intento ofrecer respuestas. Gracias por verme crecer primero como alumna y ahora como docente e investigadora, y por enseñarme que enseñar es, en realidad, una forma de seguir aprendiendo.

A Aarón Cárdenas. Aún recuerdo cuando te escribía convencida de que no podría solicitar la beca de colaboración. Recuerdo también las dudas con la FPU y todas aquellas cuestiones sobre revistas y estancias... Aunque he aprendido muchísimo de los errores, gracias por ayudarme a evitar muchos de ellos.

A mis compañeros y compañeras, por compartir los días, risas, dudas y muchas horas de trabajo. Por abrirme las puertas de vuestras asignaturas y enseñarme lo mejor de vosotros. Gracias por enseñarme que el aprendizaje también se construye en comunidad, desde la escucha, la presencia y la compasión. Especialmente, gracias a Begoña, Ángela, Olivia, Fali, Cristina, Asunción, Miriam, Sonia y María do Ceu. Por permitirme formar parte de este grupo tan especial, en el que hemos trabajado por convertir a Huelva en la primera Universidad compasiva de Europa.

A Estrella Gualda Caballero, por brindarme la oportunidad de tenerla cerca y aprender de una gran referente en el mundo de la investigación. Asimismo, agradezco a todos los investigadores de su grupo, Estudios Sociales e Intervención Social-ESEIS (SEJ-216), el tiempo, las ideas, reflexiones y experiencias compartidas, las cuales han enriquecido mi formación académica y personal. Este agradecimiento es aún mayor, ya que, en su papel como investigadora principal del proyecto PID2021-123983OB-I00: "Teorías de la conspiración y discurso de odio en línea: comparación de patrones en narrativas y redes sociales sobre COVID-19. Inmigrantes, refugiados y personas LGTBI, financiado por MCIN/AEI/10-13039/501100011033/ y por "FEDER una manera de hacer Europa", me ha permitido colaborar activamente desde mi visión y experiencia relacionada con la salud. En este contexto, el participar en la interpretación de discursos relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado, así como en el análisis de los discursos de odio,

desinformación y percepciones sobre colectivos vulnerables, desde una perspectiva enfermera. Gracias a esta colaboración, he podido integrar una perspectiva enfermera y de salud a un proyecto de marcado carácter social, lo que ha contribuido de manera significativa al desarrollo de esta tesis doctoral, que se beneficia directamente de mi participación en dicho proyecto como miembro de su Equipo de Trabajo.

A Asunción Martínez por tu forma de ver la vida. Verte comenzar me recuerda el vértigo e ilusión con la que yo también me inicié. El camino será tan bonito como desafiante, pero aquí estaré acompañándote para celebrarlo como tú lo has hecho conmigo.

A Emilia Isabel Martins, la mejor compañera de despacho que puedo tener. Por llenar el día de calma, alegría ¡y mucho jazz! Por tener siempre algo bonito que decir.

A José Miguel Robles, porque hay personas que transforman lo cotidiano en extraordinario sin pretenderlo. Gracias por abrirme una ventana a tu mundo, por enseñarme tanto, por hacer que el trabajo se sienta un hogar. Conocerte ha sido un auténtico regalo.

A Sonia García, por la magia de esos encuentros donde se nos ocurren mil maneras de arreglar el mundo en una sola tarde. Por tu sensibilidad, por tu manera de comprender la vida y por enseñarme que la espiritualidad también es una forma de (auto)cuidado.

A Ana M. Fernández, por tu claridad, rigor y experiencia, pero sobre todo por esa rapidez con la que captas lo importante. Trabajar contigo es un continuo aprendizaje. Gracias por tu paciencia, generosidad y apoyo.

A María Romero, por tu entusiasmo, constancia y cercanía. Por cada reunión y los mil proyectos que surgen de cada una. Por tu creatividad, trabajo y compromiso. Has sido uno de mis pilares fundamentales en momentos clave, sosteniéndome y escuchándome de verdad. Gracias a ti he descubierto nuevas formas de mirar, de entender, de aprender, y muchas de esas perspectivas que hoy me acompañan nacen de tu sensibilidad, no solo como psicóloga, sino como persona. Espero que podamos seguir trabajando (y acompañándonos juntas) mucho tiempo más.

Al Colegio de Enfermería de Huelva, y especialmente al equipo que lo compone. Patricia, María, Gema, Carina, Martín, Antonio...gracias por acogerme desde el primer día, por hacerme sentir parte de este equipo a pesar de ser la más joven, por compartir espacios donde crecer, aprender y construir, desde distintos ámbitos de la enfermería, el sentido profundo del cuidado.

A mis alumnos y alumnas. Sois el motor que disuelve el último rastro del miedo con el que empecé este camino, ese temor a no estar a la altura o a no saber contestar. Con vosotros he aprendido que enseñar no va de tener todas las respuestas, sino de compartir el conocimiento, el tiempo y una parte de lo que somos. No sois solo los que aprenden, sois los que empujan al movimiento. Por el espíritu crítico que no os

permite aceptar respuestas fáciles y por recordarme, en cada clase, por qué elegir cuidar a través de la docencia y la investigación. Porque al final, sois vosotros quienes dais sentido a este camino y quienes hacéis que cada paso merezca la pena. Y sé que, cuando llegue el momento en que me toque ser cuidada, estaré en las mejores manos: las vuestras.

A Mayckel, Maricy, Gabriela, Mateus, Nelly, Fernanda y Cre. Gracias por hacerme sentir en casa estando tan lejos. Por abrirme las puertas de la Universidad de Maringá, pero también la de vuestras casas y, sobre todo, la de vuestro corazón. Jamás pensé que una estancia me iba a regalar una nueva "familia".

A Begoña García Navarro, por ser mucho más que una tutora, por acompañarme y guiarme desde el inicio de la Universidad. Porque hay personas que no solo llegan para quedarse, sino para hacerte descubrir que siempre estuviste donde debías. Por hacerme ver que la profesionalidad no está reñida con la emoción. Por darme espacio para crecer, para equivocarme, para reinventarme. Por enseñarme que detrás de cada meta hay un camino que se hace más bello cuando alguien lo recorre contigo. Si algo me llevo de esta experiencia, además del conocimiento, es la certeza de que detrás de cada logro hay personas que creen en ti antes de que tu misma lo hagas. Y tú, fuiste y serás siempre una de esas personas que convierten el miedo en impulso y el esfuerzo en belleza. Por todo lo vivido (Bari, Florencia, Palermo, Brasil, Lisboa, Cádiz, Badajoz...) y todo lo que nos queda por vivir.

A mis amigos, por aceptar sin juzgar la cantidad de planes que he tenido que rechazar. A Lucía e Isabelino, por hacerme conocer lo que significa una amistad para toda la vida. A Claudia, Rocío y Pablo, por conocernos en el peor momento académico y quedaros desde entonces. A Celia, por hacerme entender que la distancia y el tiempo no significan nada si la amistad es de verdad. A Julia, porque no hay amiga más orgullosa de alguien que tú de mí. Gracias por celebrar mis logros y compartir mis alegrías. A María del Mar, por ser lo mejor que me dio la carrera, por tu gran sensibilidad.

A Manuel, porque cuando nos conocimos, creo que nunca pensaste en que, además de ser profesor de educación física, serías experto en duelo migratorio y acompañamiento a doctorandas en momentos de crisis. Por recordarme que no hay meta que no merezca la pena cuando se comparte con alguien que te comprende, te apoya y te impulsa. Por creer en mí y hacer de la distancia algo insignificante (Y no hablo solo de Ceuta, sino también de Brasil). Por impulsarme a seguir y recorrer conmigo este camino. Gracias por entrar de lleno en mi mundo, por aprender de investigación, de revistas y de métricas. La mitad de esta tesis lleva tu nombre. Eres el lugar seguro al que siempre quiero volver.

A Antonio y Sonia, por el cariño, la acogida y los valores que habitan en vuestra manera de cuidar y educar.

A mi familia. A mis tíos/as y primos/as, por ser el origen y el refugio. No hay mayor orgullo que tener una familia tan bonita como la nuestra.

A mi abuela, por estar siempre deseando venir a verme, aunque muchas veces no entienda ni de lo que hablo.

A mi madre, por enseñarme lo que significa cuidar y seguir hacia adelante, compañera de profesión y ejemplo de ello. Cada paso que doy en este camino también cumple, en parte, muchos de los tuyos. Gracias por ser modelo, guía y sostén constante.

A Juan, por apoyarme siempre como un hermano más y ser el compañero de vida de mi segunda madre.

A mi hermana, mi mejor amiga y mi confidente. Por ser mi cómplice en todo, desde los pequeños secretos hasta los grandes sueños. Por renunciar a cualquier cosa para que a mí no me faltara. Hace 18 años, eras tú la que te marchabas para estudiar y ahora, sin darnos cuenta, hemos intercambiado los papeles. Por ser la primera en impulsarme en este camino y multiplicar tu amor a través de Juan.

A mi sobrino, por no poder estar a su lado en todas las tardes que me hubiese gustado, porque “tata y ordenador” probablemente haya sido una de las primeras asociaciones aprendidas... y, sin embargo, eso me ha permitido muchas veces reconectar con la realidad. Porque no hay besos ni abrazos que llenen más el alma que los tuyos. Gracias por enseñarme a trabajar la paciencia y por contagiarme tu alegría desbordante. Eres un pequeño terremoto de amor y ternura, y estar contigo, es uno de los regalos más grandes que la vida me ha dado.

A mi padre. Aunque tu voz se haya hecho silencio, sigues guiando el rumbo de mis pasos. Tu chica sigue creciendo y tú siempre estás a su lado. Qué curiosa la vida... de ver el campo a tu lado montada en el tractor, a descubrir e investigar realidades invisibilizadas.

A todas las personas que participaron en esta investigación. Gracias por vuestra confianza, por vuestra generosidad, por abrirme las puertas de vuestra vida y permitirme conocer vuestras historias.

Sin cada uno de vosotros, esto no habría sido posible.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES.....	PÁG. 15
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	PÁG.17
RESUMEN.....	PÁG.20
ABSTRACT.....	PÁG.23
CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN.....	PÁG.27
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES.....	PÁG.45
1. Contexto general del fenómeno migratorio.....	PÁG.49
1.1 Migración como fenómeno humano y social.....	PÁG.49
1.2 Categorías migratorias.....	PÁG.50
1.3 Factores impulsores de la migración.....	PÁG.50
1.4 Datos migratorios de Europa, España y Andalucía.....	PÁG.52
2. Implicaciones del proceso migratorio para la salud y el bienestar.....	PÁG.53
2.1 Migración y determinantes sociales de salud: una mirada estructural.....	PÁG.53
2.2 La intersección como marco analítico para comprender la vulnerabilidad del migrante.....	PÁG.54
2.3 Barreras estructurales y desigualdades en el acceso sanitario.....	PÁG.55
2.4 Facilitadores y necesidades emergentes en salud.....	PÁG.56
3. Perfil inmigrante y entornos vulnerables.....	PÁG.58
3.1 Refugiados y solicitantes de asilo.....	PÁG.58
3.2 Personas indocumentadas.....	PÁG.59
3.3 Entornos de asentamientos informales.....	PÁG.59
3.4 Mujeres migrantes y perspectiva de género.....	PÁG.61
4. Duelo migratorio	PÁG.62
4.1 Conceptualización del duelo migratorio.....	PÁG.62
4.2 Los siete duelos de la migración.....	PÁG.63
4.3 Expresiones sintomáticas del duelo migratorio y repercusiones en salud.....	PÁG.64
4.4 Elaboración del duelo migratorio.....	PÁG.65
5. Enfermería, diversidad cultural y cuidado ante la vulnerabilidad.....	PÁG.66
5.1 Enfermería como disciplina de cuidado integral	PÁG.66
5.2 Diversidad cultural en el cuidado. Competencia cultural.....	PÁG.67

5.3 Cuidado cultural al final de la vida.....	PÁG.68
5.4 Cuidado cultural sensible y compasivo.....	PÁG.70
5.5 Necesidad y relevancia actual del tema.....	PÁG.71
CAPÍTULO 3. OBJETIVOS.....	PÁG.73
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.....	PÁG.80
1. Fase 1. Experiencia migratoria como factor de vulnerabilidad.....	PÁG.83
1.1 Diseño de la investigación.....	PÁG.83
1.2 Participantes y muestreo.....	PÁG.83
1.3 Recopilación de datos.....	PÁG.85
1.4 Análisis de datos.....	PÁG.86
1.5 Rigor.....	PÁG.86
1.6 Consideraciones éticas.....	PÁG.87
1.7 Reflexividad de los investigadores.....	PÁG.88
2. Fase 2. Duelo migratorio en diferentes contextos.....	PÁG.89
2.1 Fase 2A. Duelo migratorio en refugiados y solicitantes de asilo	PÁG.89
2.1.1 Diseño de la investigación.....	PÁG.89
2.1.2 Participantes y muestreo.....	PÁG.90
2.1.3 Recopilación de datos.....	PÁG.93
2.1.4 Análisis de datos.....	PÁG.94
2.1.5 Consideraciones éticas.....	PÁG.95
2.2 Fase 2B. Duelo migratorio en mujeres indocumentadas residentes en asentamientos informales.....	PÁG.95
2.2.1 Diseño de la investigación.....	PÁG.95
2.2.2 Participantes y muestreo.....	PÁG.97
2.2.3 Recopilación de datos.....	PÁG.97
2.2.4 Análisis de datos.....	PÁG.99
2.2.5 Consideraciones éticas.....	PÁG.101
3. Fase 3. Perspectiva y abordaje profesional desde la enfermería.....	PÁG.102
3.1 Diseño de la investigación.....	PÁG.102
3.2 Participantes y muestreo.....	PÁG.102
3.3 Recopilación de datos.....	PÁG.102
3.4 Análisis de datos.....	PÁG.103
3.5 Consideraciones éticas.....	PÁG.105

CAPÍTULO 5. ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA EL COMPENDIO DE PUBLICACIONES.....	PÁG.107
1. Artículo 1. Migratory grief as a factor of vulnerability: navigating loss, gratitude and meaning	PÁG.108
2. Artículo 2. Emotional dimension associated with the migratory experience of adult refugees and asylum seekers	PÁG.128
3. Artículo 3. Health perceptions and lived vulnerabilities of undocumented migrant women living in settlements in southern Spain: An Interpretative Phenomenological Study.	PÁG.141
4. Artículo 4: Managing cultural diversity in end-of-life care: A qualitative study.....	PÁG.153
CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....	PÁG.169
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN.....	PÁG.219
CAPÍTULO 8. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.....	PÁG.234
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES.....	PÁG.235
CHAPTER 9. CONCLUSIONS.....	PÁG.241
CAPÍTULO 10. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	PÁG.243
CAPÍTULO 11. BIBLIOGRAFÍA.....	PÁG.246
CAPÍTULO 12. ANEXOS.....	PÁG.268
Anexo A: Cuestionario de duelo migratorio.....	PÁG.272
Anexo B: Comité de ética para personas migrantes.....	PÁG.276
Anexo C: Comité de ética para profesionales sanitarios.....	PÁG.278

Tabla 1. Aportaciones científicas realizadas en cada fase del proyecto.	PÁG.35
Tabla 2. Relación de artículos incluidos en la tesis doctoral y métricas de las revistas en las que fueron publicados.	PÁG.45
Tabla 3. Taxonomía de los factores que impulsan la migración: dimensiones, factores determinantes y su descripción.	PÁG.52
Tabla 4. Metodología aplicada a cada una de las fases de la investigación.	PÁG.80
Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes de la Fase 1.	PÁG.168
Tabla 6. Características sociodemográficas de los participantes de la Fase 2A.	PÁG.177
Tabla 7. Características de las variables migratorias de los participantes de la Fase 2A.	PÁG.180
Tabla 8. Líneas argumentales, categorías y subcategorías producidas tras el análisis de la Fase 2A.	PÁG.182
Tabla 9. Correlaciones entre las características sociodemográficas y las dimensiones del duelo migratorio de la Fase 2A.	PÁG.185
Tabla 10. Correlaciones entre las experiencias migratorias y las dimensiones del duelo migratorio de la Fase 2A.	PÁG.188
Tabla 11. Características sociodemográficas de los participantes de la Fase 2B.	PÁG.196
Tabla 12. Características sociodemográficas de los participantes de la Fase 3.	PÁG.205

Figura 1. Temas y subtemas identificados tras analizar los testimonios.	PÁG.32
Figura 2. Fases que componen la tesis doctoral.	PÁG.34
Figura 3. Estadísticas generales del perfil en ResearchGate.	PÁG.46
Figura 4. Indicadores de citación del perfil en Google Académico.	PÁG.47
Figura 5. Distribución de inmigrantes en España por comunidad autónoma, según el continente de origen.....	PÁG.55
Figura 6. Mapa relacional entre las dimensiones de miedo, preocupación e impotencia y sus nodos de la Fase 2A.....	PÁG.195
Figura 7. Temas y subtemas identificados tras analizar los testimonios de la Fase 3.	PÁG.206

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El desarrollo de la presente tesis doctoral se ha llevado a cabo gracias a una serie de ayudas ganadas en concurrencia competitiva, como el Contrato predoctoral para la Formación del Profesorado Universitario, financiado por el Ministerio de Ciencias, Innovación y Universidades del Gobierno de España.

- Código: FPU22/00677
- Centro: Universidad de Huelva
- Responsable: E. Begoña García Navarro
- Fecha de Inicio: 15/01/2024
- Ayuda de movilidad para estancia breve que permita obtener la mención internacional
 - Centro: Universidade Estadual de Maringá, Brasil.
 - Responsable: Mayckel Da Silva Barreto.

Además, esta investigación forma parte del proyecto de I+D+i titulado “Teorías de la conspiración y discurso de odio online: Comparación de patrones en narrativas y redes sociales sobre COVID-19, inmigrantes, refugiados y personas LGBTI [NON-CONSPIRA-HATE!]” PID2021-123983OB-I00, financiado por el MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa”, en la convocatoria sobre “Proyectos de Generación de Conocimiento 2021”.

Conjuntamente, la investigación ha sido desarrollada gracias al apoyo del Centro de Investigación de Pensamiento Contemporáneo e Innovación para el Desarrollo Social (COIDESO), del que forma parte la autora como personal en formación.

Por otro lado, de acuerdo con la Real Academia Española (RAE), a lo largo de este trabajo y con el objetivo de simplificar la lectura, se ha utilizado el uso del masculino genérico para referirse a grupos que engloban personas de cualquier identidad de género.

SIGLAS/ACRÓNIMOS POR ORDEN ALFABÉTICO

ACNUR/ UNHCR

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

United Nations High Commissioner for Refugees

AFI / IPA

Análisis fenomenológico Interpretativo

Interpretative phenomenological Analysis

CEAR

Comisión Española de Ayuda al Refugiado

COREQ

Criterios consolidados para informar sobre investigación cualitativa

COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DDS/ SDH

Determinantes Sociales de la Salud

Social Determinants of Health

DGM

Dirección General de Migración

INE

Instituto Nacional de Estadística

MGLQ

Migratory Grief and Loss Questionnaire

ODS

Objetivos de Desarrollo Sostenible

OIM

Organización Internacional de las Migraciones

OMS/ WHO

Organización Mundial de la Salud

World Health Organization

ONG

Organización No Gubernamental

Introducción

La presente tesis doctoral, realizada bajo la modalidad de compendio de publicaciones científicas, profundiza en el abordaje del duelo migratorio y el acompañamiento al sufrimiento y la vulnerabilidad que emergen de este proceso. La migración no es únicamente un cambio geográfico; implica una serie de pérdidas vitales (familiares, culturales, identitarias, sociales y espirituales) que genera un duelo único y complejo. Este fenómeno, lejos de ser un hecho aislado, se ha convertido en un desafío global que interpela directamente a los sistemas sanitarios y, en particular, a la enfermería como disciplina de cuidado. En este sentido, la enfermería se sitúa en un lugar estratégico para acompañar el sufrimiento y promover la equidad en salud desde la compasión y la competencia cultural.

Objetivo

Conocer las experiencias vividas por las personas migrantes internacionales respecto a su salud relacionada con las condiciones de vulnerabilidad, así como comprender las dificultades percibidas por profesionales sanitarios en el cuidado de pacientes culturalmente diversos, con el propósito de visibilizar necesidades, recursos de afrontamiento y retos para el cuidado enfermero en un contexto multicultural.

Metodología

La investigación se ha desarrollado en tres fases, teniendo como denominador común la comprensión profunda e identificación de los elementos que intervienen en el duelo migratorio, con el objetivo de poder realizar un abordaje culturalmente competente, así como un acompañamiento al sufrimiento y a la vulnerabilidad que emergen de este proceso.

El diseño de investigación busca dar respuesta a los objetivos propuestos a través de la percepción de las experiencias vividas por los actores, incluyendo a personas migrantes indocumentadas, solicitantes de asilo y refugiados, así como profesionales de enfermería que se asumen el desafío de abordar la diversidad cultural en el cuidado.

El uso de una metodología mixta, predominantemente cualitativa y complementada con enfoques cuantitativos ha permitido profundizar en la complejidad del duelo migratorio y en las múltiples dimensiones que lo configuran. Con el fin de captar la riqueza de significados en torno a la experiencia migratoria y las vivencias de sufrimiento, vulnerabilidad y cuidado, se han empleado diseños descriptivos e interpretativos, incluyendo entrevistas semiestructuradas, grupos focales y cuestionarios validados.

La investigación se ha desarrollado en tres fases de manera que permiten comprender progresivamente el fenómeno del duelo migratorio, explorar su dimensión emocional y abordarla desde el cuidado. La primera fase de investigación analiza la experiencia migratoria como un factor de vulnerabilidad. La segunda fase, profundiza este fenómeno en diferentes colectivos, como son los refugiados y solicitantes de asilo y las personas migrantes indocumentadas, aportando una mirada más específica sobre cómo la migración afecta de forma particular a las mujeres. Por último, la tercera fase se centra en la perspectiva profesional, identificando las dificultades percibidas por enfermeras al cuidar de pacientes culturalmente diversos en su etapa de máxima vulnerabilidad, al final de la vida. Este estudio aporta una comprensión de los retos de la competencia cultural y del acompañamiento al sufrimiento, cerrando así el recorrido desde la experiencia de las personas migrantes hasta la respuesta profesional en el ámbito sanitario.

Resultados

Los hallazgos obtenidos en esta tesis doctoral permiten comprender el duelo migratorio desde múltiples dimensiones, evidenciando tanto la vulnerabilidad como la resiliencia de las personas migrantes, así como los desafíos que este fenómeno plantea al cuidado profesional en contextos de diversidad cultural.

En la primera fase, se exploraron las pérdidas vitales que acompañan la experiencia migratoria: la separación familiar, la ruptura de vínculos sociales y la pérdida de proyectos personales y culturales. Las mujeres participantes evidencian un duelo complejo, que logran integrar mediante la gratitud, la fortaleza personal y la búsqueda de significado en su proyecto migratorio. Los resultados destacan que las estrategias de afrontamiento no sólo protegen su bienestar emocional, sino que también constituyen un recurso para mantener la salud y la capacidad de adaptación en un entorno incierto.

A partir de estos hallazgos iniciales, se profundizó en cómo se manifiesta el duelo migratorio en escenarios donde la vulnerabilidad es aún mayor. En esta segunda fase, se analizaron dos realidades específicas: refugiados y solicitantes de asilo, y personas migrantes indocumentadas que viven en asentamientos precarios, desde una perspectiva interseccional y de género.

Por un lado, se identificaron emociones intensas asociadas al proceso migratorio, como miedo, tristeza, ansiedad, soledad e incertidumbre, que afectan de manera significativa la salud mental. Al mismo tiempo, emergieron estrategias de afrontamiento y recursos emocionales que contribuyen a la resiliencia, como la esperanza, la búsqueda de redes de apoyo y la reinterpretación positiva de la experiencia migratoria. Este estudio proporciona una visión global del impacto emocional de la migración y subraya la importancia de abordar la salud mental desde un enfoque integral.

Por otro lado, se describieron condiciones de vida precarias, exclusión social y barreras de acceso a recursos sanitarios, que incrementan su vulnerabilidad. Las participantes expresaron sentimientos de invisibilidad y desprotección, así como una profunda preocupación por la salud propia y de sus familias. Este análisis evidencia cómo las desigualdades estructurales y la falta de apoyo institucional potencian el sufrimiento y configuran un grupo especialmente vulnerable dentro del fenómeno migratorio.

El conocimiento generado en las fases anteriores evidenció no solo las pérdidas y vulnerabilidades de las personas migrantes, sino también la necesidad de explorar cómo los profesionales de la salud enfrentan este fenómeno en la práctica clínica. Por ello, la tercera fase, se centró en la experiencia de enfermeras que atienden pacientes culturalmente diversos al final de la vida. Se identificaron dificultades en la comunicación, la comprensión de valores y creencias, y la gestión de situaciones emocionalmente intensas. Los profesionales señalaron la necesidad de fortalecer la competencia cultural y contar con herramientas formativas que les permitan ofrecer un cuidado integral y sensible a la diversidad, evidenciando la brecha existente entre la práctica clínica y las necesidades reales de las personas migrantes.

Conclusión

La experiencia migratoria se configura como un proceso profundamente interseccional, donde género, clase social, cultura, situación administrativa y condiciones de vida se entrelazan moldeando un duelo migratorio único para cada persona. Este duelo afecta simultáneamente a la salud física, emocional, relacional y espiritual, por lo que requiere ser comprendido desde una mirada amplia y humanizada. Especialmente, se evidencia que las mujeres migrantes, especialmente aquellas en situación de indocumentación, residentes en asentamientos o solicitantes de protección internacional, enfrentan riesgos adicionales derivados de desigualdades estructurales, precariedad y exclusión social, lo que las convierte en un grupo particularmente vulnerable. Al mismo tiempo, muestran recursos internos de fortaleza y resiliencia que permiten afrontar el duelo migratorio, manteniendo la esperanza y reconstruyendo proyectos de vida en contextos adversos. Para la enfermería, estos hallazgos subrayan la urgencia de fortalecer la competencia cultural, mejorar las habilidades de comunicación, reconocer el duelo migratorio como un fenómeno clínico y social, y ofrecer un acompañamiento que valore la historia personal, el trasfondo cultural y las condiciones estructurales que influyen en el sufrimiento. En un mundo globalizado, donde las migraciones son un elemento estructural de nuestras sociedades, individualizar el cuidado teniendo en cuenta la cultura no es una opción, sino una responsabilidad ética y profesional. Solo desde una perspectiva culturalmente informada, sensible y compasiva es posible responder a la complejidad del duelo migratorio y a las necesidades reales de quienes lo viven, promoviendo la equidad en salud.

Introduction

This doctoral thesis, presented as a compendium of scientific publications, explores the approach to migratory grief and the accompaniment of suffering and vulnerability arising from this process. Migration is not merely a geographical change; it involves a series of vital losses (familial, cultural, identity-related, social, and spiritual) which generate a unique and complex form of grief. Far from being an isolated phenomenon, this has become a global challenge that directly affects healthcare systems and, in particular, nursing as a care discipline. In this sense, nursing is strategically positioned to accompany suffering and promote health equity through compassion and cultural competence.

Objective

To understand about the experiences of international migrants concerning their health in relation to conditions of vulnerability, as well as to understand the difficulties perceived by healthcare professionals in caring for culturally diverse patients, with the aim of highlighting needs, coping resources and challenges for nursing care in a multicultural context.

Methodology

The research was carried out in three phases, with the common goal of deeply understanding and identifying the elements involved in migratory grief, in order to provide a culturally competent approach and support for the suffering and vulnerability that emerge from this process.

The research design seeks to respond to the proposed objectives through the perception of the experiences lived by the actors, including undocumented migrants, asylum seekers, and refugees, as well as nursing professionals who take on the challenge of addressing cultural diversity in care.

The use of a mixed methodology, predominantly qualitative and complemented by quantitative approaches, has allowed us to delve deeper into the complexity of migratory grief and the multiple dimensions that shape it. To capture the wealth of meanings surrounding the migratory experience and the experiences of suffering, vulnerability, and care, descriptive, and interpretative designs have been used, including semi-structured interviews, focus groups and validated questionnaires.

The research has been carried out in three phases in order to progressively understand the phenomenon of migratory grief, explore its emotional dimension, and address it from the

perspective of care. The first phase of the research analyses the migratory experience as a factor of vulnerability. The second phase delves deeper into this phenomenon in different groups, such as refugees and asylum seekers, and undocumented migrants, providing a more specific look at how migration particularly affects women. Finally, the fourth phase focuses on the professional perspective, identifying the difficulties perceived by nurses when caring for culturally diverse patients at their most vulnerable stage, at the end of life. This study provides an understanding of the challenges of cultural competence and accompanying suffering, thus closing the gap between the experience of migrants and the professional response in the healthcare field.

Results

The findings obtained in this doctoral thesis allow us to understand migratory grief from multiple dimensions, highlighting both the vulnerability and resilience of migrants, as well as the challenges that this phenomenon poses to professional care in contexts of cultural diversity.

In the first phase, the vital losses that accompany the migratory experience were explored: family separation, the breakdown of social ties and the loss of personal and cultural projects. The women participants show complex grief, which they manage to integrate through gratitude, personal strength and the search for meaning in their migratory project. The results highlight that coping strategies not only protect their emotional well-being but also constitute a resource for maintaining health and adaptability in an uncertain environment.

Based on these initial findings, the second phase, two specific realities were analysed: refugees and asylum seekers, and undocumented migrants living in precarious settlements, from an intersectional and gender perspective.

On the one hand, intense emotions associated with the migration process were identified, such as fear, sadness, anxiety, loneliness and uncertainty, which significantly affect mental health. At the same time, coping strategies and emotional resources that contribute to resilience emerged, such as hope, the search for support networks, and the positive reinterpretation of the migration experience. This study provides a comprehensive overview of the emotional impact of migration and highlights the importance of addressing mental health from a holistic approach.

On the other hand, precarious living conditions, social exclusion, and barriers to accessing healthcare resources were described, which increase their vulnerability. Participants expressed feelings of invisibility and lack of protection, as well as deep concern for their own health and that of their families. This analysis shows how structural inequalities and lack of institutional support increase suffering and create a particularly vulnerable group within the migration phenomenon.

The knowledge generated in the previous phases highlighted not only the losses and vulnerabilities of migrants, but also the need to explore how healthcare professionals deal with this phenomenon in clinical practice. Therefore, the third phase focused on the experience of nurses who care for culturally diverse patients at the end of life. Difficulties were identified in communication, understanding values and beliefs, and managing emotionally intense situations. The professionals pointed out the need to strengthen cultural competence and to have training tools that enable them to offer comprehensive care that is sensitive to diversity, highlighting the gap between clinical practice and the real needs of migrants.

Conclusion

The migration experience is a deeply intersectional process, where gender, social class, culture, administrative status, and living conditions intertwine to shape a unique migratory grief for each person. This grief simultaneously affects physical, emotional, relational, and spiritual health, and therefore needs to be understood from a broad and humanized perspective. In particular, it is evident that migrant women, especially those who are undocumented, living in settlements, or seeking international protection, face additional risks stemming from structural inequalities, precariousness, and social exclusion, which makes them a particularly vulnerable group. At the same time, they demonstrate internal resources of strength and resilience that enable them to cope with migratory grief, maintaining hope and rebuilding life projects in adverse contexts. For nursing, these findings underscore the urgency of strengthening cultural competence, improving communication skills, recognizing migratory grief as a clinical and social phenomenon, and offering support that values personal history, cultural background, and the structural conditions that influence suffering. In a globalized world, where migration is a structural element of our societies, individualizing care with cultural considerations in mind is not an option, but rather an ethical and professional responsibility. Only from a culturally informed, sensitive, and compassionate perspective is it possible to respond to the complexity of migratory grief and the real needs of those who experience it, promoting equity in health.

CAPÍTULO 1

JUSTIFICACIÓN



La presente tesis doctoral se enmarca en una trayectoria académica, investigadora y vital orientada a comprender y transformar los procesos de salud en contextos de desigualdad, diversidad cultural y sufrimiento humano.

Este trabajo doctoral no surge de manera aislada, sino que constituye el punto de encuentro de múltiples experiencias clínicas, docentes, investigadoras, así como de voluntariado y cooperación internacional que han permitido construir una mirada integral, compasiva y culturalmente competente sobre la salud y el cuidado en contextos de vulnerabilidad.

Esta mirada se sustenta en una comprensión de la vulnerabilidad no como una condición inherente a las personas, sino como el resultado de las desigualdades sociales y estructurales que configuran sus condiciones de vida. En este sentido, el concepto de vulnerabilidad social no responde a una característica intrínseca de ciertos grupos, sino a las circunstancias sociales, económicas y estructurales que los rodean (Singh et al., 2014). De esta forma, las personas migrantes, las mujeres, los niños o los mayores no son vulnerables por naturaleza, sino por las condiciones de vida y los contextos desiguales en los que se insertan. Adoptar un enfoque basado en la interseccionalidad resulta, por tanto, esencial para comprender cómo estos factores condicionan el bienestar y las oportunidades de cuidado.

Desde esta perspectiva, el voluntariado internacional directo en asociaciones francesas dedicadas al acompañamiento de personas con diversidad funcional fueron el primer contacto con realidades de desigualdad. Posteriormente, las experiencias en cooperación internacional en África, concretamente en el territorio de Senegal, marcaron profundamente el interés investigador hacia la vulnerabilidad, desigualdad, exclusión y migración, que trasladó al ámbito local, participando en programas de cooperación vinculados con la educación para el desarrollo, la salud y las migraciones, a través de colaboraciones con las organizaciones no gubernamentales Cruz Roja y MAD África. Con esta última, se llevó a cabo una Beca para la elaboración del proyecto final de carrera inmerso en el proyecto “África en las universidades andaluzas”, combinada con una Beca para la formación en Cooperación Internacional y Educación para el Desarrollo, otorgada por la Universidad de Huelva, que supuso el inicio en el mundo de la Cooperación Internacional en Dindéfelo, Senegal. Estas experiencias, contribuyeron a la obtención de los premios TFG y TFM en los años consecutivos (2020/2021 y 2021/2022).

De estas vivencias nacieron los primeros reconocimientos, como el “I premio Alma Máter a la labor social” o los trabajos académicos premiados “Análisis del duelo migratorio en mujeres africanas” y los estudios sobre “Alimentación como construcción cultural en el contexto migrante”, que ya anticiparon una línea de investigación centrada en la salud de poblaciones invisibilizadas.

La trayectoria investigadora se fue alineando hacia una metodología cualitativa orientada a escuchar las voces de quienes rara vez son escuchados. En este línea, ha publicado diferentes en revistas internacionales sobre temas que orbitan en torno a su tesis (Figura 1): “La comida como cultura entre las mujeres africanas: explorando diferencias entre el norte y el sur”, “El sufrimiento en jóvenes universitarios y el reto de construir universidades compasivas”, “las necesidades espirituales y emocionales de pacientes y familias al final de la vida” o “Las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre las necesidades espirituales al final de la vida”.

Figura 1. Publicaciones en revistas indexadas.



Estas investigaciones configuran un mosaico que muestra una comprensión de la salud desde la intersección de lo biológico, lo social, lo cultural y lo existencial, siempre con la enfermería como disciplina clave para el acompañamiento.

En este marco, la presente tesis doctoral profundiza en el fenómeno migratorio constituye uno de los procesos sociales más complejos y desafiantes de nuestro tiempo, no solo por su impacto en la reconfiguración de las sociedades receptoras, sino también por las profundas huellas que deja en la salud y el bienestar de las personas que lo experimentan. Migrar implica atravesar fronteras físicas, culturales y emocionales, y conlleva un proceso de pérdidas múltiples que pueden derivar en un duelo migratorio, caracterizado por sentimientos de sufrimiento, vulnerabilidad y desarraigo.

El duelo migratorio, es entendido como el conjunto de pérdidas múltiples (familiares, culturales, lingüísticas, sociales y simbólicas) que experimentan las personas migrantes (González-Calvo, 2005). Este fenómeno, aunque ampliamente descrito en la literatura desde la psicología y las

ciencias sociales, ha recibido poca atención desde el ámbito enfermero y sanitario, especialmente en lo que respecta a su repercusión en la salud física, emocional y comunitaria.

Este duelo no es únicamente un desafío individual, sino también colectivo, en tanto que afecta a familias, comunidades y a los propios sistemas sanitarios que deben dar respuesta a las necesidades emergentes de una población cada vez más diversa. En este contexto, la enfermería se enfrenta a la tarea de acompañar a personas migrantes en su sufrimiento, en ocasiones en situaciones de extrema vulnerabilidad como la situación administrativa no documentada, o el final de la vida. Para ello, resulta imprescindible integrar en la práctica profesional una mirada holística, culturalmente competente y compasiva, que reconozca tanto las dimensiones emocionales como sociales y espirituales de la experiencia migratoria.

A pesar de la relevancia de este fenómeno, persiste un vacío en la literatura científica y en las políticas sanitarias respecto a la atención integral del duelo migratorio y a las competencias profesionales necesarias para abordarlo desde la enfermería. Este déficit se traduce en dificultades para identificar, comprender y acompañar adecuadamente a las personas migrantes, lo que puede acentuar su sufrimiento y limitar el acceso equitativo a los cuidados de salud.

Asimismo, los propios profesionales de la salud se enfrentan al reto de gestionar su propio desgaste emocional y la complejidad cultural que acompaña a estas situaciones.

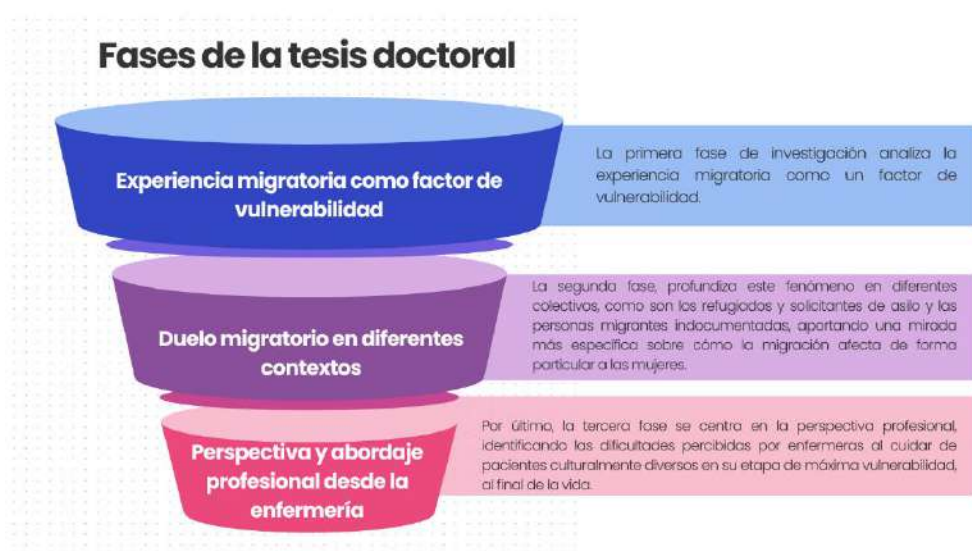
La presente tesis doctoral tiene como objetivo profundizar en las experiencias de salud y la comprensión del duelo migratorio y su abordaje desde la enfermería, identificando las experiencias de sufrimiento y vulnerabilidad de las personas migrantes, así como las competencias profesionales necesarias para ofrecer un cuidado culturalmente sensible. Para ello se ha diseñado un compendio de artículos científicos que recogen los resultados de más de 5 años de investigación, trabajo de campo y transferencia del conocimiento en el ámbito académico, clínico y social.

En este proceso se han desarrollado actividades de formación, seminarios y talleres participativos que han permitido sensibilizar a la comunidad universitaria y profesional sobre la realidad del duelo migratorio, fomentando espacios de reflexión sobre la compasión, la competencia cultural y la necesidad de un cuidado centrado en la persona.

La investigación que compone esta tesis doctoral se ha desarrollado en tres fases de manera que permiten comprender progresivamente el fenómeno del duelo migratorio, explorar su dimensión emocional y abordarla desde el cuidado enfermero. La primera fase de investigación analiza la experiencia migratoria como un factor de vulnerabilidad. La segunda fase, profundiza este fenómeno en diferentes colectivos, como son los refugiados y solicitantes de asilo y las

personas migrantes indocumentadas, aportando una mirada más específica sobre cómo la migración afecta de forma particular a las mujeres. Por último, la tercera fase se centra en la perspectiva profesional, identificando las dificultades percibidas por enfermeras al cuidado de pacientes culturalmente diversos en su etapa de máxima vulnerabilidad, el final de la vida. Este estudio aporta una comprensión de los retos de la competencia cultural y del acompañamiento al sufrimiento, cerrando así el recorrido desde la experiencia de las personas migrantes hasta la respuesta profesional en el ámbito sanitario (Figura 2).

Figura 2. Fases de la tesis doctoral



Estas fases permiten trazar un recorrido desde la experiencia de las personas migrantes y sus vivencias de sufrimiento, hasta la respuesta que ofrecen los profesionales de la enfermería en el acompañamiento a la vulnerabilidad y el final de la vida en contextos culturalmente diversos. De este modo, esta tesis, compuesta por un compendio de publicaciones, aporta evidencia científica y práctica para fortalecer la atención sanitaria, mejorar la equidad en el acceso a los cuidados y avanzar en la construcción de una enfermería más humana, compasiva y culturalmente competente. En la Tabla 1 se sintetizan las principales aportaciones científicas desarrolladas en cada una de las fases del proyecto, mostrando la coherencia y progresión del proceso investigativo.

Tabla 1: Aportaciones científicas realizadas en cada fase del proyecto

FASE 1: Experiencia migratoria como un factor de vulnerabilidad.	
2025	<ul style="list-style-type: none"> ● Artículo: Cáceres-Titos, M. J., García-Navarro, E. B., & da Silva Barreto, M. (2025). Migratory Experience as a Factor of Vulnerability: Navigating Loss, Gratitude, and Meaning. <i>Healthcare</i>, 13(17), 2109. ● Divulgación y transferencia: Participación en la Noche Europea de los Investigadores con la actividad “Cazando bulos, desinformación y teorías de la conspiración: ¿Cómo conectan las mentiras que se divulgan sobre la COVID-19, personas LGTBIQ+, inmigrantes, refugiados y cambio climático?” María José Cáceres Titos - La Noche Europea de los Investigadores (fundaciondescubre.es) ● Comité organizador de las III Jornadas de salud en contextos vulnerables desde una perspectiva de género, organizado por la Universidad de Huelva, con el apoyo de Cruz Roja Huelva y el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. ● Comité organizador de las III Jornadas de salud en contextos vulnerables, organizado por la Universidad de Huelva, con el apoyo de COIDESO, Cruz Roja Huelva y el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.
2024	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación tipo póster “Género, cultura y alimentación: ¿qué factores influyen en la salud de las mujeres africanas?”, en las II Jornadas Nacionales de Investigación, organizadas por el Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba. ● Divulgación y transferencia: Participación en la Noche Europea de los Investigadores con la actividad “Teorías de la conspiración y discursos de odio en línea: ¿Cuáles son sus efectos en la sociedad y con qué estrategias podemos intervenir?” María José Cáceres Titos - La Noche Europea de los Investigadores (fundaciondescubre.es) ● Comité Organizador de II International workshop on “methodological advances and applications in social sciences: Quantitative, qualitative and computational strategies”. II International workshop on Conspiracy theories and Hate Speech Online: Effects on Society and Strategies to counteract them”, en la Universidad de Huelva. ● Comité organizador de las II Jornadas de salud en contextos vulnerables desde una perspectiva de género, organizado por la

	<p>Universidad de Huelva, con el apoyo de Cruz Roja Huelva y el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.</p>
2023	<ul style="list-style-type: none"> ● Ponencia “Cultura, salud y bienestar”, con una duración de 2 horas, organizada por la Dirección de Salud en la X Semana de la Salud de la Universidad de Huelva. ● Comunicación oral: María José Cáceres Titos, Estrella Gualda y E. Begoña García Navarro. “#Repentinitis y movimientos antivacunación en tiempos de COVID19”, en el I International Workshop on “Conspiracy Theories and Hate Speech Online: Comparison of Patterns in Narratives and Social Media about Covid-19, Immigrants, Refugees, and LGBTIQ+ people”, organizado por R&D Project PID2021-123983OB-I00, en la Universidad de Huelva y online. ● Miembro del equipo de trabajo del proyecto de investigación internacional “Teorías de la conspiración y discurso de odio en línea: comparación de patrones en narrativas y redes sociales sobre COVID-19, inmigrantes, refugiados y personas LGBTI [Non-conspira-hate!] [Ref: PID2021-123983OB-I00]. Ministerio de Ciencia e Innovación. Convocatoria sobre “Proyectos de Generación de Conocimiento 2021”. Investigadora Principal: Estrella Gualda. ● Comité Organizador en el I Congreso Internacional de estudios decoloniales y africanos, organizado por MAD África. ● Comité organizador de las I Jornadas de salud en contextos vulnerables desde una perspectiva de género: mujeres migrantes y refugiadas, organizado por la Universidad de Huelva, con el apoyo de la Cátedra Clara Campoamor, COIDESO, Cruz Roja Huelva y el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.
2022	<ul style="list-style-type: none"> ● Artículo: García-Navarro, E. B., Cáceres-Titos, M. J., & Araujo-Hernández, M. (2022). Food as Culture among African Women: Exploring Differences between North and South (Morocco-Senegal). <i>Foods</i>, 11(16), 2433. https://doi.org/10.3390/foods11162433 ● Capítulo de libro. África en las universidades andaluzas. Artículos de investigación sobre feminismos, migraciones, educación, salud, agricultura y desigualdades sociales y raciales. ISSN: ISBN 978-84-09-43390-2. https://drive.google.com/file/d/1B5nUFN22AqAtAjDjB9sgNRpp3qsUSsh-P/view ● Ponencia “Promocionando la Salud en Diferentes Contextos”, con una duración de 1,5 horas, organizada por la Dirección de

	<p>Salud en la IX Semana de la Salud de la Universidad de Huelva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Docente del módulo “La cooperación por sectores: salud” del III Curso Internacional de Formación y sensibilización en cooperación internacional destinado a estudiantes, organizado por el Vicerrectorado de Internacionalización y Compromiso Global de la Universidad de Huelva.
2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación oral “Salud y Covid-19 en Huelva: una perspectiva desde la inmigración” en el grupo de trabajo 2: Covid-19, aspectos sociosanitarios y afrontamiento a la muerte” en la jornada “Identidad onubense y problemas sociosanitarios en tiempos de covid-19 ” Universidad de Huelva. ● Ponencia “Promoción de la salud a mujeres contratadas en origen”, organizado por Cruz Roja Huelva.
FASE 2: Duelo migratorio en diferentes contextos	
2025	<ul style="list-style-type: none"> ● Artículo: Cáceres-Titos, M. J., Fernández-Araque, A. M., & García-Navarro, E. B. (2025). Emotional dimension associated with the migratory experience of adult refugees and asylum seekers. <i>Scientific Reports</i>, 15(1), 33798. ● Artículo: Cáceres-Titos, M. J., Cabillas-Romero, M., & García-Navarro, E. B. (2025). Health perceptions and lived vulnerabilities of undocumented migrant women living in settlements in southern Spain: An Interpretative Phenomenological Study. <i>Wellbeing, Space and Society</i>, 100290. ● Curso especialista “cómo abordar el duelo migratorio”, con una duración de 24 horas, organizado por el Centro de Estudios Africanos. ● Proyecto de innovación docente: “Aprender para cuidar-nos. Salud, género, bienestar y fotografía: Participación y cuidados en un proyecto colaborativo interdisciplinar e inter-Universitario”, liderado por la Facultad de Trabajo social de la Universidad Pablo de Olavide.
2024	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación tipo póster “Acompañamiento compasivo a migrantes y refugiados en situaciones de sufrimiento y vulnerabilidad: un estudio cualitativo”, en las II Jornadas Nacionales de Investigación, organizadas por el Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba. ● Transferencia de conocimientos. Divulgación. The conversation. (2024) Cáceres-Titos, MJ, García-Navarro, EB. La sombra del duelo migratorio: el sufrimiento invisible de los asentamientos en la periferia (theconversation.com)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Curso avanzado en gestión de redes y comunidades compasivas, con una duración de 200 horas, organizado por la Asociación latinoamericana de cuidados paliativos y la fundación New Health.
2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Curso Internacional: “Abordaje del duelo en tiempos de covid-19”, con una duración de 30 horas, organizado por la Universidad de Huelva y la Universidad Técnica Particular de Loja-Ecuador.
FASE 3: Perspectiva y abordaje profesional desde la enfermería	
2025	<ul style="list-style-type: none"> ● Artículo: Cáceres-Titos, M. J., Porras-Santana, J. M., Cabillas-Romero, M. R., & Begoña García-Navarro, E. E. (2025). Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i>, 24(1), 124. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01759-6 ● Ponencia invitada en el I Congreso internacional organizado por la Fundación en Innovación y Liderazgo en Enfermería (FILEN). ● Comunicación oral “Donde la compasión se escribe contigo: una universidad para cuidar en la vulnerabilidad”, en las VII Jornadas internacionales de competencias culturales al final de la vida, en la Universidad de Huelva. ● 1er Premio al mejor póster “Retos y aprendizajes en la atención de enfermería a poblaciones diversas: un enfoque cualitativo”, en las II Jornadas Nacionales de Investigación, organizadas por el Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba. ● Comité Científico en la VII JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA, celebradas en la Universidad de Huelva.
2024	<ul style="list-style-type: none"> ● Artículo: García-Navarro, E. B., García Navarro, S., Cáceres-Titos, M. J. (2023). How to Manage the Suffering of the Patient and the Family in the Final Stage of Life: A Qualitative Study. <i>Nursing Reports</i> 13(4):1706-1720. https://doi.org/10.3390/nursrep13040141 ● Comunicación oral “Acompanhamento universitário de população vulneráveis: o voluntariado solidário”, en las III Jornadas Internacionales de Enfermería de la Escola Superior de Saúde Atlântica de Lisboa. ● ERASMUS BIP training course, “Accompaniment at the end of life in contemporary societies” (ACTION KA131 –BLENDED INTENSIVE PROGRAMMES – ERASMUS+ A.A.2023/2024) ● Proyecto de Innovación “Flipped learning vs Flipped learning modificado en estudiantes de afrontamiento al final de la vida y cuidados paliativos”, liderado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Soria.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación tipo Póster “Efectividad de las intervenciones educativas en competencia cultural en la atención sanitaria: Una revisión sistemática”, organizado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE). ● Ponencia Escape room. Misión final: recuperar la compasión perdida”, con una duración de 2 horas cada uno (4h), en las XI Jornadas de la Semana de la Salud de la Universidad de Huelva. ● Ponencia “Macro death café”, con una duración de 1.5h, en las XI Jornadas de la Semana de la Salud de la Universidad de Huelva. ● Curso: “Humanización del cuidado”, con una duración de 20 horas, organizado por la Asociación para el Desarrollo de la Formación e Innovación Sanitaria (ADEFIS). ● Comité Científico en la VI JORNADAS INTERNACIONALES DE COMPETENCIA CULTURAL AL FINAL DE LA VIDA, celebradas en la Universidad de Huelva.
2023	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación oral “Abordaje emocional y espiritual en un paciente al final de la vida”, en las V Jornadas internacionales de competencia cultural al final de la vida, en la Universidad de Huelva. ● Experiencia docente internacional. Profesora, mentora y supervisora del programa internacional Erasmus BIP+ “Accompaniment at the end of life in contemporary societies. Compassionate University as a social challenge”, con una duración de 10 horas. ● Comité Organizador en las V Jornadas Internacionales de Competencia Cultural al Final de la Vida, en la Universidad de Huelva. ● Divulgación y transferencia. Proyecto financiado: Formación en Acompañamiento ante enfermedades crónicas y fin de vida. Gestión de las pérdidas periodo de ejecución. Concedida por la Cátedra de la provincia, con una financiación de 500 euros. https://web-pro3.uhu.es/catedras-externas/sites/catedras-externas/files/2023-05/RESOLUCION%20DEFINITIVA.report%20%281%29.pdf ● Divulgación y transferencia. Grupo motor de UHU-CONTIGO, Primera Universidad Compasiva de Europa, en la Universidad de Huelva.
2022	<ul style="list-style-type: none"> ● Comité Organizador en las IV Jornadas Internacionales de Competencia Cultural al Final de la Vida, en la Universidad de Huelva.



Los artículos que forman parte de este compendio han sido publicados en revistas indexadas en JCR (Journal Citation Report) y en Scopus. La selección de cada una de ellas ha estado relacionada con el target y el topics de la línea de investigación.

El primer artículo seleccionado para este compendio ha sido “Migratory Experience as a factor of vulnerability: Navigating Loss, Gratitude, and Meaning”. La revista Healthcare, en la que se ha publicado la aportación presentada, es una revista publicada por MDPI, fundada en 2013. Es una revista de acceso abierto producida y editada en Suiza. Publica sobre diversos aspectos relacionados con sistemas de atención médica,

industria, tecnología, política y regulación, y se publica quincenalmente en línea por MDPI. En esta revista, todos los artículos son sometidos a un screening inicial del equipo editorial, revisión por pares, y finalmente por un editor académico. Según reporte de 2024 cuenta con una tasa de rechazo del 69% de artículos. En 2025, año de publicación de la aportación, la revista estaba indexada en el listado de la JOURNAL CITATION REPORTS (SSCI y SCIE) de la WEB OF SCIENCE. Se encuentra en ambos en la categoría Health Policy & Services (35/124) y Health care sciences & Services (64/185). Se trata de una revista con factor de impacto y bien clasificada en los Subject Category Listings de Web of Science. En concreto, en SSCI se situó en el CUARTIL 2 (Q2), puesto 43 de las 87 revistas incluidas en la categoría, con un factor de impacto de 2.7. Según Journal Citation Reports, en este mismo año, la revista obtuvo una puntuación eigenfactor de 0.03861. Teniendo en cuenta los últimos 5 años, el factor de impacto se sitúa en 2.8. El artículo cuenta con estatus de Open access Gold. Según SJR (SCImago Journal & Country Rank), la revista Healthcare tiene un h index = 72, situándose en el Cuartil 2 de la categoría Health Policy. Esta aportación aparece también en PubMed. Pese a su reciente publicación, el artículo posee 852 visitas a través de la página web oficial de la editorial, y 23 a través de ResearchGate.



El segundo artículo de este compendio se titula “Emotional dimension associated with the migratory experience of adult refugees and asylum seekers”. La revista, Scientific reports, en la que se ha publicado la aportación presentada, es una revista publicada por Nature, fundada en 2011. Es una revista de acceso abierto producida y editada en Alemania. Publica investigaciones sobre psicología, medicina, ciencias naturales e ingeniería, siendo la tercera revista más citada en el mundo (2024). En esta revista, todos los artículos son sometidos a un screening inicial del equipo editorial, revisión por pares, y finalmente por un editor académico. En

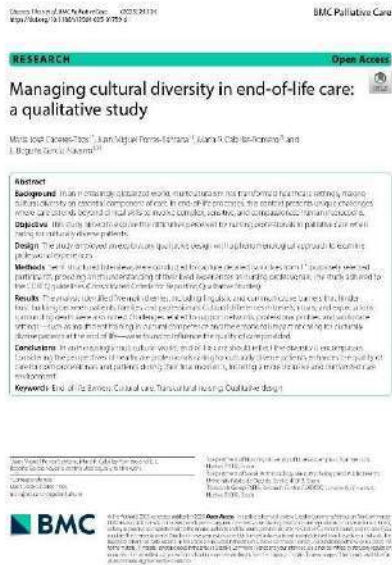
2025, año de publicación de la aportación, la revista estaba indexada en el listado de la Science Citation Index Expanded (SCIE), en la categoría Multidisciplinary sciences, situándose el CUARTIL 1 (Q1), puesto 25 de las 135 revistas incluidas en la categoría, con un factor de impacto de 3.9 (2024). Según Journal Citation Reports, en este mismo año, la revista obtuvo una puntuación eigenfactor de 0.88141. Teniendo en cuenta los últimos 5 años, el factor de impacto se sitúa en 4.3. El artículo cuenta con estatus de Open Access Gold. Según SJR (SCImago Journal & Country Rank), la revista Scientific Reports tiene un h index= 347, situándose en el Cuartil 1 de la categoría Multidisciplinary en el año de publicación de la aportación. Además, la revista en este mismo año también estaba indexada en SCOPUS CUARTIL 1 (Q1). Esta aportación aparece también en PubMed.

Pese a su reciente publicación, el artículo posee 1081 visualizaciones a través de la página web de Nature y 22 a través de ResearchGate.



El tercer artículo se titula “Health perceptions and lived vulnerabilities of undocumented migrant women living in settlements in southern Spain: An interpretative phenomenological study.” La revista internacional Wellbeing, Space and Society, en la que se ha publicado la aportación presentada, es una revista editada por Elsevier, fundada en 2020. Revista de acceso abierto producida y editada en Países Bajos. *Wellbeing, Space & Society* es una revista interdisciplinaria que se ocupa del papel que juegan el espacio y el lugar en la configuración del bienestar. En esta revista, todos los artículos son sometidos a un screening inicial del equipo editorial, revisión por pares, y

finalmente por un editor académico. En 2025, año de publicación de la aportación, la revista estaba indexada en el listado de la Emerging Sources Citation Index (ESCI) de la Web Of Science, en la categoría de Public, environmental and occupational health, así como en Geography. En 2025, año de publicación del artículo, se situó en el CUARTIL 2 (Q2), puesto 48 de las 173 revistas incluidas en la categoría, con un factor de impacto de 2.2. Según Journal Citation Reports, en este mismo año, la revista obtuvo una puntuación eigenfactor de 0.18943. Teniendo en cuenta los últimos 5 años, el factor de impacto se sitúa en 0,00086. El artículo cuenta con estatus de Open Access Gold. Según SJR (SCImago Journal & Country Rank), la revista Wellbeing, Space and Society tiene un h index= 15, situándose en el Cuartil 1 de la categoría Geography, Planning and Development en el año de publicación de la aportación. Esta aportación aparece también en PubMed. Pese a su reciente publicación, el artículo posee 5 lecturas a través de Mendeley y 6 a través de ResearchGate y 1 recomendación.



Por último, “Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study” es el cuarto artículo que compone esta tesis doctoral, publicado en 2025 en la revista BMC Palliative Care. Es una revista de acceso abierto, fundada en 2013, producida y editada en Inglaterra por Springer Nature. Publica sobre diversos aspectos relacionados con cuestiones clínicas, científicas, éticas y políticas, locales e internacionales, sobre todos los aspectos de los cuidados paliativos y de hospicio para los moribundos y para aquellos con un sufrimiento profundo. En esta revista, todos los artículos son sometidos a un screening inicial del equipo editorial,

revisión por pares, y finalmente por un editor académico. En 2025, año de publicación de la aportación, la revista estaba indexada en el listado de la JOURNAL CITATION REPORTS (SSCI y SCIE) de la WEB OF SCIENCE. Se encuentra en ambos en las categorías Health Policy and services y Health care sciences and services. En 2025, año de publicación del artículo, se trata de una revista con factor de impacto y bien clasificada en los Subject Category Listings de Web of Science. En concreto, en SSCI se situó en el CUARTIL 1 (Q1), puesto 29 de las 124 revistas incluidas en la categoría Health Policy and services y en SCIE se situó en CUARTIL 2 (Q2), puesto 39 de las 87 revistas incluidas en la categoría, con un factor de impacto de 4.614 Según Journal Citation Reports, en este mismo año, la revista obtuvo una puntuación eigenfactor de 0.00683. Teniendo en cuenta los últimos 5 años, el factor de impacto se sitúa en 3.6. El artículo cuenta con estatus de Open access Gold. Según SJR (SCImago Journal & Country Rank), la revista International BMC Palliative Care tiene un h index = 62, situándose en el Cuartil 1 de la categoría Medicine en el año de publicación de la aportación. Esta aportación aparece también en PubMed.

Esta publicación ha sido visualizada 4662 veces y 10 veces citada, según datos reportados desde Dimensions (pub.1188341088), situándose en el 25% superior de todos los resultados de investigación puntuados por Altmetric. Según Google Académico, el artículo ya ha sido citado 20 veces en revistas como International Journal of Qualitative Methods (FI:3.8), BMC Public Health (FI:3.6), Nursing Reports (FI:2), Wellbeing, space & Society (FI:2.2), Y Healthcare (FI:2.7), entre otras.

Siendo un artículo de reciente publicación, en ResearchGate, ha sido leído 82 veces, citado 10 veces y recomendado 1 vez. Además, posee una puntuación de interés de investigación un 96% superior a la de los artículos de investigación publicados en su mismo año.

Desde enfoque interdisciplinar, el artículo aporta una visión original e innovadora ante el reto de

abordar, desde enfoque cualitativo, las dificultades que experimenta el personal de enfermería al atender a pacientes culturalmente diversos en procesos de final de vida. La relevancia del artículo radica en visibilizar estas dificultades como un reto emergente en salud, sentando bases sobre las que articular políticas sociales y sanitarias.

Su proyección internacional apunta la relevancia del tema en salud pública, dada la complejidad emocional y cultural que atraviesa el cuidado en este momento, y los procesos de vulnerabilidad a que se exponen tanto los trabajadores sanitarios, como sus pacientes, promoviendo una atención humanizada dirigida a la equidad en salud en final de vida.

Este artículo presenta una aportación original en el ámbito de la salud pública al explorar, desde un enfoque cualitativo e interdisciplinar, las dificultades que enfrenta el personal de enfermería en cuidados paliativos al atender a pacientes culturalmente diversos en procesos de final de vida. La investigación visibiliza retos clave poco abordados, como barreras lingüísticas, diferencias en creencias y rituales, carencias en formación en competencia cultural y el impacto emocional en los profesionales.

Esta perspectiva innovadora responde a una prioridad reconocida por la OMS: la incorporación de la dimensión cultural en la atención sanitaria, especialmente relevante en un momento tan crítico como el final de la vida. La contribución se enmarca en el ámbito internacional, publicada en una revista científica de proyección global y en acceso abierto, lo que garantiza su difusión y transferencia. Además de su relevancia académica, ofrece bases empíricas para diseñar estrategias que mejoren la calidad, equidad y humanización de los cuidados paliativos, impactando positivamente en colectivos vulnerables y profesionales del sistema de salud. Se trata de una aportación alineada con los objetivos de ciencia abierta y con potencial aplicación práctica en políticas y programas de salud intercultural.

Para resumir toda la información aportada, en la Tabla 2 se presenta un informe que detalla el factor de impacto de estas publicaciones según la herramienta JCR de Clarivate.

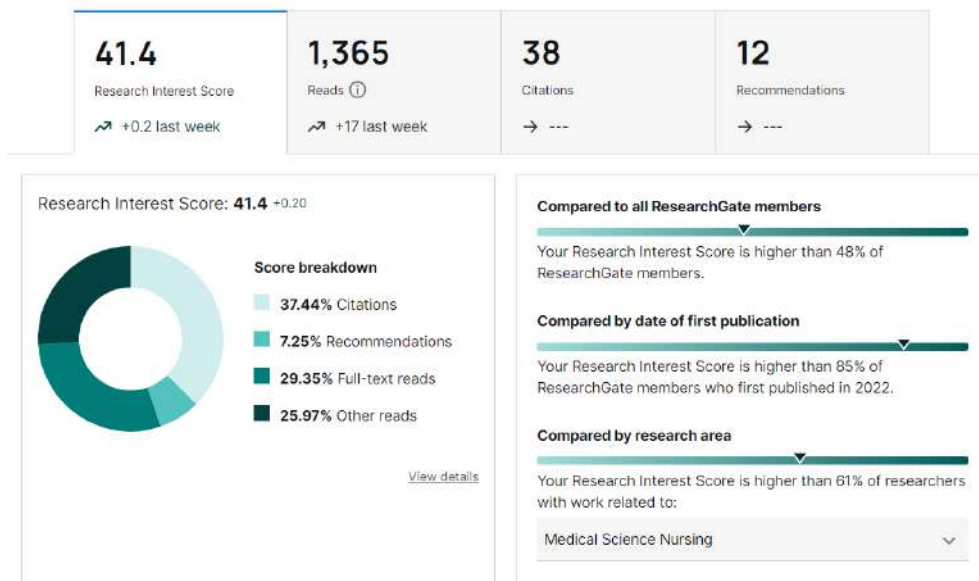
Tabla 2. Relación de artículos publicados incluidos en la tesis doctoral y las métricas de las revistas científicas en las que han sido publicadas.

ARTÍCULO 1	<i>Título</i>	Migratory Experience as a Factor of Vulnerability: Navigating Loss, Gratitude, and Meaning
	<i>Autores</i>	María José Cáceres-Titos , E. Begoña García-Navarro, Mayckel da Silva Barreto
	<i>Publicación (año)</i>	Healthcare (2025)
	<i>Categoría (posición)</i>	Health Policy & Services (35/124) (Q2)
	<i>Factor de impacto</i>	2.7
ARTÍCULO 2	<i>Título</i>	Emotional dimension associated with the migratory experience of adult refugees and asylum seekers
	<i>Autores</i>	María José Cáceres-Titos , Ana María Fernández Araque, E. Begoña García-Navarro
	<i>Publicación (año)</i>	Scientific Reports (2025)
	<i>Categoría (posición)</i>	Multidisciplinary (25/135) (Q1)
	<i>Factor de impacto</i>	3.9
ARTÍCULO 3	<i>Título</i>	Health perceptions and lived vulnerabilities of undocumented migrant women living in settlements in southern Spain: An interpretative phenomenological study
	<i>Autores</i>	María José Cáceres-Titos , María R. Cabillas-Romero, E. Begoña García-Navarro
	<i>Publicación (año)</i>	Wellbeing, Space and Society (2025)
	<i>Categoría (posición)</i>	Public, environmental and occupational health (48/173) (Q2)
	<i>Factor de impacto</i>	2.2
ARTÍCULO 4	<i>Título</i>	Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study
	<i>Autores</i>	María José Cáceres-Titos , José Miguel Porras-Santana, María R. Cabillas-Romero, E. Begoña García-Navarro
	<i>Publicación (año)</i>	BMC Palliative Care (2025)
	<i>Categoría (posición)</i>	Health Policy and services (29/124) (Q1)
	<i>Factor de impacto</i>	3.6

Con el fin de contextualizar la producción investigadora asociada a esta tesis doctoral, se presentan a continuación los principales indicadores bibliométricos obtenidos en las plataformas ResearchGate y Google Académico, que permiten valorar el alcance, la difusión, el impacto y la visibilidad científica.

En ResearchGate, La puntuación de interés en la investigación es de 41.4, con un total de 1,362 lecturas, 38 citas y 12 recomendaciones. El puntaje se sitúa por encima del 85% de los miembros que publicaron por primera vez en 2022, como es este caso, y del 61 % de los investigadores en el área de Medical Science Nursing (Figura 3).

Figura 3. Estadísticas generales del perfil en ResearchGate.



En Google Académico, el perfil acumula un total de 63 citas, con un índice h = 4 y un índice i10 = 3, mostrando un crecimiento progresivo en el número de citaciones desde el año 2022, lo que refleja una consolidación de la trayectoria investigadora (Figura 4).

Figura 4. Indicadores de citación del perfil en Google Académico.



CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES



1. Contexto general del fenómeno migratorio

1.1 La migración como fenómeno humano y social

La movilidad humana ha sido una constante a lo largo de la historia. Desde las primeras civilizaciones, las personas se han desplazado en busca de alimento, seguridad y mejores condiciones de vida. Sin los movimientos migratorios, la evolución social, cultural, económica y política de las sociedades humanas no puede comprenderse en su totalidad (Adger et al., 2023).

A lo largo de los siglos, las dinámicas migratorias han respondido tanto a necesidades básicas como a aspiraciones personales, familiares o comunitarias. Las motivaciones para migrar pueden ser voluntarias, como la búsqueda de prosperidad, oportunidades laborales, o reunificación familiar, o forzadas, derivadas de conflictos bélicos, persecuciones, desastres naturales o vulneraciones de los derechos humanos. Sin embargo, la distinción entre ambas resulta cada vez más insuficiente, pues la literatura subraya la existencia de trayectorias complejas que van más allá de la racionalidad económica o la necesidad material, sino que integra también los procesos simbólicos y sociales que la sustentan (De Haas, 2021).

En este marco, diversos autores han descrito el efecto demostración como un fenómeno que contribuye a explicar la continuidad de los movimientos migratorios (Massey et al., 1993; Stark & Bloom, 1985). Este efecto se produce cuando las experiencias y logros percibidos de los migrantes que ya se han desplazado generan un modelo aspiracional en las comunidades de origen, influyendo en las decisiones de otros individuos o familias. A través de las remesas, los relatos de éxito o la mejora visible en las condiciones de vida de quienes migran, se consolida una imagen idealizada de la migración, que actúa como estímulo simbólico, social y cultural.

Así, la decisión de migrar no surge únicamente de la necesidad económica, sino también del deseo de emular un estilo de vida percibido más próspero y digno. Este proceso, explica por qué incluso en contextos de dificultad o riesgo, la migración se reproduce y perpetúa dentro de determinadas comunidades.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce en su artículo 13, que toda persona “tiene derecho a circular libremente, elegir su residencia y salir o regresar a su país” (ONU, 1948). No obstante, como señala Mbembe (2019), este derecho, lejos de ser universal, sigue siendo un privilegio limitado a una minoría, condicionado por factores sociales, políticos y económicos. De este modo, los derechos humanos no dependen solo de la condición humana, sino también del contexto de origen y de las estructuras que determinan las oportunidades de cada individuo.

1.2 Categorías migratorias

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020), define *migrante* como toda persona que se traslada fuera de su lugar habitual de residencia, ya sea dentro de su propio país o hacia otro, con independencia de su estatus legal, motivos o duración de la estancia. Esta definición amplia permite comprender la movilidad humana como un proceso dinámico, que puede responder tanto a decisiones voluntarias como a situaciones de necesidad.

En el caso de migrar fuera del país, se hace referencia al concepto de “inmigrante”, entendido como “una persona de la vivienda que ha nacido en el extranjero es mayor de 15 años y vive en España (o tiene intención de hacerlo) desde hace 1 año o más tiempo” (Se excluye el caso de españoles de nacimiento nacidos fuera de España que en el año de llegada a España tenían menos de 2 años) (INE, 2025).

Dentro de este marco, conviene diferenciar otras figuras vinculadas al desplazamiento forzoso. Según la Organización Internacional para las Migraciones (IOM, 2011), el concepto de “Personas solicitantes de protección internacional”, entendiendo que la protección internacional incluye tanto el derecho de asilo, que se concede a refugiados, como la protección subsidiaria, que se concede a los migrantes no refugiados pero que se encuentran en determinadas situaciones de riesgo.

La condición de refugiado reconoce a toda persona que, "debido a un temor fundado de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social particular u opinión política, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede, o debido a dicho temor, no quiere acogerse a la protección de ese país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él, y no esté incurso en alguna de las causas de exclusión, denegación o revocación establecidas en la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del Derecho de Asilo y la Protección Subsidiaria". Una cifra que dista del 35% de la Unión Europea para el mismo año. Las personas a las que se les deniega la protección internacional pasan a condición de migrantes en situación administrativa no documentada. Por su parte, la solicitud de asilo es aquella condición donde la persona ha pedido el reconocimiento de refugiado y cuya solicitud está aún en trámite, lo que la sitúa en una posición de especial vulnerabilidad al carecer de un estatus legal estable (United Nations General Assembly, 1950).

En conjunto, las diferentes categorías migratorias no solo describen realidades demográficas y jurídicas, sino que delimitan posiciones sociales, niveles de acceso a derechos y grados de vulnerabilidad, influyendo de manera decisiva en las trayectorias de salud, bienestar y autonomía de las personas migrantes.

1.3 Factores impulsores de la migración

La migración es un fenómeno complejo que no puede atribuirse a una sola causa, sino a un entramado de factores estructurales, culturales, económicos y personales que se entrelazan de forma dinámica (Hagen Zanker, 2008). Cada desplazamiento humano refleja una historia de búsqueda: de seguridad, de libertad, de oportunidades o, simplemente, de esperanza. En este sentido, comprender por qué las personas migran requiere integrar tanto las condiciones del contexto como las aspiraciones, capacidades y vínculos sociales de quienes deciden o necesitan desplazarse.

Las teorías clásicas de la migración situaron la racionalidad individual en el centro del proceso. Sjaastad (1962) interpretó la migración como una inversión en capital humano, basada en un análisis de costo-beneficio, mientras que el modelo de atracción-repulsión de Lee (1966) destacó la influencia de factores positivos y negativos en los lugares de origen y destino. Si bien estas perspectivas aportaron un marco inicial relevante, han sido ampliamente criticadas por su visión reduccionista, que no logra explicar por qué muchas personas permanecen en contextos de desigualdad estructural sin migrar (Bogue, 1977).

En respuesta a estas limitaciones, enfoques posteriores incorporaron dimensiones sociales, familiares y comunitarias (Anam & Chiang, 2007; Boyd, 1989). Estas dimensiones no solo facilitan o limitan la migración, sino que también influyen en su dirección y dinámica (Haug, 2008). Según De Haas (2021), migrar depende tanto de la aspiración a una vida mejor como de la capacidad real para hacerlo, influida por factores materiales, legales, sociales y culturales.

Van Hear et al. (2018) proponen entender los impulsores de la migración desde tres categorías que interactúan de forma contextual y en función del tiempo, espacio y condiciones estructurales. Estas tres categorías son denominadas factores predisponentes (como desigualdades estructurales o normas sociales), factores mediadores, que pueden facilitar, restringir o frenar la movilidad (por ejemplo, las políticas migratorias o las normas culturales) y factores inmediatos (como el desempleo, los conflictos o los desastres naturales), que actúan como detonantes directos de la decisión de migrar.

Para sintetizar la diversidad de determinantes migratorios, Hagen-Zanker (2008) desarrolla una taxonomía ampliamente utilizada, compuesta por nueve dimensiones y veinticuatro factores impulsores. Cada uno de estos elementos puede actuar de manera directa o indirecta en la decisión de migrar, y su influencia varía según el contexto, el momento histórico y la posición social de las personas migrantes (Tabla 3).

Tabla 3. Taxonomía de los factores que impulsan la migración: dimensiones y factores determinantes.

Dimensiones de los factores determinantes	Factores determinantes
<i>Demográficas</i>	Dinámica de la población Tamaño y estructura familiar
<i>Económicas</i>	Condiciones económicas y laborales Mercado de trabajo y empleo Desarrollo urbano/rural y nivel de vida Pobreza y desigualdad
<i>Ambientales</i>	Cambio climático y condiciones ambientales Desastres naturales y crisis ambientales
<i>Desarrollo humano</i>	Servicios educativos y oportunidades de formación Servicios de salud y situación sanitaria
<i>Individual</i>	Recursos personales y experiencia migratoria Aspiraciones y actitudes de los migrantes
<i>Político-institucional</i>	Infraestructuras públicas, servicios y provisiones Gobernanza e infraestructura migratoria política migratoria y otras políticas publicas Derechos civiles y políticos Seguridad, conflicto, guerra y violencia situación política, represión y transiciones de régimen
<i>Sociocultural</i>	Comunidades migrantes y redes Normas y vínculos culturales Género
<i>Supranacional</i>	globalización y poscolonialismo Redes transnacionales Relaciones internacionales y transformaciones geopolíticas

Fuente: Hagen-Zanker, 2008.

1.4 Datos demográficos migratorios de Europa, España y Andalucía

A nivel global, se estima que más de 304 millones de personas viven fuera de su país de origen, configurando un fenómeno global de gran complejidad y diversidad (Paez-Deggeller, 2025). Cada una de las motivaciones que impulsan la migración refleja las desigualdades y tensiones que estructuran el mundo contemporáneo, así como las aspiraciones humanas de seguridad y bienestar.

Europa ha sido, históricamente, uno de los escenarios más relevantes de las migraciones. Tras los movimientos asociados a la colonización, durante los siglos XVIII y XIX, los avances en el transporte y la expansión colonial hacia América, África y Oceanía propiciaron un intenso movimiento transoceánico de población. Estas migraciones fueron, en gran medida, voluntarias y económicas, asociadas a la búsqueda de recursos y oportunidades en los territorios colonizados. Sin embargo, a partir del siglo XX, millones de personas se vieron obligadas a abandonar sus hogares, debido a las Guerras Mundiales, los desplazamientos forzados y los procesos de reconstrucción (Ostios, 2012). En 2024, la Unión Europea experimentó una migración neta positiva de 2,3 millones de personas, compensando el descenso natural de la población. Este crecimiento se atribuye en gran parte al aumento de los movimientos migratorios tras la pandemia por COVID-19. Los principales países receptores de la Unión Europea fueron Alemania y España, con 1.271.000 y 1.250.000 inmigrantes, respectivamente, representando ambos el 21% del total de inmigrantes de la Unión Europea en 2025 (Eurostat, 2025).

En el caso español, el fenómeno migratorio ha tenido una evolución particular, pasando de ser un país de emigración en los años 50 y 60 a convertirse, tras la transición democrática y la integración en la Comunidad Económica Europea, en un país receptor. Es a partir de los años 90 cuando comienza a aumentar la llegada de población del Magreb, América Latina y Europa del Este (Calderón & Del Olmo, 2005). No obstante, estos flujos no han sido constantes. A partir de 2008, la crisis económica global provocó una significativa ralentización de la llegada de inmigrantes y un nuevo aumento de la emigración española hacia el exterior. Este periodo evidenció la estrecha relación entre las dinámicas migratorias y los ciclos económicos, mostrando cómo las crisis impactan de manera directa sobre la movilidad humana (Arango et al., 2019).

En las últimas décadas, España se ha consolidado como un país clave de tránsito y destino para numerosas personas migrantes. Su localización geográfica, su clima y la demanda de mano de obra en sectores como la agricultura, el trabajo doméstico y los cuidados, han favorecido la llegada de población extranjera procedente, principalmente, de África, América Latina y Europa del Este. La Ley 12/2009, de 30 de octubre, modificada en 2022, regula el derecho de asilo y la protección subsidiaria, y garantiza el acceso a servicios básicos a quienes carecen de recursos económicos. Sin embargo, las condiciones de inserción laboral y social varían considerablemente según el origen, el

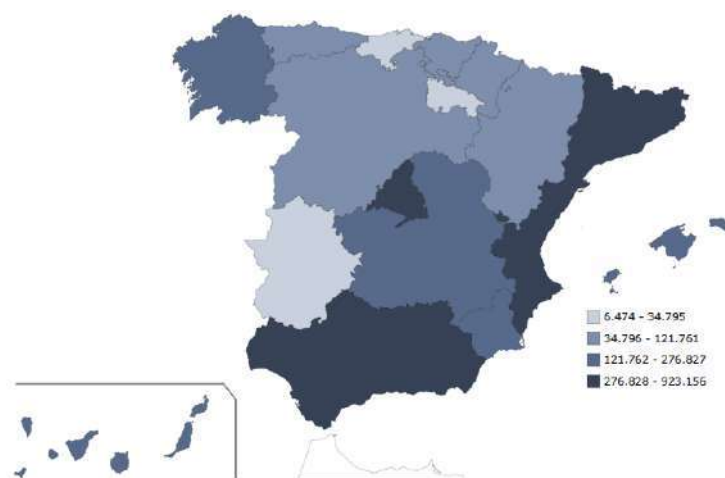
género y la situación administrativa, generando importantes desigualdades estructurales que se producen desafíos complejos y multidimensionales en la gestión de la diversidad cultural y social (World Health Organization, 2022).

En 2019, España recibió más solicitudes de protección internacional que en cualquier otro año desde la aprobación de la primera Ley de Asilo en 1984, con un total de 118 264 solicitudes (CEAR, 2020). Habiendo concedido el estatuto de refugiado en torno al 10% de estos solicitantes, España se sitúa muy por debajo de la media de la Unión Europea en este aspecto, que concede este estatuto al 31 % de las solicitudes que recibe (Informe anual de CEAR, 2022). Siguiendo la información proporcionada por la Dirección General de Migraciones (DGM), el proceso de acogida de las personas solicitantes de protección internacional sigue un itinerario cuya duración suele ser de 18 meses, ampliable a 24 en el caso de personas en situación de especial vulnerabilidad (REDISIR, 2023).

Específicamente, América Latina es uno de los principales países desde los que vienen personas migrantes, con un amplio número de mujeres que buscan protección internacional (Domingo, 2024). Estas mujeres a menudo llegan a contextos de alta vulnerabilidad, donde los sistemas institucionales luchan por responder a sus necesidades emocionales y culturales específicas (Mendola, 2022).

El siguiente gráfico muestra la distribución de inmigrantes por comunidad autónoma en España, según el continente de origen, donde se evidencia una mayor concentración de población migrante en Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid (Figura 5).

Figura 5. Inmigrantes por comunidad autónoma, según el continente de origen de la migración española.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2025.

En el contexto andaluz, las transformaciones han sido especialmente notables. Tradicionalmente una tierra de emigración, Andalucía se ha convertido, en las últimas décadas, en un territorio receptor y de tránsito, con presencia creciente de población procedente del norte de África, Europa del este y América latina. La población migrante empadronada en Andalucía representaba el 9,5% de la población en 2023, destacando las provincias de Málaga, Almería, Huelva y Granada. Esta realidad ha configurado una sociedad diversa y multicultural, que plantea nuevos desafíos para las políticas sociales, educativas y sanitarias, así como para la comprensión del proceso migratorio (INE, 2025).

2. Implicaciones del proceso migratorio para la salud y el bienestar

2.1 Migración y determinantes sociales de la salud: una mirada estructural

La relación entre migración y salud, abordada desde 1912 en su vertiente infectocontagiosa, se ha convertido en un eje central en la investigación y en la planificación de políticas sanitarias (Abel, 2003). La migración no puede entenderse únicamente como un desplazamiento geográfico, sino como un proceso vital, social y político complejo que transforma profundamente la vida de las personas en sus dimensiones personal, familiar, social y profesional. Supone un cambio en el entorno físico, social y cultural que implica la pérdida de vínculos, la reconfiguración de identidades y la necesidad de adaptación a nuevas normas, lenguas y estructuras sociales (Lazarus & Folkman, 1984).

Estas transiciones vitales generan un impacto directo en la salud y el bienestar. Los procesos de despedida, adaptación o integración conllevan emociones intensas, que influyen en la estabilidad emocional y la salud mental. Al mismo tiempo, las condiciones materiales y estructurales en las que se desarrolla la experiencia migratoria actúan como determinantes sociales de la salud. La precariedad laboral, la vivienda inadecuada o la falta de redes de apoyo y de recursos básicos, actúan como determinantes sociales de la salud, que condicionan la posibilidad de mantener una vida saludable (Hynie, 2018).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DDS), promovido por la Organización Mundial de la Salud, ha permitido visibilizar cómo las condiciones sociales, económicas y ambientales configuran la salud de las poblaciones. Factores como el nivel educativo, el estatus legal, el dominio del idioma, el género o la situación económica son determinantes clave del acceso y uso de los servicios sanitario (Chelak & Chaloke, 2023). Sin embargo, este marco conceptual ha recibido críticas en los últimos años, especialmente por su tendencia a ofrecer una visión descriptiva más que explicativa, por su insuficiente problematización de las relaciones de poder y por su limitada capacidad para abordar los mecanismos estructurales que generan desigualdad (Thimm-Kaiser et al., 2023).

Diversos autores proponen actualmente un enfoque estructural que sitúe la salud dentro de las dinámicas del capitalismo global, las políticas migratorias, el racismo institucional y las desigualdades de género (Gkiouleka et al., 2023). Desde esta perspectiva, los determinantes no son condiciones aisladas, sino expresiones de estructuras de poder que distribuyen de manera desigual los recursos, el reconocimiento y las oportunidades de bienestar. La migración, en este sentido, no solo expone a las personas a vulnerabilidades materiales, sino que las inserta en regímenes de frontera, control y exclusión que tienen efectos directos sobre su salud y acceso a derechos básicos.

2.2 La interseccionalidad como marco analítico para comprender la vulnerabilidad del migrante

La experiencia migratoria se configura en la intersección de múltiples vulnerabilidades, que impactan de forma directa o indirecta en su salud. La situación de salud es reflejo de la situación de partida conjugada con los factores y situaciones que va a encontrar en el proceso de tránsito y en el país de destino, en el que van a estar en situación socioeconómica desfavorable (IOM, 2021). Además, las desigualdades estructurales, las políticas migratorias restrictivas y los discursos sociales de exclusión también influyen en cómo las personas migrantes viven su salud, acceden al sistema sanitario y se integran en el país de acogida. Reconocer estas interdependencias es esencial para orientar políticas y prácticas sanitarias que promuevan la equidad, la justicia social y la competencia cultural en salud.

La interseccionalidad, distinguida desde hace décadas en la investigación en salud (Bowleg, 2012), sigue siendo una herramienta clave para comprender las desigualdades en salud, particularmente en relación con el espacio como determinante social clave (Bambra, 2022). Este enfoque parte de que categorías como el género, la raza, la clase social y el estatus migratorio, no operan de forma aislada, sino que se cruzan y combinan para producir experiencias específicas de discriminación, vulnerabilidad o resistencia (Conteh et al., 2021).

Dado que sus definiciones y usos varían considerablemente (Abrams et al., 2020; Else-Quest & Hyde, 2016), enfatizan, la investigación interseccional debe atender a la experiencia vivida de ocupar múltiples posiciones sociales entrelazadas, considerar cómo están incrustadas en las dinámicas de poder y reconocer su naturaleza fluida y contextual.

Esta investigación se basa en la creencia de que las perspectivas situadas de los individuos dan forma a su comprensión y conocimiento del mundo a través de sus experiencias y reflexiones. Adopta un enfoque reflexivo y colaborativo que posiciona a los participantes como contribuyentes activos en el proceso de investigación (Plano, 2017).

La necesidad de comprender mejor cómo estas condiciones afectan la salud de las poblaciones

migrantes, tanto directamente (bienestar físico y emocional) como indirectamente (a través de las condiciones de vida a las que se enfrentan), se alinea con estudios recientes (Hernández, 2019; Napier et al., 2014) que abogan por enfoques analíticos capaces de captar la compleja interacción de los factores influyentes.

En este contexto, es esencial reconocer que cada persona tiene una historia, una cultura y unos valores que influyen directamente en su percepción de la salud y el bienestar (Loyd, 2020). Estas características intrínsecas interactúan con las dimensiones entrecruzadas de la identidad y la experiencia vivida, lo que configura aún más las respuestas emocionales de las personas y su capacidad para afrontar los retos de la migración forzada.

La interacción entre las necesidades individuales y el concepto de salud aceptado globalmente por la sociedad y las instituciones sanitarias puede generar tensiones y desafíos. La importancia de reconocer y respetar esta intersección se magnifica en el contexto de la inmigración, que provoca una reconfiguración de las necesidades individuales, ya que los migrantes deben adaptarse a nuevas realidades culturales, sociales y sanitarias.

Estas vulnerabilidades no surgen de forma aislada, sino que tienen sus raíces en sistemas de desigualdad. La teoría ecosocial de Nancy Krieger (2012) destaca cómo las desigualdades estructurales y sociales se encarnan biológica y emocionalmente, creando disparidades de salud con el tiempo. De manera similar, el *marco de interseccionalidad* de Kimberlé Crenshaw (1991) proporciona una lente para comprender cómo los sistemas de opresión superpuestos dan forma a distintos patrones de exclusión y sufrimiento.

La experiencia del duelo migratorio no es uniforme y está profundamente influenciada por factores interseccionales como el género, la clase social, la etnicidad y el estatus legal. Estos elementos pueden intensificar las vulnerabilidades y complicar el proceso de adaptación. Esta dimensión emocional y subjetiva de la migración constituye el núcleo central de esta investigación, ya que es en el reconocimiento de estas experiencias donde se puede construir un cuidado más humano y efectivo.

Desde una perspectiva de salud pública, es crucial abordar las dificultades de acceso a los servicios sanitarios a las que se enfrentan las personas migrantes, a menudo exacerbadas por barreras lingüísticas y culturales que obstaculizan una comunicación efectiva. La combinación de estas barreras con la falta de redes de apoyo, la exposición a situaciones de violencia y el estrés psicosocial configura un estado de vulnerabilidad social que afecta directamente la calidad de vida y el bienestar integral.

2.3 Barreras estructurales y desigualdades en el acceso sanitario

Las personas migrantes que acceden a los servicios sanitarios representan numerosos desafíos, los cuales afectan a todas las dimensiones de su salud. Estos retos no se limitan únicamente a sus condiciones de salud, sino que también incluyen barreras estructurales, lingüísticas y culturales que dificultan su integración plena en los sistemas de salud (Abubakar et al., 2018). Sus necesidades de atención son diversas e incluyen desde problemas de salud mental relacionados con experiencias traumáticas hasta enfermedades transmisibles, patologías crónicas y necesidades específicas de su ciclo vital. Este contexto actúa como un estresor continuo, dificultando la adherencia terapéutica y manteniendo a muchas personas en un estado de alerta constante tras la migración (Djelantik, 2020).

En España, uno de cada cinco migrantes en España ha enfrentado algún tipo de barrera relacionada con el acceso sanitario, resultado de la interacción entre elementos organizacionales, culturales, lingüísticos, socioeconómicos y legales (Fagundo-Rivera et al., 2025). Estas dificultades se intensifican en personas indocumentadas, afectadas por la desinformación, los obstáculos administrativos, las dificultades idiomáticas y el miedo a ser deportados o estigmatizados.

Aunque la legislación española garantiza el derecho a la atención sanitaria básica, la implementación desigual entre comunidades autónomas genera un acceso fragmentado y, en ocasiones, insuficiente. Grupos como mujeres, jóvenes y personas con enfermedades crónicas son especialmente vulnerables a la discriminación y la exclusión (Gil-Salmerón et al., 2012; Ndumbi et al., 2018). Además, las diferencias culturales en torno al género y la atención a la salud generan tensiones adicionales en la práctica clínica (Hong et al., 2018; Ndumbi et al., 2018).

Entre las barreras más determinantes, se encuentra la idiomática: la ausencia de intérpretes y mediadores interculturales provoca malentendidos, diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados (Derose et al., 2007; Lindholm, 2012). A ello se suma la desinformación sobre el funcionamiento del sistema sanitario y los requisitos para obtener la tarjeta sanitaria, lo que dificulta el acceso de personas sin empadronamiento o documentación válida (Benjamins & Middleton., 2019; Lindholm, 2012). Este desconocimiento genera miedo, desconfianza y un menor uso de los servicios de salud, incluso en situaciones de urgencia (Hanssens et al., 2017).

A estas dificultades se suma la precariedad laboral, marcada por horarios extensos de trabajo y duras condiciones que, unido a la falta de transporte accesible, dificultan acudir a consultas o mantener tratamientos, especialmente en sectores como el agrícola (Hanssens et al., 2017; Hong et al., 2018). En este contexto, los profesionales sanitarios reconocen la existencia de estas barreras y la necesidad de mejorar su capacitación en competencia cultural e interculturalidad, así como de contar con más recursos y políticas menos restrictivas para ofrecer una atención más equitativa

(Armstrong et al., 2013).

2.4 Facilitadores y necesidades emergentes en salud

Pese a las dificultades, la literatura identifica diversos factores facilitadores que favorecen el acceso y la atención de las personas migrantes, entre los que se incluyen la presencia de mediadores culturales e intérpretes, la coordinación entre instituciones y ONG, y el fortalecimiento de las redes comunitarias (Jiménez-Lasserrotte et al., 2023; Pérez-urdiales & Goicolea, 2018; Sarahoui, 2023). En este escenario, las organizaciones no gubernamentales desempeñan un papel clave en la orientación, defensa de derechos y acompañamiento emocional de las personas migrantes, actuando como puente entre la población y los servicios de salud.

En cuanto a las necesidades de salud de los inmigrantes, los profesionales señalan que los problemas de salud mental prevalecen entre esta población debido al estrés relacionado con la migración, la discriminación y las dificultades de integración (Jiménez-Lasserrotte et al., 2023; Serre-Delcor et al., 2021). Las malas condiciones de vida, la falta de atención preventiva y las experiencias migratorias traumáticas contribuyen a problemas de salud específicos, particularmente entre los niños migrantes (Jiménez-Lasserrotte et al., 2023), que a menudo carecen de acceso a apoyo de salud mental.

Asimismo, Los sesgos y prejuicios de algunos profesionales afectan a la calidad de la atención, lo que lleva a disparidades en el tratamiento (Hsia & Gil-González, 2021). Las limitaciones del sistema de salud, incluidos los recortes presupuestarios, la escasez de personal y la capacitación inadecuada en competencia intercultural (Bradby et al., 2020; Pérez-Urdiales & Goicolea, 2018), restringen el acceso a una atención adecuada. Además, el sistema sanitario español descentralizado conduce a disparidades regionales en el acceso, con diferentes requisitos administrativos e interpretaciones de las leyes sanitarias entre las regiones (Hsia & Gil-González, 2021; Pérez-Urdiales & Goicolea, 2018; Serre-Delcor et al., 2021). Una meta-revisión sistemática de 38 revisiones destaca que los servicios de intérpretes y mediadores son fundamentales para reducir las barreras lingüísticas, pero están poco implementados en muchos sistemas de salud (Díaz-Millón & Olvera-Lobo, 2025).

Este escenario subraya la necesidad de fortalecer la formación en competencia cultural e interculturalidad, así como desarrollar políticas públicas inclusivas que garanticen la equidad en el acceso a la salud. El reconocimiento de estas necesidades constituye una oportunidad para avanzar hacia un modelo de atención sanitaria más humano, sensible y culturalmente competente. La identificación de facilitadores y necesidades emergentes en salud evidencia que el bienestar de las personas migrantes no depende únicamente del acceso a servicios sanitarios, sino también de la capacidad para gestionar las múltiples pérdidas y desafíos asociados a la migración.

3. Perfil inmigrante y entornos vulnerables

3.1 Refugiados y solicitantes de asilo

Los refugiados y solicitantes de asilo se encuentran en una situación de vulnerabilidad específica debido a su exposición a persecuciones, conflictos armados y violaciones de derechos humanos en sus países de origen. Estas experiencias generan efectos prolongados sobre la salud mental y física, incluyendo estrés postraumático, ansiedad y problemas crónicos de salud (Fazel et al., 2005). Además, la espera prolongada para el reconocimiento del estatus legal restringe su acceso a servicios sanitarios y sociales, aumentando la dependencia de redes informales y organizaciones no gubernamentales (United Nations General Assembly, 1959).

La evidencia empírica ha demostrado una mayor prevalencia de trastornos mentales entre los migrantes forzados en comparación con los que migran voluntariamente (Jurado et al., 2017). Un metaanálisis de Lindert et al. (2009) estimó una prevalencia del 44% para la depresión y del 40% para la ansiedad entre las poblaciones de refugiados. De manera similar, una revisión sistemática de Kokou-Kpolou et al. (2020) identificó que el 33,2% de los refugiados adultos presentan síntomas consistentes con un trastorno de duelo prolongado. En este contexto, el sufrimiento mental y emocional está fuertemente influenciado por factores de riesgo estructurales como el género, el estatus legal, las barreras lingüísticas, el aislamiento social, la discriminación y el acceso limitado a la atención médica y la vivienda (Tastsoglou et al., 2021; Vargas et al., 2020).

El abandono involuntario de su país de origen y las circunstancias que rodean este hecho (Rodríguez et al., 2020), los hacen más vulnerables a los problemas de salud mental (Schlaudt et al., 2020) y enfrentan muchas dificultades para integrarse en el país de acogida. Sin embargo, las tasas de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental son bajas entre las comunidades de refugiados (Byrow et al., 2019).

3.2 Personas indocumentadas

La situación administrativa irregular constituye un determinante estructural de la salud que abarca diversas trayectorias migratorias. Una persona puede encontrarse indocumentada por entrar sin autorización, por estancia regular sobrevenida tras la expiración de visados o permisos, por procesos administrativos complejos que dificultan la renovación, o por demoras y rechazo en las solicitudes de asilo (Castañeda et al., 2015). Esta condición limita significativamente el acceso a derechos fundamentales, incluidos el trabajo, la educación y la atención sanitaria, lo que genera un círculo de precariedad y exclusión social (Jiménez-Lasserotte et al., 2023).

Estudios recientes muestran que la falta de documentación se asocia a una menor utilización de servicios de salud, mayor exposición a riesgos laborales y condiciones de vida inadecuadas, con impactos diferenciados según edad, género y nacionalidad (Fagundo-Rivera et al., 2025). Las

condiciones de vida se ven también profundamente afectadas: la irregularidad administrativa se relaciona con hacinamiento, inestabilidad habitacional y dificultades para acceder a servicios sociales, lo que repercute en mayores tasas de enfermedades (Woodward et al., 2014; Priebe et al., 2014).

3.3 Entornos de asentamientos informales

Aunque los asentamientos españoles aparecieron en la década de 1960, relacionados con el crecimiento industrial y la escasez de viviendas, esta situación empeoró durante la década de 1990, con la llegada de trabajadores agrícolas migrantes, y en 2008, con su crisis económica y un aumento de los flujos migratorios marítimos irregulares (Cepaim, 2018).

La negativa gubernamental a reconocer su derecho a existir a menudo conduce a importantes desafíos de infraestructura, ya que con frecuencia se establecen en terrenos precarios e inadecuados (Azhar et al., 2021; Awuah & Abdulai, 2022), exponiendo a los residentes a condiciones de extrema vulnerabilidad, atravesadas por riesgos sociales y de salud (Deleu et al., 2022; Eyrich-Garg & Hudson, 2021; Rodríguez-Calles & Estrada-Villaseñor, 2022).

En este contexto, la provincia de Huelva, situada en la región de Andalucía, en el sur de España, se erige como un escenario paradigmático del fenómeno migratorio contemporáneo. El desarrollo del modelo agrícola intensivo, centrado en la producción de frutos rojos para la exportación, ha incrementado la necesidad de mano de obra temporal, fundamentalmente extranjera. Esta realidad ha dado lugar a la proliferación de asentamientos informales, donde conviven hombres y mujeres en condiciones de gran precariedad, con acceso limitado a vivienda, agua potable, energía eléctrica, servicios sanitarios y protección social.

Cada año, miles de migrantes soportan condiciones infrahumanas en los espacios marginales de los asentamientos, que reproducen la exclusión social y conducen a situaciones de vulnerabilidad y extrema desprotección (Szocik, 2023, Regata, 2019). En este contexto, el concepto de *sinhogarismo* es especialmente relevante. Más allá de la mera ausencia de una vivienda física, este término engloba la negación de los derechos humanos fundamentales, ya que se refiere a la falta de un hogar seguro, estable y apropiado para una vida digna (Villa-Rodríguez et al., 2023).

En 2017, se identificaron 26 asentamientos en Huelva, que albergan a más de 1.600 personas; entre ellos, solo el 30 % de las mujeres tenían permisos de trabajo, en comparación con el 70 % de los hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2024). Tras la finalización de sus contratos, muchas mujeres migrantes permanecen en España sin un permiso de trabajo válido en una situación marcada por limitaciones administrativas y legales que afectan, entre otros aspectos, a sus opciones de vivienda. Los asentamientos, que surgieron como soluciones habitacionales precarias pero accesibles, se caracterizan por condiciones estructurales que amenazan gravemente la salud

debido a entornos insalubres y múltiples barreras para acceder a la atención médica, el empleo y los recursos sociales (Cepaim, 2018).

Las viviendas en los asentamientos de Huelva consisten en refugios precarios, campamentos improvisados hechos de láminas de plástico, paletas y materiales de desecho. En su trabajo, García-Padilla et al. (2021) analizaron su impacto en la salud, subrayando que el agua, la necesidad más citada, se recolectaba y almacenaba de manera insegura; se acumulaban desechos y el plástico a menudo se quemaba para calentarse o cocinar, creando humo tóxico; Los baños compartidos, las chimeneas y los espacios superpoblados hacían que la vida cotidiana fuera un riesgo para la salud. La vida en estos asentamientos es precaria e insalubre, ya que causa problemas de salud relacionados con el agua y los desechos, así como angustia psicológica relacionada con las condiciones de vida (Gómez-Salgado et al., 2024). A pesar de la heterogeneidad de las poblaciones migrantes que viven en ellas, las características comunes en cuanto a los determinantes socioeconómicos de la salud apuntan a la escasez de recursos económicos producto de las irregularidades administrativas y sus limitaciones, la precariedad laboral, el desempleo, el impacto de las condiciones socioambientales y de vivienda, así como la falta de apoyo social (Gómez-Salgado et al., 2024). Para las mujeres migrantes, vivir en el asentamiento se convierte en una forma de falta de hogar que, como confirman estudios recientes, representa insalubridad y riesgos para la salud que afectan especialmente la salud de las mujeres (Villa-Rodríguez et al., 2023; Gómez-Salgado et al., 2024).

Además de las condiciones descritas anteriormente, la vida en el asentamiento hace que las mujeres se enfrenten a peligros de los que los hombres se salvan: muchas viven con las llamadas "parejas de seguridad" para protegerse, y algunas se ven obligadas a tener relaciones sexuales transaccionales para sobrevivir (Fernández & Quiroga, 2023). En este contexto, el género se vuelve esencial para comprender las desigualdades que permean la realidad de salud que vive la comunidad migrante (Borrell et al., 2004). Relacionado con los roles asumidos por hombres y mujeres dentro de una estructura de poder desigual, determinada histórica y socialmente (Llácer et al., 2007), el género conduce a diferentes posiciones de poder y responsabilidad que afectan la subjetividad de las mujeres (Bacigalupe et al., 2022).

Enmarcar las experiencias de los migrantes que viven en asentamientos como personas sin hogar, en su sentido más amplio de vivienda insegura e inadecuada, permite una comprensión más profunda de las múltiples formas de exclusión que operan en la intersección del género, la condición de indocumentadas y la precariedad de la vivienda (Villa-Rodríguez et al., 2023).

3.4 Mujer migrante y perspectiva de género

La feminización de la migración es una de las transformaciones más notables del fenómeno migratorio contemporáneo (Llácer et al., 2007; Vázquez-Santiago & Peña, 2016; Borrell et al., 2004; Dumbrava, 2024). Cada vez más mujeres migran solas o como principales sustentadoras de sus familias, asumiendo riesgos y responsabilidades que trascienden los roles tradicionales.

Como sociedad de acogida, la desigualdad de género en salud de España revela cómo las dimensiones socioculturales conducen a inequidades de género tanto en la salud de las mujeres (Borrell & Artazcoz, 2008) como en su propio sistema sanitario (Vázquez-Santiago & Peña, 2016). Esto explica cómo las diferencias biológicas se transforman en desigualdades sociales en salud, lo que lleva a procesos discriminatorios que resultan en inequidades en salud socialmente organizadas, injustas y evitables (Borrell et al., 2004). Al considerar un nivel más individual, relacionado con la agencia de las mujeres, encontramos que estas normas históricas y culturales, y sus normas sociales, enmarcan e influyen en las interacciones y acciones sociales, formas "de hacer", que constituyen performativamente la identidad de género (Butler, 2002, Butler, 2004).

Adoptar una perspectiva de género se vuelve esencial para comprender adecuadamente la migración desde una perspectiva de salud. El género no solo influye en la salud general de las mujeres (Manandhar et al., 2018), sino que también da forma a sus experiencias migratorias, procesos de adaptación y exposición a riesgos específicos como la violencia, el abuso, la violación y la trata de personas (Regata, 2019; Stamatel & Zhang, 2018).

Si bien las desigualdades estructurales limitan la salud y el bienestar de las mujeres, también es importante considerar su agencia y capacidad para enfrentar estos desafíos (Grotti et al., 2018).

4. Duelo migratorio

4.1 Conceptualización del duelo

El duelo, del latín *dolus* ("dolor, lástima, aflicción"), ha sido definido como un proceso emocional ante la pérdida de alguien o de algo, que implica reorganización del sistema familiar (Trembl & Kersting, 2018), y tiene un comienzo y un fin (Pereira, 1995). Su expresión pública, el luto (del latín *lugere*: llorar), se manifiesta mediante signos externos, rituales y comportamientos sociales.

Autores clásicos como Pangrazzi (1993) propone una clasificación de pérdidas en cinco grupos: pérdidas de personas significativas, pérdidas de aspectos de sí mismo, pérdidas de objetos externos, pérdidas ligadas con el desarrollo, pérdidas de objetos, de ideales, de ilusiones.

La intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto-sujeto perdido, sino del significado, del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva que se ha tenido en el objeto-persona que se ha perdido, de modo que cuanto mayor es el apego, mayor será el sufrimiento. Asimismo, el duelo conlleva dos tipos de afrontamientos: uno emocional, más

complejo y prolongado, y otro racional, más accesible transcurridos los primeros momentos de la pérdida (Achotegui, 2022). Esta conceptualización proporciona un marco teórico que permite comprender la base emocional, cognitiva y social que subyace a experiencias de pérdida más específicas, como es el caso de la migración.

El duelo migratorio hace referencia al proceso de duelo caracterizado por las múltiples pérdidas asociadas al proceso migratorio (Achotegui, 2009). Este proceso de duelo ya fue descrito en el siglo XVII por Harder y por Zwinger al ponerse en relación el fenómeno migratorio con la nostalgia (Cassin & Linares, 2022), describiéndola bajo diversas denominaciones técnicas como: “trastorno distímico”, “depresión con manifestaciones somáticas”, “trastorno por somatización”.

Este tipo de duelo puede presentarse de manera simple, complicada o extrema. El primero se da cuando la migración se realiza en condiciones favorables y la persona cuenta con un entorno que facilita la inclusión y el desarrollo del proyecto migratorio. Por el contrario, el duelo migratorio complicado emerge cuando la interacción de factores sociales y personales dificulta la elaboración de las pérdidas, aumentando el riesgo de deterioro de la salud mental del migrante e incluso, en casos extremos, del desarrollo del llamado Síndrome de Ulises (Achotegui, 2017).

Este síndrome se manifiesta de forma multidimensional, implicando un malestar emocional acompañado de numerosas pérdidas personales. Además, este malestar está estrechamente relacionado con el desarrollo de síntomas físicos, dada la relación entre la activación psicofisiológica emocional y las consecuencias orgánicas y psicológicas (Boelen & Van Den Bout, 2005).

Desde una perspectiva de salud, comprender estas pérdidas es crucial, especialmente considerando cómo la salud involucra tanto a la persona como a sus condiciones de vida, así como el acceso a recursos que determinan su capacidad de adaptación y gestión frente a los desafíos de la vida (Huber et al., 2011; Lebrano et al., 2020). Por lo tanto, aunque el duelo migratorio se ha analizado desde diversas perspectivas, no suele estudiarse centrándose en el individuo, sino que normalmente se concentra en explorar las consecuencias políticas, económicas o sociodemográficas que genera el proceso (González-Calvo, 2005).

Diversos autores, entre ellos Achotegui (2022), Tizón (1993), y Falicov (1999), señalan que el duelo migratorio posee características particulares que lo distinguen de otros tipos de duelo.

En primer lugar, es un duelo parcial, recurrente y múltiple (Achotegui, 2022). Se trata de un duelo parcial porque el “objeto” de la pérdida, como el país de origen, la familia o la cultura, no desaparece de manera definitiva, sino que permanece la posibilidad de reencuentro (Bocagni, 2012; Bunn et al., 2023).

Se describe entonces como “pérdida ambigua”, dado que el país de origen y los vínculos personales permanecen, aunque separados temporal y espacialmente, generando una situación de

incertidumbre constante (Boss, 2001; Garcini et al., 2019).

El duelo migratorio es también recurrente, con una elevada facilidad de reactivación. Esta recurrencia se manifiesta a través del contacto telefónico, el uso de internet, los viajes esporádicos o la llegada de compatriotas al país de destino, reabriendo continuamente los vínculos y las emociones asociadas. En estas circunstancias, es frecuente que surja la “fantasía de regreso”, especialmente cuando las condiciones en el país de acogida no son favorables.

El duelo migratorio se considera también un duelo transgeneracional, pues puede afectar a los hijos de los inmigrantes, quienes viven atrapados entre la cultura de los padres y la sociedad de acogida (Boss, 2001). La forma en la que los progenitores elaboran su duelo influye en cómo los hijos desarrollan sus propios estilos de afrontamiento.

Además, el duelo migratorio no solo lo sufre quien emigra, sino también los que se quedan en el país de origen (Jerves et al., 2020). La comunicación intermitente reaviva el dolor. La fantasía del regreso, del reencuentro, del reagrupamiento aviva y prolonga los duelos (Solheim et al., 2016).

4.2 Los siete duelos de la migración

Entre las dimensiones específicas del duelo migratorio, siguiendo a Achotegui (2022), se destacan:

- Duelo por la familia y los amigos, que comprende la separación de la familia y amigos, generando una pérdida de la red social fundamental.
- Duelo por la lengua, asociado a la dificultad de expresión en la nueva lengua y la imposibilidad de comunicar aspectos íntimos de la experiencia personal.
- Duelo por la cultura, relacionado con la pérdida de hábitos, costumbres y tradiciones propias del país de origen.
- Duelo por la tierra, que incluye la añoranza de los paisajes, colores, olores y el entorno físico en general.
- Duelo por nivel social, dado que la persona que migra suele incorporarse al último escalafón social independientemente del estatus que ostentara en su país de origen. Cuando la estancia en este peldaño se hace prolongada, máxime cuando no es esta la expectativa, la persona tiende a desmoralizarse, desmotivarse y valorar en negativo su esfuerzo de adaptación y progreso.
- Duelo por el contacto con el grupo étnico. La pertenencia a un grupo étnico proporciona seguridad y reconocimiento; la separación física y la posible experiencia de rechazo o aislamiento en el país de destino intensifican la sensación de pérdida, dificultando la identificación y el apoyo social.
- Duelo por los riesgos físicos. Los riesgos asociados al viaje, las amenazas para la salud y para la integridad física generan una sensación intensa de inseguridad. En algunos casos,

estos riesgos no superan los del país de origen, especialmente cuando la migración se realiza bajo condiciones de amenaza bélica, pero la vivencia de vulnerabilidad persiste y condiciona la experiencia migratoria.

- Duelo por la pérdida del proyecto migratorio: Muchos migrantes inician su proceso con un plan de vida definido y expectativas concretas respecto a lo que desean alcanzar para sí y su familia. La imposibilidad de lograr estos objetivos constituye un factor estresante y desestabilizador, generando frustración y culpa.
- Duelo por no poder regresar: El deseo de retorno es constante; aunque las condiciones económicas y administrativas permiten visitas temporales al país de origen, estas no siempre satisfacen plenamente el anhelo de regresar, lo que puede reactivar el duelo e iniciar un ciclo repetitivo de pérdida. Es posible que la persona migrante experimente emociones contradictorias frente a los logros y fracasos, así como hacía en el país de acogida y de origen, favoreciendo el llamado “duelo perpetuo” (Falicov, 2002).

4.3 Expresiones sintomáticas del duelo migratorio y repercusiones en la salud

El proceso migratorio implica múltiples pérdidas que, al no poder ser elaboradas adecuadamente, pueden dar lugar a manifestaciones clínicas y psicosociales complejas, reflejando la estrecha conexión entre el sufrimiento emocional y la salud integral (Nickerson et al., 2014). Además, estas expresiones sintomáticas, varían según la cultura, el género y las circunstancias individuales, entre otras. Entre las más frecuentes, se destacan las repercusiones emocionales, que incluyen tristeza profunda, culpa, ansiedad, estrés y, en algunos casos, desarrollo de cuadros depresivos (Castillo, 2020).

Estas emociones, suelen vincularse al sentimiento de pérdida, al sentir que se deja atrás a los seres queridos, a la incertidumbre respecto al futuro y a las dificultades para alcanzar los objetivos del proyecto migratorio (Marchetti-Mercer, 2012). La irritabilidad, por su parte, depende de la magnitud de las frustraciones, la falta de autonomía, recursos económicos limitados y jornadas laborales extensas. El miedo, la confusión y la preocupación son también emociones frecuentes, ligado a los riesgos y la incertidumbre del proceso migratorio. La confusión aparece especialmente en los primeros momentos en el país de acogida, debido a diferencias en horarios, rutinas, lugares y costumbres. La presión y las preocupaciones pueden generar insomnio y cefaleas, y la ausencia de una red social estable aumenta el riesgo de preocupaciones excesivas e intrusivas.

Entre las manifestaciones físicas destacan la fatiga crónica, las alteraciones del sueño, la pérdida o aumento de apetito y una mayor somatización de los problemas emocionales, que pueden llegar a producir desajustes fisiológicos vinculados al estrés y la tensión (García-Sierra et al., 2020). El lugar donde dormir, las condiciones para dormir, incluso en situaciones de tener que compartir cama

con desconocidos o intercambiar la cama cada cierto tiempo, son circunstancias altamente estresoras que dificultan un sueño tranquilo (Fuentes, 2020). Asimismo, las consecuencias sociales, como la soledad y el aislamiento, la exclusión y la discriminación, refuerzan el sentimiento de desarraigo y debilitan las redes de apoyo (Schierup & Krifors, 2015).

A este escenario, se suma la influencia de los discursos de odio y las teorías de la conspiración, cuya proliferación en contextos sociales y digitales contribuye a reforzar estereotipos negativos y narrativas de exclusión hacia la población migrante (Díaz & Caballero, 2017). Tal y como se ha evidenciado en estudios recientes, estos discursos no solo afectan a la cohesión social, sino que influyen en la percepción de legitimidad del acceso a derechos, incluidos los sanitarios, y en la vivencia subjetiva de la enfermedad, el sufrimiento y el cuidado (Jedinger et al., 2025). Desde esta perspectiva, los resultados teóricos y empíricos derivados del análisis de dichos discursos, como los abordados en el proyecto PID2021-123983OB-I00, permiten comprender cómo estos marcos narrativos actúan como factores indirectos de riesgo para la salud mental, al reforzar sentimientos de rechazo, miedo, inseguridad y desprotección.

En este contexto de vulnerabilidad acumulada, los migrantes pueden sentir tanto soledad impuesta, al estar lejos de su red de contactos, como la soledad no deseada, al sentirse aislados en el país de acogida (Negi et al., 2021). El establecer nuevas relaciones no resulta tan fácil, debido a las barreras lingüísticas, la pobreza de redes sociales, el desconocimiento de las maneras de “ser y estar” de la sociedad de acogida.

Aunque menos frecuente, también pueden desarrollar ideas de muerte o suicidio, sobre todo vinculadas a momentos de mayor sufrimiento, especialmente cuando la persona se enfrenta a múltiples pérdidas y carece de apoyo social o religioso (Leiler et al., 2019).

Esta situación plantea un reto para la exploración y la intervención, ya que se corre el riesgo de sobrediagnosticar trastornos de la personalidad y otras patologías al confundir los síntomas de afrontamiento con mecanismos de defensa patológicos (Najjarkakhaki & Ghane, 2023). Además, las diferencias culturales, los criterios de diagnóstico del país en el que se les trata o el idioma pueden influir en la atención clínica y el tratamiento (Bhugra & Becker, 2005).

3.5 Elaboración del duelo migratorio

Al igual que otros procesos de pérdida, la elaboración del duelo migratorio es un proceso lento y complejo, influido por factores individuales (personalidad, historia vital, experiencias previas) y contextuales (condiciones de vida, causa de la migración, cultura de acogida). Achotegui (2002), señala diferencias de género. Mientras que los hombres tienden a negar más intensamente el duelo inicialmente, las mujeres expresan su proceso antes.

Durante la elaboración del duelo se activan diversos mecanismos de defensa que permiten afrontar

la tensión emocional derivada de la migración. Entre los más frecuentes se describen la negación, la proyección, el animismo, la formación reactiva y la racionalización, todos ellos orientados a modular el impacto del cambio vital (Pinilla, 2012). Una adecuada elaboración del duelo permite la integración de la nueva situación sin olvidar el país de origen, conciliando ambas experiencias en la vida diaria y promoviendo el crecimiento personal.

El proceso migratorio genera múltiples cambios y nuevas situaciones que deben ser integradas, hasta el punto de modificar la propia identidad del sujeto. La identidad puede entenderse como el conjunto de autorepresentaciones que permiten al individuo sentirse, por un lado, semejante y perteneciente a determinadas comunidades, y por otro, diferente y no perteneciente a otras (Achotegui, 2002).

La identidad se construye a partir de una combinación de lo espacial, lo temporal y lo grupal, tres dimensiones que la migración afecta profundamente. La identidad, por tanto, es siempre un proceso inacabado, una construcción constante que surge de la asimilación exitosa de las nuevas experiencias (La Barbera, 2014). Si el duelo migratorio se elabora adecuadamente, se genera una identidad nueva, más compleja y rica, que no necesariamente se opone a la identidad previa, aunque en ocasiones puede no ser reconocida, o serlo con notables diferencias, por los compatriotas al regresar. Este enriquecimiento identitario constituye un signo de elaboración saludable del duelo migratorio.

Cada proceso de duelo activa un “estilo de afrontamiento” moldeado desde la infancia y sujeto a influencias culturales, personales y sociales. Este estilo de afrontamiento es personal, pero está sujeto a influencias externas, como la cultura. Son múltiples y variados los estilos de afrontamiento que una persona puede tener ante una pérdida. Entre los estilos descritos, podemos destacar los siguientes: activo, evitativo, regresivo, planificado, negación, autolesivo, compulsivo, inhibición, culpabilizante... (Rodríguez et al., 2016). A su vez, la red social tiene un papel importante en el afrontamiento del duelo.

Tradicionalmente, el duelo migratorio se ha concebido como un “pasar normal”, sin intervenciones específicas. Sin embargo, la implementación de dispositivos de alerta en los servicios público, al menos en los servicios sociosanitarios que atienden a la población inmigrante ayudaría a detectar el impacto del duelo. En la práctica clínica, los síntomas asociados al duelo migratorio suelen presentarse de manera fragmentada, sin que se identifique el proceso global que los origina. Esto contribuye a intervenciones centradas en la medicalización del malestar, con escasos apoyos psicosociales y sin un abordaje intercultural que permita comprender el trasfondo del sufrimiento (Kirmayer et al., 2011). Un mayor conocimiento por parte de los profesionales sanitarios ayudaría a reconocer este tipo de duelo, evitar su patologización y promover intervenciones culturalmente sensibles que respondan a las necesidades reales de las personas migrantes.

5. Enfermería, diversidad cultural y cuidado ante la vulnerabilidad

5.1 La enfermería como disciplina de cuidado integral

En un mundo cada vez más globalizado, los movimientos migratorios van en aumento. Esto transforma significativamente los paisajes demográficos y culturales de muchos países, lo que lleva a una pluralidad de tradiciones y creencias que influyen en las percepciones sobre la salud, la enfermedad y, no menos importante, la muerte (Segal, 2019; Phillimore et al., 2019). Este fenómeno plantea desafíos considerables a los sistemas de salud, que no siempre están equipados para abordar adecuadamente las necesidades de las poblaciones culturalmente diversas.

La enfermería se concibe como una disciplina centrada en la persona, su entorno y su salud en todas las etapas de la vida (Nightingale, 1859). En este marco, el acompañamiento ante la vulnerabilidad se erige como un eje fundamental del cuidado.

Desde una perspectiva crítica, comprender las pérdidas experimentadas por los migrantes requiere ir más allá de los marcos que los etiquetan únicamente como "vulnerables" o "excluidos". Aunque a menudo son bien intencionadas, estas categorías pueden reforzar inadvertidamente las formas de invisibilidad si no van acompañadas de esfuerzos genuinos para escuchar sus voces y comprender cómo interpretan y dan sentido a su experiencia migratoria. Como señaló Michel Foucault en su teoría del discurso y el poder (1979), el lenguaje no es neutral sino una práctica social que construye conocimientos, identidades y realidades. La forma en que se nombra y representa a las mujeres migrantes da forma a cómo son percibidas, e incluso cómo pueden llegar a percibirse a sí mismas. Por esta razón, es fundamental abordar no solo los factores estructurales, sino también los procesos de creación de significado a través de los cuales estas mujeres articulan sus propias pérdidas (Kröner & Beedholm, 2019). Escuchar sus narrativas nos permite identificar no solo lo que han perdido, sino también cómo viven, explican y enfrentan su sufrimiento a través de sus marcos culturales, relacionales y simbólicos. Tal comprensión es clave para evitar la reproducción de la violencia epistémica y avanzar hacia prácticas de cuidado más humanas, equitativas y culturalmente sensibles.

A pesar de la importancia de estas pérdidas como consecuencia inherente de la migración, la investigación ha prestado poca atención a sus dimensiones simbólicas y culturales (Crawley et al., 2022). Los migrantes a menudo son abordados desde un marco basado en las necesidades o la vulnerabilidad, sin explorar completamente los procesos de creación de significado a través de los cuales interpretan sus pérdidas y reconstruyen sus identidades.

Comprender cómo los migrantes perciben y procesan estas pérdidas requiere integrar una perspectiva culturalmente informada. La cultura juega un papel crucial en la forma en que las personas perciben y manejan la salud y la enfermedad (Bhugra & Becker, 2005). Arthur Kleinman

(2015) enfatiza la importancia de los modelos explicativos, es decir, las interpretaciones personales y culturalmente formadas sobre la causa, el curso y el tratamiento de la enfermedad. También destaca la importancia de las narrativas culturales y personales para comprender el sufrimiento humano y la experiencia de la enfermedad.

5.2 Diversidad cultural en el cuidado. Competencia cultural

La migración, en particular, puede ser una experiencia vital de sufrimiento y fragilidad, donde la persona se encuentra en un estado de desequilibrio físico, mental y social. En este contexto, la teoría del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (1991) proporciona un marco conceptual fundamental para la enfermería centrada en la diversidad cultural. Leininger define el cuidado como el núcleo central de la disciplina, afirmando que las diferencias culturales influyen en cómo las personas perciben, experimentan y responden al sufrimiento y a la enfermedad. Su enfoque propone que los profesionales de la salud deben identificar las prácticas culturales que promueven la salud y el bienestar, así como aquellas que pueden interferir con los cuidados, para adaptar la atención a los valores, creencias y necesidades de cada paciente.

De manera complementaria, los modelos de competencia cultural, como el propuesto por Campinha-Bacote (2002), aportan un enfoque estructurado para el desarrollo del cuidado cultural en enfermería. Este modelo enfatiza cinco componentes esenciales: conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales, encuentro cultural y deseo cultural, que, en conjunto, permiten a los profesionales proporcionar cuidados sensibles y efectivos en contextos culturalmente diversos.

5.3 Cuidado cultural al final de la vida

Un momento de máxima vulnerabilidad donde la diversidad cultural adquiere una especial relevancia es el final de la vida, un proceso que intrínsecamente ligado a las creencias, rituales y prácticas culturales de cada individuo.

La cultura, como un conjunto de patrones de conocimiento, prácticas, creencias y comportamientos compartidos por los miembros de la comunidad (Lambert et al., 2023), juega un papel central en la atención sanitaria, ya que delinea valores, decisiones, expectativas y prácticas. Por lo tanto, los sistemas sanitarios están culturalmente constituidos y caracterizados por valores, normas y prácticas profundamente arraigados que no siempre se alinean con las expectativas culturalmente diversas de los pacientes.

En el contexto de los cuidados al final de la vida, la conciencia sobre cómo la cultura afecta a los cuidados y a sus prácticas profesionales cobra especial relevancia, ya que afecta a los ámbitos personales y profesionales tanto de los profesionales como de los pacientes. Esta diversidad

cultural representa tanto oportunidades como desafíos para el cuidado de enfermería.

Por un lado, puede conducir al enriquecimiento al fomentar la adopción de perspectivas culturalmente sensibles sobre el cuidado y el sufrimiento (García-Navarro et al., 2023). Por otro lado, estudios realizados en Estados Unidos, Reino Unido y Países Bajos identifican una menor calidad en la atención de grupos étnicamente minoritarios, que enfrentan barreras que pueden limitar su acceso a una atención adecuada (Krauer et al., 2002; De Graaff & Frackle, 2009; Worth et al., 2009; Razum & Bozorgmehr, 2016). Tales barreras se refieren, por ejemplo, a un dominio insuficiente del idioma, sesgos contra los cuidados paliativos, falta de competencia cultural entre los profesionales de la salud y servicios que no se adaptan a sus necesidades (Jansky et al., 2019; Periyakoil, 2020).

En este sentido, como destaca Cicely Saunders, fundadora del movimiento moderno de cuidados paliativos, es importante considerar cómo el sufrimiento total integra aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, y por lo tanto el cuidado debe adaptarse a la diversidad de antecedentes culturales del paciente (Rattner, 2023). Figuras como los mediadores interculturales (García-Navarro & Da Costa, 2017) y los capellanes (Klitzman et al., 2013) adquieren una importancia significativa en este sentido. Sin embargo, aún no están establecidos en los sistemas de salud, como es el caso de la región donde se realiza este estudio.

Como estas cifras no están disponibles, las enfermeras desempeñan un papel esencial como mediadoras entre los pacientes y las prácticas clínicas, afectadas por sistemas de salud que carecen de competencia cultural en su enfoque, lo que está delineado por valores, normas y prácticas occidentalizadas (Tu et al., 2022).

Las barreras derivadas de esto, junto con el etnocentrismo prevaleciente, pueden conducir a la imposición de puntos de vista occidentalizados sobre los procesos de muerte y al desprecio de rituales, valores y significados que son exclusivos de otras culturas (Abedini et al., 2022; Gerber et al., 2024).

Esta dinámica dificulta la comunicación efectiva entre pacientes, familias y profesionales, especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos (Fleischer et al., 2009; Kwame & Petrucka, 2022). La comunicación es una herramienta esencial en el cuidado de enfermería (Högländer et al., 2023), ya que media las interacciones y ayuda a construir relaciones significativas con los pacientes (Anderson et al., 2019; Testoni et al., 2020).

Las investigaciones muestran que la comunicación efectiva facilita la confianza y la colaboración, influye directamente en la salud y el bienestar del paciente y facilita el proceso de enfrentar los desafíos emocionales y culturales que surgen al final de la vida (Carrió-Fito & Terrón-Pérez, 2024). Este contexto presenta sus propios desafíos específicos, como la conspiración del silencio, en la que los pacientes y la familia evitan tácitamente abordar situaciones y decisiones de salud

(Macdonald, 2016), acordando evitar informar al paciente sobre su situación de salud en cuanto al diagnóstico, pronóstico y gravedad (Norouzinia et al., 2015). Esto explica por qué la comunicación se vuelve aún más importante en los cuidados al final de la vida, donde las interacciones están atravesadas por emociones intensas y marcadas por los desafíos específicos de las diferencias culturales.

En la práctica profesional de los enfermeros, la comunicación enmarca las tareas diarias de cuidado, por lo tanto, requiere una comprensión y sensibilidad especiales hacia las necesidades, experiencias y preocupaciones emocionales de los pacientes. Cuando las respectivas culturas del paciente y del profesional de la salud difieren, esta práctica se vuelve más compleja (Mian & Rejnö, 2024).

La necesidad de comprender desafíos como los descritos anteriormente ha llevado a estudios recientes a explorar la influencia de la cultura en el contexto de los cuidados paliativos (Rahemi & Parker, 2021). Sin embargo, aún no está claro cómo esa influencia origina las desigualdades y barreras que afectan a los grupos minoritarios en las sociedades de acogida. En este contexto, la conciencia sobre la especificidad de cada cultura es particularmente relevante, ya que los profesionales de la salud en las culturas de acogida a menudo pueden desconocer la especificidad cultural de sus percepciones y prácticas con respecto a la salud y la atención médica (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2025). El estudio de las diferentes culturas sanitarias, y sus respectivas formas de liderar con la diversidad cultural, aparece como una oportunidad para aprender tanto sobre los retos como sobre las buenas prácticas en el contexto de la atención sanitaria (Ortega-Galán et al., 2020). Esto es de suma importancia en el contexto de los cuidados al final de la vida, ya que se trata de un área ya sensible atravesada por procesos marcados por emociones, valores y normas que están profundamente arraigados en el entorno cultural de cada persona.

5.4 Cuidado culturalmente sensible y compasivo

Es en este contexto donde la competencia y humildad cultural se vuelven imperativas. La enfermería no solo debe reconocer y respetar los valores y creencias diversas, sino que también debe adoptar una postura de aprendizaje continuo y reflexividad sobre sus propios sesgos y conocimientos, para evitar la imposición de una visión etnocéntrica del cuidado (Tervalon & Murray-García, 1998).

La compasión y el acompañamiento, entendidos como la capacidad de conectar con el sufrimiento del otro y caminar a su lado, son componentes esenciales del cuidado enfermero en esta situación. Etimológicamente, el término compasión proviene del latín *cumpassio*, de *com* (junto con) y *pati* (sufrir), y este último del griego que significa "sufrir con, sufrir juntos, sentir por" (Papadopoulos et

al., 2017; Pérez-Bret et al., 2016). En los escritos, el concepto de compasión aparece como algo propio y consustancial a los seres humanos, identificándose como una tristeza compartida e ineficaz o incluso equiparándose con la lástima (Corrêa, 2017; Montero-Orphanopoulos, 2019). También en la literatura, la compasión aparece a veces como una cualidad cercana a la empatía (Su et al., 2020). Sin embargo, la definición más aceptada científicamente de compasión es "una sensibilidad al sufrimiento de uno mismo y de los demás, junto con la motivación para prevenirlo y aliviarlo" (Gilbert & Choden, 2024; Jinpa, 2015).

Como respuesta multidimensional al sufrimiento, la compasión implica sensibilidad, reconocimiento, comprensión, resonancia emocional, preocupación empática y tolerancia a la angustia generada por el sufrimiento de los demás, junto con la motivación y las acciones relacionales para aliviarlo y prevenirlo (Gilbert et al., 2017; Lown et al., 2015; Renner et al., 2021). El comportamiento compasivo activa áreas del cerebro como la corteza frontal, la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal medial, la ínsula y la materia gris periacueductal y con cambios a nivel de activación autonómica que involucran neurotransmisores como la oxitocina y la vasopresina (Foerster y Kanske, 2021; Tala, 2023).

En este contexto, explorar las opiniones de las enfermeras sobre los desafíos relacionados con la diversidad cultural en los cuidados paliativos ayudará a identificar los factores con los que mejorar la atención culturalmente diversa.

6. Necesidad y relevancia actual del tema

El análisis de la literatura evidencia que, aunque la migración ha sido ampliamente estudiada desde perspectivas sociológicas, económicas y sanitarias, persisten aspectos poco explorados relacionados con su dimensión emocional, simbólica y cultural. En particular, el duelo migratorio, entendido como el conjunto de pérdidas vinculadas al proceso migratorio (Achotegui, 2009), continúa siendo estudiado de manera fragmentada y con escasa atención a la vivencia subjetiva de las personas migrantes. Comprender cómo este proceso afecta a su bienestar físico, emocional y social es esencial para avanzar hacia una atención sanitaria más equitativa, inclusiva y centrada en la persona.

Si bien existen investigaciones que abordan los determinantes sociales de la salud en población migrante, la voz de las propias personas afectadas sigue siendo insuficientemente escuchada (Sweileh, 2024). Explorar sus relatos permite visibilizar las estrategias personales y colectivas de afrontamiento, así como los significados atribuidos a la salud, el sufrimiento y la adaptación. Esta mirada resulta crucial para comprender cómo las desigualdades estructurales y culturales inciden en el malestar y el acceso a los cuidados.

Entre los colectivos migrantes, las mujeres ocupan una posición especialmente vulnerabilizada, al

situarse en la intersección de múltiples ejes de desigualdad (género, clase social, etnicidad y estatus migratorio) (Crenshaw, 1991; Fernández-Gutiérrez, 2021). Estas interacciones configuran experiencias diferenciadas de exclusión y resiliencia que influyen en su proceso de integración y en su salud (Levecque & Van Rossem, 2015).

No obstante, la investigación sobre el duelo migratorio desde la perspectiva de género y culturalmente situada sigue siendo escasa, lo que refuerza la pertinencia de esta investigación.

Desde la perspectiva enfermera, esta tesis responde a la necesidad de profundizar en la comprensión del sufrimiento humano y su acompañamiento en contextos de diversidad cultural. La enfermería, como disciplina de cuidado integral, tiene el compromiso ético de promover prácticas sensibles, compasivas y culturalmente competentes (Leininger, 1991). A pesar de estos avances teóricos en torno a la competencia cultural, aún es necesario vincular estos modelos con la práctica cotidiana y con las experiencias adicionales de las personas migrantes, especialmente en situaciones de enfermedad, pérdida o final de la vida, donde los cuidados transculturales adquieren una relevancia singular.

En este sentido, el duelo migratorio y el sufrimiento asociado no se producen en un vacío social, sino que se ven condicionados por un imaginario colectivo atravesado por narrativas de exclusión, estigmatización y desinformación. La proliferación de discursos de odio y teorías de la conspiración en entornos digitales y sociales, especialmente intensificada durante la pandemia por COVID-19, ha contribuido a reforzar estereotipos negativos hacia la población migrante (Mata et al., 2025), influyendo en la percepción social de la enfermedad, el riesgo, y el acceso al cuidado. En este contexto narrativo, abordado en el proyecto PID2021-123983OB-I00, resulta clave para comprender cómo determinadas construcciones discursivas influyen en el comportamiento social e impactan en la experiencia de salud y en la relación terapéutica entre profesionales sanitarios y personas migrantes.

Asimismo, comprender la mirada profesional de las enfermeras frente al movimiento migratorio permite identificar barreras y oportunidades en la relación de cuidado. Esta interacción, medida por las diferencias culturales, lingüísticas y simbólicas, constituye un espacio privilegiado para promover la empatía, la humildad cultural y la compasión. Abordar estas dimensiones no solo enriquece la práctica enfermera, sino que favorece la construcción de sistemas de salud más justos y sensibles a la diversidad humana.

En coherencia con ello, esta investigación se enmarca en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, especialmente en el ODS 3 (salud y bienestar), al contribuir a mejorar el acceso equitativo y la calidad de la atención sanitaria para las personas migrantes; el ODS 5 (igualdad de género), al visibilizar las experiencias específicas de las mujeres migrantes y promover la equidad en el cuidado; y el ODS 10 (reducción de las desigualdades), al abordar factores

estructurales y culturales que generan exclusión en los sistemas de salud. Además, se alinea con el ODS 4 (educación de calidad), en tanto fomenta la formación de profesionales de enfermería comprometidos con la justicia social, la sensibilidad cultural y la compasión como ejes de cuidado. Así, la justificación de esta tesis radica en la necesidad imperante de generar conocimiento que sirva de base para el diseño e implementación de prácticas de cuidado más humanas, inclusivas y culturalmente competentes. Al dar voz a los y las protagonistas y analizar la perspectiva del profesional de enfermería, esta investigación pretende contribuir al desarrollo de una enfermería transformadora, capaz de responder a retos globales desde una perspectiva ética, compasiva y culturalmente comprometida.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS



Objetivo general

Comprender los significados atribuidos a la salud, la enfermedad, la pérdida y el sufrimiento en el contexto de la migración, identificando su impacto en personas migrantes y en la práctica enfermera orientada a un cuidado culturalmente competente y compasivo.

Objetivos específicos

- Explorar las pérdidas vitales experimentadas por migrantes solicitantes de protección internacional, identificando las dimensiones de esas pérdidas y las estrategias empleadas para favorecer su salud y bienestar.
- Identificar los principales desafíos emocionales experimentados por migrantes refugiados o solicitantes de asilo que llegan en los últimos dos años y determinar los factores que contribuyen a esa angustia emocional.
- Explorar la experiencia de residir en un asentamiento como migrante indocumentado, teniendo en cuenta la perspectiva de género e interseccionalidad.
- Comprender las dificultades percibidas por los profesionales de enfermería en cuidados paliativos al brindar atención a pacientes diversos culturalmente.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA



La investigación ha sido desarrollada en tres fases, teniendo como denominador común el abordaje del duelo migratorio desde la enfermería, así como el acompañamiento al sufrimiento y la vulnerabilidad. La metodología se encuentra teórica y conceptualmente influenciada por la participación en el proyecto de investigación PID2021-123983OB-I00, centrado en el análisis de narrativas, discursos y contextos de vulnerabilidad asociados a la COVID-19 en poblaciones migrantes y otros colectivos vulnerabilizados. Desde este posicionamiento, el duelo migratorio se aborda como un proceso condicionado por los contextos sociales, culturales y estructurales en los que se desarrolla la experiencia migratoria.

El diseño de esta investigación pretende dar respuesta a los objetivos planteados desde la percepción de las experiencias vividas por parte de los actores implicados en el fenómeno a tratar, así como marcado por un fenómeno social que impacta en la salud y bienestar. Por ello, estudiaremos las vivencias respecto a este fenómeno desde la visión de los propios migrantes y profesionales sanitarios que acompañan a estas personas.

La metodología utilizada para ello ha sido predominantemente cualitativa, con diferentes enfoques en función del objetivo planteado. Además, esta metodología se ha combinado con un estudio mixto (cualitativo-cuantitativo).

Esta metodología permite explorar la esencia de la persona, la forma en que percibe la vida a través de las experiencias, los significados que las rodean y como son definidas por la “psiquis” del individuo.

La metodología cualitativa nos ha permitido dar respuesta a los objetivos propuestos de la investigación a la vez que nos ha ido ofreciendo claves importantes y herramientas para el desarrollo efectivo del abordaje del duelo migratorio desde la enfermería y el acompañamiento al sufrimiento y la vulnerabilidad.

La metodología utilizada la describiremos de forma exhaustiva en cada una de las 3 fases de la investigación. A continuación, pasamos a identificar las diferentes etapas:

- Primera fase: Experiencia migratoria como factor de vulnerabilidad.
- Segunda fase: Duelo migratorio en diferentes contextos.
- Tercera fase: Perspectiva y abordaje profesional desde la enfermería.

En la tabla 4 describiremos la metodología de cada una de las fases de la investigación.

1 **Tabla 4.** Metodología aplicada a cada una de las fases de la investigación

Artículo	Tipo de diseño	Variables	Participantes	Recolección de datos	Análisis de datos
F A S E 1 Migratory Experience as a Factor of Vulnerability: Navigating Loss, Gratitude, and Meaning	Diseño cualitativo fenomenológico interpretativo	Pérdidas vitales experimentadas asociadas a la migración y estrategias de afrontamiento que emplean para apoyar su salud y bienestar.	17 mujeres solicitantes de protección internacional	7 entrevista en profundidad semiestructurada 2 grupos focales (10)	Software ATLAS ti.23.
F A S E 2 Emotional dimension associated with the migratory experience of adult refugees and asylum seekers	Diseño de métodos mixtos. (cuantitativo-cualitativo).	Patrones y tendencias generales de la población, como los factores de riesgo asociados con el malestar emocional. Experiencias subjetivas y las narrativas personales de los participantes, ofreciendo una comprensión contextualizada de los desafíos emocionales a los que se enfrentan.	126 refugiados/solicitantes antes de asilo	Escala validada MGLQ 14 entrevista en profundidad semiestructurada. 2 grupos focales	Software ATLAS ti.23 y SPSS.
Health perceptions and lived vulnerabilities of undocumented migrant women living in settlements in southern Spain: An interpretative phenomenological study	Diseño fenomenológico interpretativo.	Experiencia, percepciones de salud y condiciones de vida directamente relacionadas con la salud y residir en un asentamiento como mujer migrante indocumentada desde una perspectiva de género e interseccional.	9 mujeres africanas en situación de indocumentación residentes en asentamientos del sur de España.	Entrevista en profundidad semiestructurada	Software ATLAS ti.23.
F A S E 3 Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study	Diseño cualitativo exploratorio con un enfoque fenomenológico	Dificultades percibidas por los profesionales de enfermería en cuidados paliativos en el cuidado de pacientes culturalmente diversos.	11 profesionales de enfermería de cuidados paliativos	Entrevistas en profundidad semiestructurada	Software ATLAS ti.23.

2

1. Fase 1. Experiencia migratoria como factor de vulnerabilidad.

1.1 Diseño

Este estudio empleó una metodología cualitativa, utilizando un enfoque de análisis fenomenológico interpretativo (IPA), como lo describen Smith et al. (2017). Este enfoque permite una exploración profunda de las experiencias subjetivas de los participantes, centrándose en la interpretación de los significados que atribuyen a sus experiencias vividas. La elección de IPA fue impulsada por la necesidad de comprender las perspectivas individuales dentro de su marco contextual y experiencial, lo que permite una rica comprensión de los fenómenos estudiados a través de un análisis detallado y reflexivo de las narrativas de los participantes.

Este enfoque metodológico no requiere un gran número de preguntas, sino que fomenta una exploración abierta, flexible y profunda de las narrativas de los participantes. Por eso, comenzamos con las siguientes preguntas: ¿Puedes contarme cómo ha sido este proceso de migración para ti? ¿Qué pérdidas significativas ha experimentado desde que abandonó su país? ¿Qué significó para ti y cómo te sientes al respecto ahora? La entrevistadora adaptó su enfoque de acuerdo con las respuestas de cada participante, utilizando estrategias como el silencio, la reformulación o las indicaciones exploratorias (por ejemplo, "¿Puedes contarme más sobre eso?"). Estas preguntas se utilizaron de manera flexible, dependiendo del ritmo de la conversación y del contenido emergente, fomentando así la co-construcción de narrativa y significado, como propone la lógica hermenéutica de IPA.

1.2 Participantes y muestreo

Se empleó una estrategia de muestreo intencional. Los criterios de inclusión requerían que las participantes fueran mujeres adultas, solicitantes de protección internacional, originarias de América Latina y residentes en el suroeste de España. Los participantes fueron contactados a través de una organización no gubernamental que trabaja con esta población. El muestreo fue diseñado para explorar narrativas diversas pero comparables entre las mujeres latinoamericanas solicitantes de asilo, considerando variables como el país de origen, la edad y el estado familiar. Se consideró que se alcanzó la saturación cuando no surgieron nuevos temas experienciales o matices interpretativos que fueran relevantes para los objetivos de la investigación. Esta decisión se basó en una lógica interpretativa alineada con el análisis fenomenológico interpretativo (AFI) (En inglés, Interpretative Phenomenological Analysis, IPA), donde la saturación no se entiende en términos de repetición temática sino como el punto en el que el análisis logra una integración coherente del significado preservando los matices individuales. Como sugieren Elliott, Fischer y

Rennie (1999), la investigación cualitativa puede considerarse suficientemente completa cuando presenta una narrativa densa, coherente y persuasiva que honra la complejidad del fenómeno en estudio.

Participaron un total de 17 informantes clave. Se realizaron siete entrevistas semiestructuradas para capturar experiencias subjetivas individuales. Posteriormente, se realizaron dos grupos focales con cinco participantes cada uno para explorar las dinámicas compartidas y sociales que influyen en la creación de significado en el contexto migratorio. Aunque el IPA es tradicionalmente idiográfico, los desarrollos recientes apoyan la integración de grupos focales en estudios donde la creación de significado está incrustada en contextos relacionales y culturales. Como sugieren diferentes estudios (Love et al., 2020; Palmer et al., 2010; Phillips et al., 2016; Tomkins & Eatough, 2010), los entornos grupales pueden facilitar la co-construcción de significado cuando los participantes comparten guiones culturales comunes, como en el caso de las mujeres migrantes que navegan por la pérdida colectiva. En nuestro estudio, el uso de grupos focales tuvo como objetivo capturar estos marcos compartidos mientras se mantenía la atención a las voces individuales a través de una moderación cuidadosa, preguntas reflexivas y codificación a nivel individual dentro del discurso grupal.

Con el fin de preservar la profundidad idiográfica inherente a la IPA, el análisis consideró las voces individuales dentro de las interacciones grupales, evitando la simplificación en discursos homogéneos y permitiendo la captura de las particularidades de cada participante.

Para abordar las posibles respuestas performativas dentro de la dinámica de grupo, el entrevistador alentó activamente puntos de vista divergentes, aclaró que no había respuestas "correctas" y realizó un seguimiento de las perspectivas minoritarias o contrastantes. El análisis preservó las contribuciones individuales asignando códigos por hablante y comparando las interacciones grupales con las narrativas individuales. Este enfoque buscaba garantizar la autenticidad y reducir la influencia de las normas grupales en la expresión personal.

Se leyó en voz alta una carta de consentimiento informado y se proporcionó una copia a todos los que aceptaron participar. Incluía información detallada sobre el estudio, su propósito, los posibles beneficios y riesgos, que se grabarían las entrevistas, cómo el equipo de investigación manejaría los datos de los participantes y la naturaleza voluntaria de la participación, sin consecuencias negativas para aquellos que se negaron. Ninguno de los participantes invitados se negó o se retiró del estudio.

1.3 Recopilación de datos

La recogida de datos se realizó entre noviembre de 2024 y febrero de 2025, con trabajo de campo realizado en una sala privada de la Universidad de Huelva para garantizar la confidencialidad. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio con consentimiento informado previo, lo que garantiza una pérdida mínima de señales no verbales críticas para el análisis. La recopilación de datos fue realizada por dos investigadoras en colaboración con un mediador intercultural externo. Las entrevistas duraron aproximadamente 40 minutos y los grupos focales alrededor de 60 minutos, todos grabados en audio. Además, el entrevistador tomó notas de campo para complementar las grabaciones. Tanto las entrevistas como los grupos focales siguieron una guía de entrevista desarrollada por el equipo de investigación después de una revisión exhaustiva de la literatura existente.

A lo largo del proceso de recolección de datos, se priorizó el bienestar emocional de los participantes. Todas las mujeres fueron informadas de antemano que podían pausar la entrevista en cualquier momento, optar por no responder preguntas específicas o retirarse del estudio sin proporcionar justificación o sufrir consecuencias. Las entrevistas se realizaron en presencia de un mediador intercultural, que brindó apoyo lingüístico, emocional y cultural. El mediador desempeñó un papel clave para facilitar la comunicación y garantizar una atmósfera culturalmente sensible, particularmente cuando los participantes usaron expresiones emocionalmente cargadas o culturalmente específicas. Si bien no participó en el análisis, el mediador contribuyó a la co-construcción del significado en el entorno de la entrevista. La práctica reflexiva fue fundamental para trabajar con el mediador intercultural. Por ejemplo, el equipo de investigación señaló que ciertas metáforas utilizadas por los participantes eran difíciles de interpretar literalmente. En respuesta, el equipo participó en sesiones informativas con el mediador para explorar los significados culturales de estas expresiones y ajustó las indicaciones de la entrevista en consecuencia. Estas discusiones reflexivas también guiaron las decisiones sobre cuándo pausar las entrevistas para obtener apoyo emocional o cómo navegar por las diferencias en los estilos de comunicación. Por lo tanto, el papel del mediador se extendió más allá de la traducción, dando forma a la recopilación de datos de manera que mejoró la sensibilidad cultural y el compromiso ético.

Además, se consultó a mediadores interculturales no afiliados al equipo de investigación para garantizar la traducción literal y cultural del contenido.

En los casos en que se detectaron signos de angustia emocional, a los participantes se les ofrecieron descansos, escucha empática y la opción de terminar la entrevista. Al final de cada

entrevista, los participantes recibieron información sobre los servicios sociales y de salud disponibles en el área. Ninguno de los participantes informó angustia significativa durante o después de las entrevistas; por el contrario, varios expresaron su gratitud por haber recibido un espacio para compartir sus experiencias.

1.4 Análisis de datos

El análisis de los datos siguió las etapas descritas por Smith et al. (2017) para IPA: (1) lectura intensiva de cada transcripción para familiarizarse con la narrativa individual; (2) codificación inicial de segmentos significativos que expresan experiencias de pérdida, dolor o reconstrucción; (3) identificación de temas emergentes, articulando patrones de significado dentro de cada caso; (4) conexión de temas entre casos, desarrollando temas y subtemas compartidos preservando la singularidad de cada voz; y (5) construcción de una narrativa interpretativa, integrando citas textuales con una lectura comprensiva de los significados atribuidos.

Debido a la naturaleza idiográfica del IPA, cada transcripción se analizó en su totalidad antes de pasar a la siguiente. IPA alienta a los participantes a describir y reflexionar sobre sus experiencias: están interpretando y dando sentido a lo que han vivido, mientras que el investigador participa simultáneamente en un proceso interpretativo para comprender lo que transmiten los participantes. Esto se conoce como doble hermenéutica: el investigador accede a las experiencias de los participantes a través de sus relatos, pero también las interpreta a través de su propia lente experiencial (Harper & Thompson, 2011; Smith, 2017).

El análisis de los datos fue realizado por dos investigadores capacitados en métodos cualitativos, quienes mantuvieron una discusión continua para mejorar la credibilidad de los hallazgos. La reflexividad se practicó a través de memorandos analíticos, discusiones en equipo y diarios durante el análisis para mantenerse al tanto de las suposiciones de los investigadores, especialmente en torno a las diferencias culturales y las narrativas de género de la migración. Se utilizó el software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti 23.0 (CAQDAS) para apoyar el proceso analítico.

1.5 Rigor

Además de adherirse a los Criterios Consolidados para Informar sobre Investigación Cualitativa (COREQ) (Tong et al., 2007), se aplicaron los criterios para garantizar la confiabilidad descritos por Lincoln & Guba (1985).

La credibilidad se garantizó mediante la participación directa de los investigadores en la recopilación y el análisis de datos. La triangulación metodológica se realizó mediante el uso de entrevistas semiestructuradas, notas de campo y grupos focales. Además, se utilizaron citas

textuales para fundamentar las interpretaciones en las voces de los participantes, y se realizó una verificación de miembros con algunos participantes para evaluar la fidelidad de las interpretaciones.

La transferibilidad se mantuvo proporcionando descripciones detalladas del estudio, incluidas las características de los investigadores, los participantes, los entornos, las estrategias de muestreo, la recopilación de datos y los procedimientos analíticos.

Se promovió la confiabilidad ofreciendo una descripción detallada de la metodología utilizada. Además, un investigador externo revisó el protocolo de investigación, centrándose en los aspectos metodológicos y el diseño del estudio, y también fue responsable de verificar los hallazgos.

Finalmente, se aseguró la confirmabilidad mediante técnicas de triangulación, fomentando la reflexividad del investigador a través de informes reflexivos y una justificación detallada del estudio, e incluyendo la validación de los participantes.

El equipo de investigación, compuesto por profesionales de enfermería con perspectivas interculturales y de género, reflexionó críticamente sobre su posicionalidad a lo largo de todo el proceso. Su experiencia clínica y comunitaria dio forma a una mayor sensibilidad a las pérdidas y el sufrimiento que enfrentan las mujeres migrantes, lo que les permitió participar en la escucha desde un lugar de respeto, empatía y compromiso ético. Para minimizar el sesgo interpretativo arraigado en perspectivas autobiográficas, se promovieron espacios de autorreflexión, facilitando un enfoque respetuoso y horizontal que reconozca a los participantes como generadores de conocimiento.

1.6 Consideraciones éticas

Se respetaron todos los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2013). Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, la metodología empleada, el carácter voluntario de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes antes de las entrevistas y los grupos focales. La confidencialidad y el anonimato se aseguraron en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de TEDOC_MIGRA_2023.

1.7 Reflexividad del investigador

Dada la naturaleza sensible del tema y la situación social vulnerable de los participantes, el equipo de investigación se involucró en un proceso continuo de reflexividad durante todo el estudio. El equipo estaba compuesto por dos enfermeras/investigadoras españolas y una investigadora brasileña, todas con experiencia previa en el trabajo con poblaciones migrantes y el abordaje de temas relacionados con la inequidad en salud, la exclusión social y la atención intercultural. Estos antecedentes facilitaron la escucha empática, la creación de confianza y la sensibilidad cultural durante el proceso de investigación.

Al mismo tiempo, reconocemos que nuestros roles profesionales, formación académica y estatus de ciudadanía, particularmente como investigadores europeos y sudamericanos que realizan entrevistas con mujeres solicitantes de asilo en circunstancias vulnerables, pueden haber influido en cómo se formularon las preguntas, cómo se construyeron las narrativas y cómo se interpretaron los significados. Por ejemplo, durante el análisis de las entrevistas, modificamos la guía inicial para incluir preguntas que surgen de narrativas cargadas de emociones, buscando explorar con mayor profundidad temas inicialmente no considerados, como la espiritualidad y la pérdida de identidad. Nuestras propias perspectivas culturales y posicionamiento social fueron examinados críticamente a lo largo del estudio.

Para mitigar posibles sesgos y desequilibrios de poder, un mediador intercultural participó activamente no solo en la recopilación de datos, contribuyendo a la creación de un espacio de entrevista más seguro y equitativo, sino también en la fase de análisis. Su conocimiento cultural ayudó a interpretar términos específicos y expresiones emocionales que de otro modo podrían haber sido malinterpretados o pasados por alto, enriqueciendo la comprensión de las narrativas de los participantes y asegurando una lectura más contextualizada de sus experiencias.

Además, se utilizaron notas de campo y diarios reflexivos para explorar nuestra posicionalidad, respuestas emocionales y las suposiciones que podemos haber aportado a la investigación. Esta postura reflexiva tenía como objetivo fomentar la conciencia crítica continua de las complejidades éticas y relacionales inherentes a la investigación cualitativa intercultural.

2. Fase 2. Duelo migratorio en diferentes contextos.

La segunda fase de la investigación profundiza en la experiencia migratoria de colectivos específicos, incluyendo: a) personas refugiadas y solicitantes de asilo, y, b) mujeres indocumentadas residentes en asentamientos informales. Dado que cada colectivo presenta características y necesidades diferentes, a continuación, se desglosa la metodología empleada para cada uno de ellos, ajustada a la necesidad de adaptar el enfoque a cada realidad y garantizando una comprensión más profunda y enriquecida del fenómeno.

2. 1. Fase 2A. Experiencia migratoria de personas refugiadas y solicitantes de asilo

2.1.1 Diseño

El enfoque metodológico empleado fue un estudio de métodos mixtos, que combina enfoques cuantitativos y cualitativos. Esto permite abordar la complejidad de las experiencias de los refugiados y solicitantes de asilo desde perspectivas complementarias. El enfoque cuantitativo, a través de un estudio descriptivo transversal, proporciona datos para identificar patrones y tendencias generales dentro de la población estudiada, como los factores de riesgo asociados con el malestar emocional. Por otro lado, el enfoque cualitativo, basado en la fenomenología y en entrevistas semiestructuradas, profundiza en las experiencias subjetivas y las narrativas personales de los participantes, ofreciendo una comprensión contextualizada de los retos emocionales a los que se enfrentan. Este enfoque integral es especialmente adecuado para esta población, ya que garantiza una comprensión holística de sus retos y necesidades emocionales. Se siguieron las directrices de los Criterios Consolidados para la Presentación de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ) (Tong et al., 2007). Las directrices COREQ (Criterios consolidados para la presentación de informes de investigación cualitativa) proporcionan un marco integral diseñado para mejorar la transparencia y la calidad de los informes de investigación cualitativa. Estos criterios abarcan diversos aspectos, como el equipo de investigación, el diseño del estudio, el análisis de datos y los resultados, lo que garantiza que la información esencial se comunique claramente a los lectores.

2.1.2 Participantes y muestro

Para el enfoque cuantitativo, se realizó una encuesta con una muestra de 126 personas (60 hombres y 66 mujeres) durante los primeros seis meses de 2023. Para el enfoque cualitativo, se utilizó un muestreo intencional; aunque inicialmente se intentó conseguir una muestra representativa por nacionalidad, debido a las dificultades de acceso, se decidió utilizar un muestreo en cadena. Este tipo de muestreo es especialmente eficaz en contextos en los que los participantes pertenecen a grupos vulnerables y pueden no ser fácilmente identificables mediante métodos de muestreo más convencionales (Naderifar, 2017).

El tamaño final de la muestra se determinó según el principio de saturación de datos (Mwita, 2022). El criterio general de inclusión para ambos enfoques incluía a adultos de cualquier país distinto de España que fueran refugiados o solicitantes de asilo en el suroeste de España durante los últimos dos años y que hubieran sido identificados por la oficina psicológica de la ONG (la entidad de reclutamiento) como pacientes en riesgo de sufrir trastornos emocionales. Estas personas debían haber experimentado cierta inestabilidad emocional tras su proceso migratorio.

Se eligió el suroeste de España como contexto geográfico para este estudio debido a su papel estratégico y significativo en los flujos migratorios hacia Europa. Además, este estudio forma parte de un proyecto más amplio destinado a explorar el duelo migratorio entre diversas poblaciones vulnerables en este contexto.

El análisis se limitó a los dos primeros años porque este periodo suele coincidir con el tiempo que se tarda en tramitar las solicitudes de asilo, que puede llegar a ser de hasta tres años. Durante este tiempo, los migrantes se encuentran a menudo en una situación de incertidumbre jurídica y el proceso de aculturación aún no ha avanzado. Por esta razón, esta etapa influye en sus experiencias emocionales y psicológicas, ya que se enfrentan a retos relacionados con su situación jurídica y su integración (Ferrero, 2016).

2.1.3 Recopilación de datos

Para el estudio cuantitativo, la encuesta administrada consistió en un conjunto de datos sociodemográficos junto con una escala revisada por Achotegui (2000), adaptada al español por Revilla et al. (2011) a partir del anterior «Cuestionario de duelo y pérdida migratoria» (MGLQ) (Casado et al., 2010). Fue validado y tuvo una consistencia alfa de Cronbach de 0,72. Consta de 17 preguntas diseñadas para medir la intensidad del duelo y la pérdida asociados a la migración, preguntando con qué frecuencia el participante experimentó esos sentimientos en los últimos 30 días. Las preguntas se agrupan en torno a los cuatro factores principales del duelo migratorio: miedo, nostalgia, preocupación y pérdida de identidad. Los participantes respondieron

utilizando una escala Likert de 4 puntos. El cuestionario se completó en línea a través de Google Forms®, después de leer y aceptar la hoja informativa y el consentimiento informado, lo que facilitó su difusión. La selección de los participantes se llevó a cabo a través de la organización no gubernamental «Cruz Roja ONG», que actuó como intermediaria contactando a los posibles participantes y proporcionándoles información sobre el estudio, cuya participación fue totalmente voluntaria.

Se incluyó en el estudio a aquellas personas que expresaron voluntariamente su consentimiento explícito para participar, ya fuera por correo electrónico o por teléfono. Finalmente, dos personas que inicialmente mostraron interés en participar no lo hicieron debido a limitaciones de tiempo. Dado que la encuesta fue validada en español, este fue el idioma en el que se realizó la entrevista. Las posibles cuestiones de traducción e interpretación se resolvieron gracias a nuestro equipo de trabajo, que incluía mediadores interculturales que garantizaron no solo la traducción literal, sino también la traducción cultural del significado de las preguntas. A partir de los resultados obtenidos en este cuestionario, exploramos más a fondo el significado de sus respuestas mediante un estudio cualitativo. Para ello, creamos una guía de entrevistas semiestructuradas, en la que participaron mediadores interculturales durante todo el proceso.

Se diseñó un protocolo de entrevistas fenomenológicas cualitativas semiestructuradas para obtener una perspectiva personal y una narrativa de las experiencias de reasentamiento relacionadas con la siguiente pregunta de investigación: «¿A qué retos emocionales se enfrentan los refugiados o los migrantes solicitantes de asilo que han llegado en los últimos dos años?». Las entrevistas se realizaron en un entorno neutral y se grabaron en audio y vídeo una vez que los informantes dieron su consentimiento informado. Esto nos permitió centrarnos en el contenido verbal y los matices de las respuestas de los participantes, mientras que las grabaciones de vídeo proporcionaron valiosas pistas no verbales, como el lenguaje corporal y las expresiones faciales, que enriquecieron la comprensión contextual de sus experiencias. Esta combinación fue especialmente importante para interpretar con precisión las dimensiones emocionales y subjetivas de las narrativas. Además, ninguno de los participantes se opuso a ser grabado.

Antes de la entrevista, los participantes recibieron una hoja informativa que incluía detalles sobre el propósito del estudio, los motivos por los que se les había invitado a participar, la confidencialidad y el carácter voluntario de su participación. El equipo de investigación escuchó las grabaciones y leyó las transcripciones de las entrevistas para realizar una interpretación inicial superficial. Esto proporcionó una idea general que sirvió de base para un análisis más profundo (que implicó la identificación de temas recurrentes relevantes, la búsqueda de similitudes y

diferencias entre los temas para desarrollar códigos y, con ellos, categorías temáticas). La presencia de códigos coincidentes por parte de diferentes investigadores (análisis ciego) indicó que el análisis había llegado al núcleo y revelado los significados del fenómeno estudiado.

La población seleccionada para el estudio se ajusta al universo de personas que cumplen los criterios de inclusión establecidos. Esto garantiza que los participantes sean representativos de las experiencias de los refugiados y solicitantes de asilo en el suroeste de España que se han enfrentado a inestabilidad emocional tras su proceso migratorio. Por este motivo, los informantes cualitativos formaban parte del estudio cuantitativo inicial.

Para garantizar la validez y la fiabilidad, todo el proceso de codificación y análisis del discurso (Taylor et al., 2015), fue realizado de forma independiente por tres miembros del equipo de investigación. Uno de estos miembros era externo a la investigación y participó como control del sesgo de contacto, dedicándose únicamente al análisis de los datos. Las discrepancias se discutieron hasta alcanzar un consenso. Este enfoque triple ciego tenía por objeto minimizar el sesgo implícito del contacto físico entre los actores. Mientras un investigador realizaba la entrevista, otro se encargaba de los aspectos técnicos y asumía el papel de observador, tomando notas de campo. Se realizaron un total de 14 entrevistas en profundidad y 2 grupos focales. La decisión de realizar grupos focales se debió a la necesidad de crear un espacio interactivo en el que los participantes pudieran expresar y comparar sus experiencias colectivas de duelo migratorio. Esta técnica nos permitió captar matices y significados compartidos que podrían no haber surgido en entrevistas individuales. La combinación de estas técnicas enriquece la investigación cualitativa, proporcionando una comprensión más profunda y completa de los fenómenos estudiados (Lambert & Loiselle, 2008).

El equipo de investigación moderó el debate en grupo y realizó las entrevistas. Las entrevistas duraron aproximadamente 40 minutos (entre 30 y 60 minutos). Este análisis permitió comprender más profundamente los aspectos más relevantes para elaborar la guía de entrevistas y la pregunta central de los grupos focales. La fecha y la hora de las entrevistas y los grupos focales se acordaron entre los investigadores responsables de llevar a cabo las sesiones y los participantes. El espacio seleccionado fue el «Ágora aula», un aula neutral y abierta de la universidad destinada a recibir invitados externos. Esta ubicación fue aceptada tanto por los participantes como por el reclutador. Es importante señalar que los participantes no recibieron ninguna compensación por su participación en el estudio. Esta decisión se tomó para garantizar que la participación fuera voluntaria y libre de incentivos externos, que podrían influir en sus respuestas y comprometer la integridad de los datos recopilados (Permuth-Wey & Borenstein, 2009).

2.1.4 Análisis de datos

Los datos cuantitativos y cualitativos se vincularon mediante un diseño convergente de métodos mixtos, lo que permite analizar cómo las interacciones entre los contextos individuales, sociales y estructurales influyen en las experiencias emocionales de los refugiados y solicitantes de asilo. Los datos cuantitativos, recopilados mediante encuestas estructuradas, proporcionaron una visión general estadística de las tendencias y patrones dentro de la población estudiada.

En este estudio, se llevó a cabo un análisis cuantitativo con el objetivo de describir las variables migratorias y explorar las asociaciones entre estas variables y las dimensiones relacionadas con el duelo migratorio, concretamente la nostalgia, la preocupación, la identidad y el miedo. El análisis se desarrolló en las siguientes etapas: a) Descripción de las variables mediante la realización de un análisis descriptivo inicial para caracterizar las variables sociodemográficas y migratorias de los participantes (como la edad, el género, el país de origen, el tiempo transcurrido desde la migración y la situación de asilo). Este análisis incluyó medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango) para las variables continuas, y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Esta etapa buscó proporcionar una visión general de la población estudiada. b) Análisis de las dimensiones del duelo migratorio: Se evaluaron los factores de nostalgia, preocupación, identidad y miedo mediante un cuestionario validado. Para identificar patrones y relaciones entre estas dimensiones, las respuestas se agruparon en categorías previamente definidas en el instrumento. Posteriormente, se calcularon las puntuaciones medias por dimensión con el fin de comparar los grupos sociodemográficos.

Como pruebas de hipótesis para determinar si existían diferencias significativas en las dimensiones del duelo migratorio entre los diferentes grupos sociodemográficos, se utilizó el análisis de varianza. Esta técnica permitió comparar las medias de cada dimensión entre categorías específicas (por ejemplo, género, edad o duración de la residencia en el país de acogida). La selección del ANOVA como método se justificó porque nos permite analizar si las diferencias entre los grupos son mayores de lo que cabría esperar por casualidad. Este método es adecuado cuando las variables dependientes son continuas y las variables independientes son categóricas.

Aunque el cuestionario original contenía 17 preguntas, solo se incluyeron 12 debido a su relevancia directa para los objetivos específicos del estudio. Este criterio de selección se basó en la relevancia de estas preguntas para abordar las dimensiones clave del duelo migratorio y las

estrategias de afrontamiento. Este análisis se aplicó a los cuatro factores que miden el duelo migratorio, utilizando el paquete estadístico SPSS v29.0.

Se seleccionó este enfoque porque nos permite identificar patrones en los datos que reflejan las experiencias emocionales de los migrantes, relacionar estos patrones con factores sociodemográficos para comprender mejor cómo estas variables influyen en el duelo migratorio y proporcionar evidencia cuantitativa para complementar un análisis cualitativo más profundo, lo que refuerza la validez de los resultados, tal y como se ha hecho a continuación.

Tras la transcripción literal de las entrevistas y los grupos de discusión, se llevó a cabo un análisis cualitativo basado en el modelo esbozado por Taylor-Bogdan (2015). El objetivo era comprender las percepciones y las realidades vividas por nuestro grupo de estudio. Una vez estudiados sus discursos, se analizaron sus respuestas humanas. Este enfoque nos permite comprender la perspectiva émica del sujeto, es decir, sus percepciones, sentimientos y pensamientos. Se basó en sus testimonios, ricos en significados, símbolos, intenciones, motivos y creencias. La triangulación de los dos enfoques garantizó una mayor validez y fiabilidad, ya que los resultados cuantitativos se contextualizaron y enriquecieron con los matices aportados por las experiencias y percepciones individuales de los participantes. Este enfoque holístico permitió una comprensión más profunda y matizada del fenómeno.

Durante esta fase, se siguió un proceso de codificación deductiva, a partir de la información obtenida y su clasificación en dimensiones, categorías y subcategorías. A los participantes se les asignó un número de referencia alfanumérico (RE), utilizado para el registro de datos y el desarrollo de las categorías y subcategorías mencionadas. Estas sirvieron como unidad básica de análisis, compuesta por varias líneas o frases que transmitían una idea central extraída de las entrevistas. Las categorizaciones preliminares se realizaron manualmente utilizando el software Atlas.ti. v.23 Scientific Software Development GmbH, Berlín, Alemania.

2.1.5 Consideraciones éticas

El estudio siguió las recomendaciones éticas internacionales establecidas en la Declaración de Helsinki. La participación en el estudio fue completamente gratuita y voluntaria. Las respuestas a todos los cuestionarios fueron anónimas y toda la información personal proporcionada se almacenó de forma que cumpliera con los requisitos legales de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre y Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de 2018). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Junta de Andalucía (número de referencia: 0426-N/2023 PEIBA).

2.2 FASE 2B. Experiencia migratoria de mujeres indocumentadas residentes en asentamientos informales

2.2.1 Diseño

El presente estudio aplicó un enfoque fenomenológico cualitativo para explorar los significados construidos por las mujeres migrantes indocumentadas que viven en los asentamientos de Huelva. El objetivo de la fenomenología es desarrollar el conocimiento desde la perspectiva de los participantes describiendo sus experiencias vividas durante momentos específicos de sus vidas, permitiendo que las interpretaciones permanezcan arraigadas en sus puntos de vista (Plano, 2016; Yuni & Urbano, 2009).

Se seleccionaron entrevistas semiestructuradas para realizar Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA) (Eatough & Smith, 2017), que proporciona un medio para explorar nuevos fenómenos que ejercen influencia sobre el contexto social. De hecho, IPA sigue una doble hermenéutica al co-crear conocimiento: por un lado, los participantes atribuyen activamente significado a sus experiencias y, por otro lado, el investigador interpreta las narrativas de los participantes, buscando reflexivamente construir un relato en profundidad del fenómeno estudiado (Eatough & Smith, 2017). Esto implica tres niveles de reflexividad. Primero, un relato descriptivo de narrativas situadas que se refiere a las historias individuales de los participantes, contando sus experiencias. En segundo lugar, un nivel integral en el que se consideran patrones significativos para explorar cómo los participantes atribuyen significado a sus experiencias. En tercer lugar, un nivel interpretativo, en el que los investigadores deben reconocer su propio posicionamiento a medida que interpretan y co-construyen el conocimiento sobre la base de los relatos de los individuos (Greenhalgh, 2016).

Para garantizar el rigor del estudio, seguimos los Criterios Consolidados para Reportar Investigación Cualitativa (criterios COREQ) (Buus & Perron, 2020). Además de esto, observamos los criterios propuestos por Guba y Lincoln (Guba & Lincoln, 1994), luego de su adaptación a la investigación cualitativa en enfermería (Speziale et al., 2011), que incluye credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmabilidad. La credibilidad se abordó a través de la participación activa del equipo de investigación tanto en la recopilación como en el análisis de datos. Las entrevistas se transcribieron textualmente y se tomaron notas de observación con respecto a señales no verbales como gestos y lenguaje corporal. Para fundamentar los hallazgos en las propias experiencias de los participantes, se incluyeron citas directas. Además, la validación de los participantes se realizó en entrevistas de seguimiento, lo que permitió a los participantes revisar y refinar las interpretaciones de los investigadores y corregir cualquier

malentendido, mejorando tanto la credibilidad como la confirmabilidad. La transferibilidad se apoyó a través de descripciones ricas y contextuales del diseño del estudio, incluida información sobre los investigadores, los participantes, las estrategias de muestreo, los entornos y los procedimientos de recopilación y análisis de datos. También se proporcionaron perfiles detallados de cada participante y su proceso de selección, lo que permitió a los lectores evaluar la aplicabilidad de los hallazgos a contextos similares. La confiabilidad se aseguró documentando el proceso de investigación a fondo, incluidas las decisiones metodológicas y los pasos del procedimiento. Un investigador externo revisó el diseño y el protocolo del estudio con especial atención a la coherencia metodológica. Esta auditoría externa también contribuyó a verificar la coherencia de las conclusiones. La confirmabilidad se fortaleció a través de diversas estrategias, como la triangulación, revistas reflexivas que promovieron la reflexividad de los investigadores y una articulación clara de la justificación del estudio y las opciones metodológicas. La devolución de los hallazgos a los participantes también sirvió para minimizar el sesgo de los investigadores y mejorar la transparencia y neutralidad del análisis. Al adherirse a estos criterios establecidos para el rigor científico, el estudio tuvo como objetivo producir conocimiento confiable, significativo y transferible basado en las experiencias vividas por los participantes.

El equipo de investigación estuvo formado por dos profesionales de enfermería y una psicóloga, todos ellos mujeres. Los tres investigadores tienen su sede en Andalucía, y dos de ellos residen en Huelva. Todos ellos tienen experiencia en la realización de investigaciones desde una perspectiva intercultural y de género, y están familiarizados con el trabajo sobre las desigualdades sociales en salud. A lo largo del proceso de investigación, cada investigador se involucró en una reflexión crítica sobre su posicionalidad en relación con sus roles específicos. Se aseguraron de que las mujeres pudieran participar a través de un enfoque horizontal y colaborativo, lo que permitió que el conocimiento se construyera conjuntamente. Su experiencia clínica y comunitaria moldeó su sensibilidad a las realidades que enfrentan las mujeres migrantes, permitiéndoles escuchar con respeto, empatía y compromiso ético. Para minimizar el riesgo de los investigadores de interpretar las narrativas de los participantes a través de una lente autobiográfica, se alentaron espacios para la autorreflexión con el fin de reducir el sesgo. Los participantes participaron activamente durante el proceso de validación ya que los investigadores compartieron sus interpretaciones con ellos, buscando su aprobación y asegurando un enfoque respetuoso y horizontal que los consideró como generadores de conocimiento. Esta postura reflexiva tenía como objetivo fomentar la conciencia crítica de los desequilibrios de poder inherentes a la investigación cualitativa transcultural.

2.2.2 Participantes y muestreo

Los testimonios se utilizaron para comprender las vidas, los pensamientos y las emociones que experimentan las mujeres migrantes indocumentadas, reconociendo el valor de sus perspectivas en la formación de la comprensión. Teniendo esto en cuenta, colaboramos con la organización no gubernamental Cruz Roja Huelva, que actuó como intermediario a la hora de contactar con los posibles participantes y difundir la información del estudio. Esta organización tiene una larga historia de participación en los asentamientos donde se realizó el estudio y mantiene fuertes vínculos con las comunidades migrantes que viven allí. Evaluaron al equipo de investigación en cuanto a las condiciones de opresión y vulnerabilidad estructural que enmarcan las condiciones de vida de los participantes, contribuyendo a su consideración desde un enfoque interseccional (Abrams et al., 2020). Como actor confiable y respetado en el área, la Cruz Roja fue un socio ideal que facilitó el proceso de reclutamiento, asegurando que los participantes se sintieran seguros y apoyados durante toda la investigación. Su colaboración ayudó a superar las dificultades de acceso a la población y apoyó el diseño de una estrategia de reclutamiento sensible y adecuada, que se llevó a cabo progresivamente mediante un muestreo de bola de nieve.

Los criterios de inclusión se centraron en mujeres migrantes originarias de África que carecían de estatus administrativo y legal regular, y residían en asentamientos en la provincia de Huelva, España. Los participantes debían dar su consentimiento informado y voluntario en ausencia de cualquier incentivo, y no podían haber vivido en el país anfitrión (España) durante no más de tres años. Las mujeres que cumplieron con estos criterios y dieron voluntariamente su consentimiento explícito para participar fueron reclutadas para el estudio, que comprende una muestra final de nueve participantes. Un tamaño de muestra pequeño suele ser característico de este tipo de metodología, y el número de participantes reclutados fue similar en otros estudios con poblaciones migrantes (Ngameni et al., 2022; Scott et al., 2022).

2.2.3 Recopilación de datos

Las entrevistas individuales fueron realizadas entre abril y noviembre de 2023 por dos miembros del equipo de investigación, ambos con experiencia en el trabajo con poblaciones vulnerables y en la realización de investigaciones sobre temas sensibles. La entrevista consistió en varias preguntas abiertas diseñadas desde un enfoque IPA, con el objetivo de explorar las narrativas de los participantes en profundidad y permitir la recopilación de relatos ricos de experiencias vividas desde las propias perspectivas de los participantes. Las preguntas se elaboraron sobre la base de la literatura actualizada y las discusiones con expertos en el campo de la salud de los migrantes

y la comunicación intercultural. Se utilizaron con flexibilidad, ya que el investigador los adaptó abiertamente para incluir datos emergentes.

En relación con esto, las entrevistas incluyeron, entre otras, las siguientes preguntas: ¿Podría decirme cómo ha sido su vida diaria desde que llegó aquí? ¿Qué significa la salud para ti en tu situación actual? ¿Hay algo en tu entorno que sientas que influye en tu bienestar? ¿Ha encontrado alguna situación o dificultad particular mientras vivía aquí? En tu día a día aquí, ¿hay cosas que haces para sentirte más seguro o más a gusto?

La entrevistadora adaptó su enfoque de acuerdo con las respuestas de cada participante, utilizando estrategias como el silencio, la reformulación o las indicaciones exploratorias (por ejemplo, "¿Puedes contarme más sobre eso?"). Estas preguntas se utilizaron de manera flexible, dependiendo del ritmo de la conversación y del contenido emergente, fomentando así la co-construcción de narrativa y significado, como propone la lógica hermenéutica de IPA.

Una vez que los participantes leyeron el paquete de información y firmaron los formularios de consentimiento informado, fueron entrevistados. Se realizaron un total de nueve entrevistas, momento en el que se observó el inicio de la saturación del discurso, es decir, no se identificó información nueva relevante ni temas emergentes en las narrativas de los participantes (Chitac, 2022; Fusch & Ness, 2015; Saunders et al., 2018). Las entrevistas fueron semiestructuradas y tuvieron una duración media de 40 minutos (rango: 30-50 minutos). Se recolectaron datos sociodemográficos para describir las características de la muestra. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio para garantizar una pérdida mínima de datos, y se complementaron con notas de campo que registraron no verbales relevantes para el análisis. Una vez que se completaron las transcripciones de las entrevistas, se devolvieron a los informantes para verificar la exactitud de la transcripción literal y proporcionar comentarios finales. Ningún participante sugirió ningún cambio.

Un equipo de mediadores interculturales apoyó y medió la comunicación y la traducción durante las entrevistas, así como durante el proceso de compartir las interpretaciones de los investigadores con los participantes. Este equipo también se encargó de la adaptación de los contenidos, asegurando su adecuación cultural. Las entrevistas se realizaron utilizando el idioma nativo de los participantes. El inglés y el francés fueron los idiomas oficiales de la mayoría de los países de origen de los participantes. Los investigadores entrevistadores tenían un nivel suficiente en ambos, lo que facilitó la comunicación directa. Además, para garantizar la autenticidad de las respuestas y hacer que los participantes se sientan más cómodos, invitaron a mediadores interculturales nativos con los que habían colaborado anteriormente. Ayudaron y

facilitaron la comunicación durante todo el proceso, asegurándose de que los participantes se sintieran cómodos.

Las entrevistas fueron transcritas y anonimadas, y un traductor externo oficial las tradujo al español. Para garantizar la fidelidad y precisión del contenido traducido, las transcripciones fueron revisadas por los mediadores interculturales, quienes confirmaron que preservaban la coherencia y el significado original de las narrativas de los participantes.

Mientras un investigador realizaba las entrevistas, otro era responsable de los aspectos técnicos y tomaba notas de campo. A lo largo del proceso de recolección de datos, el bienestar emocional de los participantes fue una prioridad. Antes de comenzar sus entrevistas, se les informó que podían detenerse en cualquier momento, optar por no responder preguntas y retirarse del estudio sin necesidad de proporcionar justificación o enfrentar ninguna consecuencia. Durante las entrevistas, dos de los mediadores interculturales brindaron apoyo emocional, lingüístico y cultural. Las entrevistas se llevaron a cabo en espacios seguros y neutrales. Los investigadores se aseguraron de que los participantes se sintieran cómodos y permanecieran atentos a cualquier signo de angustia emocional o malestar. Cuando este fue el caso, a los participantes se les ofrecieron descansos, la oportunidad de recibir una escucha empática de los investigadores y se les recordó su derecho a detener la entrevista en cualquier momento. Ninguna de las mujeres informó angustia significativa durante o después de la entrevista; por el contrario, varios expresaron su agradecimiento por haber tenido un espacio en el que compartir sus experiencias. Al final de cada entrevista, todos los participantes recibieron información sobre los servicios sociales y de salud disponibles en el área.

2.2.4 Análisis de datos

Este estudio siguió un Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA) para explorar las experiencias de vida de los participantes en los asentamientos. Enfatizando la importancia de comprender las experiencias vividas por los participantes, IPA examina cómo dan sentido a una situación o experiencia, y cómo interpretan y atribuyen un significado reflexivo a esas experiencias (Eatough & Smith, 2017). Esto es particularmente útil cuando se examinan temas complejos, ambiguos y cargados de emociones a través de descripciones en profundidad de la experiencia humana, relacionadas con la salud y la enfermedad.

El procedimiento de análisis de datos, que fue de naturaleza inductiva, se basó en la transcripción literal de la información recopilada a través de las entrevistas. El primer autor verificó la exactitud de los datos y los almacenó para su posterior análisis, interpretación y categorización. Todos los archivos fueron anonimados y se les asignó un identificador único (RE + número de entrevista).

El proceso de codificación fue realizado de forma independiente por dos investigadores, quienes revisaron e interpretaron sistemáticamente las transcripciones para identificar temas subordinados y luego, temas superiores. Esta doble codificación independiente garantizó un proceso analítico riguroso y transparente, permitiendo la comparación y discusión de interpretaciones y discrepancias, que posteriormente se resolvieron por consenso. Este enfoque mejoró la credibilidad y confiabilidad de los hallazgos.

El enfoque analítico iterativo de IPA permite una fuerte interacción entre el investigador y el texto. El proceso de varias etapas inherente a IPA se realizó caso a caso y luego se realizó una comparación de casos entre transcripciones. El análisis se inició con una lectura y relectura en profundidad de cada transcripción individual para obtener una perspectiva holística del relato de cada participante. Los comentarios y notas se escribieron y se conectaron al texto con base en la interpretación del investigador. Este primer paso analítico dio lugar a algunos temas subordinados.

Las conexiones entre temas subordinados emergentes llevaron al desarrollo de temas superiores, que los reunieron en categorías más amplias. Se realizó un análisis reflexivo de las relaciones y conexiones entre los temas subordinados para identificar patrones conceptuales y categorías más amplios que pudieran integrarse en temas superiores coherentes y representativos que reflejaran las experiencias de los participantes. El desarrollo y validación de los temas superiores, estos se generaron a través de la agrupación sistemática de los temas subordinados identificados durante la codificación inicial de las transcripciones. La validación de estos temas superiores se llevó a cabo a través de un proceso de consenso entre los investigadores, quienes revisaron y discutieron minuciosamente las interpretaciones para garantizar que los temas reflejaran de manera precisa y rigurosa los significados expresados en los datos originales. Este procedimiento incluyó una comparación constante con las narrativas textuales para garantizar una sólida base empírica, mejorando así la credibilidad y confiabilidad del análisis interpretativo.

Se utilizó el software de análisis de datos cualitativos Atlas ti v. 23 como herramienta de apoyo para organizar y codificar sistemáticamente las transcripciones de las entrevistas. Nos permitió gestionar rigurosamente los datos cualitativos, identificar patrones, agrupar códigos emergentes y facilitar el desarrollo de temas coherentes, en línea con el enfoque del Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA). La interpretación final fue realizada por el equipo de investigación, según lo requerido por el enfoque fenomenológico.

2.2.5 Consideraciones éticas

El presente estudio siguió las recomendaciones éticas internacionales establecidas en la Declaración de Helsinki. La participación en el estudio fue totalmente libre y voluntaria. Todas las respuestas al cuestionario fueron anónimas y toda la información personal recopilada se almacenó de acuerdo con los requisitos legales en materia de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (Ley Orgánica 15/1999, de 13^{ésimo} de diciembre, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5^{ésimo} de diciembre de 2018). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Junta de Andalucía (número de referencia: 0426-N/2023 PEIBA).

2.3 FASE 3: Perspectiva y abordaje profesional desde la enfermería

2.3.1 Diseño

Nuestro diseño de investigación siguió un enfoque fenomenológico descriptivo basado en entrevistas semiestructuradas en profundidad realizadas en persona. Esta metodología nos permitió recopilar las experiencias de los participantes, lo que nos llevó a descripciones densas derivadas directamente del fenómeno estudiado (Dosset et al., 2021). Como investigadores, esto nos permitió acceder a las perspectivas y visiones del mundo de los participantes, así como a sus relatos sobre los procesos estudiados (Martínez-Salgado, 2012). Nuestro estudio siguió la lista de verificación de los Criterios Consolidados para Informar Estudios Cualitativos (COREQ) (Braun & Clarke, 2021).

2.3.2 Participantes y muestreo

Esta investigación se llevó a cabo en el suroeste de España entre diciembre de 2023 y marzo de 2024. Se siguió un método de muestreo intencional para reclutar participantes (Taylor & Bogdan, 1987). Los participantes elegibles fueron: (a) enfermeras que trabajan en unidades de cuidados paliativos; (b) aquellos que estaban dispuestos a participar en el estudio y firmar el formulario de consentimiento informado. Se excluyeron los enfermeros sin experiencia en esta unidad. Ninguno de los participantes abandonó el estudio. Los perfiles de los participantes consideraron la edad, el sexo, el rol profesional y la formación en cuidados paliativos.

2.3.3 Recopilación de datos

Nuestros datos se recopilaron en entrevistas semiestructuradas, en profundidad, cara a cara (Material Complementario Electrónico). Una entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa que se lleva a cabo a través de reuniones iterativas cara a cara entre investigadores e informantes. En ellos, los investigadores buscan acceder a las intimidades e individualidades de los entrevistados, buscando obtener una mejor comprensión de sus puntos de vista, perspectivas, experiencias y motivaciones sobre los temas definidos en el estudio. Buscando garantizar la comodidad y neutralidad de los participantes durante el trabajo de campo, realizamos las entrevistas en la sala de usos múltiples del hospital provincial de referencia de cuidados paliativos. Esta sala ofrecía un espacio tranquilo y privado, separado de la práctica clínica.

Después de revisar minuciosamente la literatura existente, el equipo de investigación diseñó una guía para realizar las entrevistas. Esta guía se probó con dos participantes para evaluar la idoneidad y comprensión de las preguntas, confirmando que abordaba los objetivos del estudio.

Las fechas y los horarios de las entrevistas fueron acordados mutuamente. La comodidad y la proximidad de la sala donde se realizaron las entrevistas facilitaron la asistencia de los participantes. Todas las entrevistas fueron realizadas por investigadores capacitados en investigación cualitativa y entrevistas semiestructuradas. Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión recibieron una presentación explicando la entrevista y describiendo los objetivos y procedimientos utilizados en el estudio. Esta explicación enfatizaba particularmente el carácter voluntario de su participación, refiriéndose a la posibilidad de interrumpirla en cualquier momento sin justificación requerida. A los participantes se les otorgó el anonimato y su información personal se mantuvo confidencialmente sin identificar durante todo el proceso de investigación. Cada participante firmó el consentimiento informado antes de que se realizara la entrevista.

Durante las entrevistas, se alentó a los participantes a compartir sus experiencias personales y a profundizar en el tema. La recopilación de datos continuó hasta que alcanzó la saturación de datos (Ciobanu et al., 2020). En total, se realizaron 11 entrevistas presenciales, cada una con una duración que osciló entre 30 y 40 min.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente para garantizar la precisión y consistencia en el proceso de recopilación de datos. Además, se tomaron notas de campo durante las entrevistas para registrar información adicional relacionada con la comunicación no verbal, ampliando así el enfoque del contexto de nuestro estudio. Todas las entrevistas se hicieron anónimas, asignando seudónimos a cada participante. Además, nos aseguramos de que el equipo de investigación no conociera a los participantes antes de su participación en este estudio.

2.3.4 Análisis de datos

Una vez transcritos, archivamos los datos preservando su anonimato (como P1-P11). Aplicamos análisis del discurso basados en el modelo descrito por Taylor y Bogdan (1987). En primer lugar, dos investigadores escucharon la grabación de audio para familiarizarse con el contexto. Los datos transcritos de las entrevistas se leyeron y releeron minuciosamente, realizando un proceso de codificación línea por línea. En este punto, la identificación de relaciones y contenido potencialmente contradictorio dentro de los datos condujo a un mayor refinamiento de los códigos y a la aparición de categorías, subtemas y temas candidatos. Los investigadores se reunieron regularmente para revisar y refinar estos posibles temas y subtemas. Estos temas se definieron y refinaron cuidadosamente para capturar la esencia de cada entrevista y los aspectos específicos de los datos que representaban. Luego, para garantizar la precisión del análisis, se

proporcionó a cada participante un resumen de los temas y subtemas identificados en relación con sus experiencias, junto con las citas que proporcionaron durante la entrevista. Esta revisión les permitió revisar los datos analizados para proporcionar retroalimentación sobre si los temas reflejaban con precisión sus experiencias y perspectivas vividas. Después de hacerlo, ninguno de los participantes quiso agregar nada. El análisis se realizó utilizando el software de análisis de datos cualitativos (CAQDAS) Atlas.ti versión 23.

2.3.5 Rigor

Se consideraron tres criterios para garantizar el rigor en esta investigación: credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad. La credibilidad se abordó mediante el proceso de verificación, en el que los participantes pudieron revisar y validar los temas y subtemas identificados, triangulando estos datos con notas de campo. Para reforzar aún más la credibilidad, dos expertos independientes en bioética y cuidados paliativos revisaron y confirmaron los temas identificados. Se realizaron reuniones periódicas para debatir y llegar a un consenso sobre el análisis de datos, discutiendo y resolviendo discrepancias puntuales y ambigüedades entre los investigadores. Para mejorar la confirmabilidad, los investigadores participaron activamente en un proceso exhaustivo de autorreflexión, manteniendo un alto grado de honestidad y apertura. Los investigadores mantuvieron un diario reflexivo, examinando críticamente su papel y reflexionando sobre sus ideas previamente concebidas / posibles sesgos, influencias y sentimientos a lo largo del estudio. Para facilitar la transferibilidad de nuestros hallazgos a otros contextos, proporcionamos una descripción detallada del contexto estudiado, los criterios de inclusión y las características de los participantes, los procesos de recopilación y análisis de datos, y una descripción completa de nuestros hallazgos. Este relato detallado permite a los lectores evaluar la aplicabilidad de nuestros hallazgos en sus respectivos contextos de estudio, mejorando así la transferibilidad de los hallazgos del estudio. Para garantizar una traducción precisa y culturalmente sensible, el proceso fue meticulosamente diseñado. La traducción del español al inglés fue realizada por traductores profesionales con experiencia en la terminología específica del estudio. Dado que el inglés es un idioma compartido entre todos los investigadores, el documento traducido se sometió a una revisión adicional por parte de todo el equipo de investigación para garantizar la precisión, fidelidad y coherencia. Además, como los investigadores comparten el trasfondo cultural de los entrevistados, el proceso de traducción tuvo en cuenta no solo la precisión lingüística sino también elementos comunicativos más amplios, incluidos los significados implícitos, los matices contextuales y las expresiones culturalmente específicas. Este enfoque aseguró que la traducción capturara fielmente las experiencias y perspectivas de los participantes.

2.3.6 Consideraciones éticas

Este estudio siguió las recomendaciones éticas internacionales establecidas en la Declaración de Helsinki. Todos los participantes recibieron una hoja informativa con detalles relevantes sobre el estudio, junto con un formulario de consentimiento, que firmaron para confirmar su participación voluntaria. Toda la información personal proporcionada se almacenó de forma que cumpliera con los requisitos legales de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Junta de Andalucía (PEIBA) con el código Acomp_findevida/23.

CAPÍTULO 5

ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PARA EL COMPENDIO DE
PUBLICACIONES




ARTÍCULO 1

MIGRATORY EXPERIENCE AS A FACTOR OF VULNERABILITY: NAVIGATING LOSS, GRATITUDE, AND MEANING



Article

Migratory Experience as a Factor of Vulnerability: Navigating Loss, Gratitude, and Meaning

María José Cáceres-Titos ^{1,2,*} , E. Begoña García-Navarro ^{1,2,3,*}  and Maykel da Silva Barreto ⁴ ¹ Department of Nursing, University of Huelva, Campus El Carmen s/n, 21007 Huelva, Spain² Research Centre COIDESO, University of Huelva, 21007 Huelva, Spain³ Research Group ESEIS, University of Huelva, 21007 Huelva, Spain⁴ Department of Nursing, State University of Maringá, Maringá 87020-900, Brazil; msbarreto@uem.br

* Correspondence: mariajose.caceres@denf.uhu.es (M.J.C.-T.); esperanza.garcia@denf.uhu.es (E.B.G.-N.); Tel: +34-609153861 (M.J.C.-T.); Tel: +34-608367922 (E.B.G.-N.)

Abstract

Background/Objectives: Involuntary migration exposes individuals to multiple losses and ruptures that profoundly affect their physical, emotional, and social well-being. This study aimed to explore the vital losses experienced by Latin American women seeking international protection, identifying key dimensions of these losses and the coping strategies they employ to support their health and well-being. **Methods:** The study employed a qualitative phenomenological approach, with 17 international migrant women comprising the study subjects. Data were analysed using an inductive approach and interpretative phenomenological analysis, facilitated by Atlas.ti 23.0 software. The COREQ criteria were followed. **Results:** The analysis revealed two central themes: the multiplicity of losses associated with migration, including loss of identity, emotional deterioration, disruption of family and community ties, economic instability, and loss of sense of belonging; and hidden gains, encompassing processes of gratitude, spiritual strength, and personal transformation. **Conclusions:** The findings highlight the complexity of both the losses and the hidden gains associated with the migration experience, underscoring the need for compassionate and culturally competent healthcare. This study provides relevant evidence to improve professional support strategies for refugee women from a comprehensive and humanised perspective.

Keywords: migration; refugees; mental health; coping; culture; health; qualitative research



Academic Editors: Zohra S. Lassi and Mehwish Nisar

Received: 30 June 2025

Revised: 1 August 2025

Accepted: 18 August 2025

Published: 25 August 2025

Citation: Cáceres-Titos, M.J.; García-Navarro, E.B.; da Silva Barreto, M. Migratory Experience as a Factor of Vulnerability: Navigating Loss, Gratitude, and Meaning. *Healthcare* **2025**, *13*, 2109. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172109>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

The migratory phenomenon, which has intensified in recent decades, is not limited to a mere geographical displacement. It involves a profound life transformation, entailing multiple significant losses that affect the emotional, physical, and symbolic well-being of migrants. This process of personal reorganisation following the loss of meaningful elements is known as “grief” [1] and is referred to as migratory grief when it relates to losses associated with the migration experience.

Migratory grief is characterised by being multiple, partial, and non-definitive [2]. This multiplicity refers to the convergence of numerous losses: family and friends (interpersonal losses) and housing and income (material losses), as well as social status and role, mother tongue, future plans, cultural identity, and sense of belonging (symbolic or ambiguous

losses) [3–5]. The latter, being less visible and socially recognised, often remains unattended, which hinders emotional processing and may increase the risk of mental health complications if not adequately addressed [6,7].

According to the International Organization for Migration [8], a refugee is any person who, “owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of their nationality and is unable, or owing to such fear, unwilling to avail themselves of the protection of that country.” Although this category entails protective rights, the migratory process itself involves a multidimensional rupture that requires thorough exploration.

Empirical evidence has shown a higher prevalence of mental disorders among forced migrants compared to those migrating voluntarily [9]. A meta-analysis by Lindert et al. [10] estimated a prevalence of 44% for depression and 40% for anxiety among refugee populations. Similarly, a systematic review by Kokou-Kpolou et al. [11] identified that 33.2% of adult refugees exhibit symptoms consistent with prolonged grief disorder. In this context, mental and emotional suffering is strongly influenced by structural risk factors such as gender, legal status, language barriers, social isolation, discrimination, and limited access to healthcare and housing [12–17].

These vulnerabilities do not arise in isolation but are rooted in systems of inequality. Nancy Krieger’s ecosocial theory [18] highlights how structural and social inequalities become biologically and emotionally embodied, creating health disparities over time. Similarly, Kimberlé Crenshaw’s *intersectionality framework* [19] provides a lens for understanding how overlapping systems of oppression shape distinct patterns of exclusion and suffering.

In Spain, migratory flows have increased significantly in recent decades, especially from Latin America, leading to a growing presence of women seeking international protection [20]. These women often arrive in contexts of high vulnerability, where institutional systems struggle to respond to their specific emotional and cultural needs [21].

From a critical perspective, understanding the losses experienced by migrant women requires moving beyond frameworks that label them solely as “vulnerable” or “excluded.” While often well-intentioned, such categories can inadvertently reinforce forms of invisibility if they are not accompanied by genuine efforts to listen to women’s voices and understand how they themselves interpret and make sense of their migratory experience. As Michel Foucault pointed out in his theory of discourse and power [22], language is not neutral but a social practice that constructs knowledge, identities, and realities. The way migrant women are named and represented shapes how they are perceived—and even how they may come to perceive themselves. For this reason, it is essential to address not only structural factors, but also the meaning-making processes through which these women articulate their own losses [23]. Listening to their narratives allows us to identify not only what they have lost, but how they live, explain, and cope with their suffering through their cultural, relational, and symbolic frameworks. Such understanding is key to avoiding the reproduction of epistemic violence and moving towards more humane, equitable, and culturally sensitive care practices.

Following this approach, various studies on psychosocial migration have shown that migrants may experience ambiguous losses [24,25], which can only be fully understood if their own narratives and interpretive frameworks are taken into account. For migrants, the physical separation from their families is compounded by the cultural dislocation they face, creating a sense of living between two worlds [24]. Several studies have documented the hope held by migrants of maintaining a psychological presence within their families, particularly in the lives of their children [26,27].

The loss of socio-relational resources is particularly significant for refugees from socio-centric and collectivist cultures, in which interpersonal relationships are fundamental to

life [28]. Latin American women, in particular, tend to interpret their migration experiences through culturally specific lenses. In many of these contexts, suffering is not seen solely as an individual pathology but as a rupture of relational, moral, and spiritual ties. Loss is often expressed through relational and symbolic frameworks—such as motherhood, spirituality, or community bonds—which are rarely recognized in Western biomedical approaches [24]. The cultural scripts of grief that shape how these women experience and express their losses remain largely invisible to institutional care.

In the context of displacement, ambiguous loss may also include non-human losses and identity-related losses connected to one's homeland and aspects of the sense of identity and belonging to a place of origin [29]. From a psychosocial perspective, coping with this set of losses depends on the individual and contextual resources available. For many, the migratory process becomes a profoundly stressful experience, whose emotional, physical, and symbolic demands exceed their adaptive capacity [30].

Despite the importance of these losses as an inherent consequence of migration, research has paid scant attention to their symbolic and cultural dimensions, particularly in women from the Global South [31]. Migrant women are often approached from a needs-based or vulnerability framework, without fully exploring the meaning-making processes through which they interpret their losses and reconstruct their identities.

Understanding how migrants perceive and process these losses requires integrating a culturally informed perspective. Culture plays a crucial role in how individuals perceive and manage health and illness [32]. Arthur Kleinman [33] emphasises the importance of explanatory models, that is, personal and culturally shaped interpretations about the cause, course, and treatment of illness. He also highlights the importance of cultural and personal narratives in understanding human suffering and illness experience.

Beyond individual and cultural factors, it is essential to consider social determinants that structure migrants' living conditions. The World Health Organization [34] underscores that access to education, housing, employment, and healthcare services is fundamental for health equity. In Spain, bureaucratic obstacles, legal precarity, and the lack of culturally sensitive care further aggravate symbolic losses and hinder adaptive coping [35]. In this regard, Madeleine Leininger's Transcultural Care Theory [36] advocates for healthcare professionals to recognise and respect cultural differences, promoting care tailored to the values and beliefs of each patient.

From this conceptual framework, the objective of this study was to explore the vital losses experienced by migrant women based on their narratives and experiences, identifying key dimensions of these losses and the coping strategies emerging in relation to their health and well-being.

2. Materials and Methods

2.1. Design

This study employed a qualitative methodology, utilizing an interpretative phenomenological analysis (IPA) approach, as outlined by Smith et al. [28]. This approach allows for an in-depth exploration of participants' subjective experiences, focusing on the interpretation of the meanings they attribute to their lived experiences. The choice of IPA was driven by the need to understand individual perspectives within their contextual and experiential framework, enabling a rich understanding of the phenomena studied through detailed and reflective analysis of participants' narratives.

This methodological approach does not require a large number of questions but rather encourages an open, flexible, and in-depth exploration of participants' narratives. Therefore, we started with the following questions: Can you tell me what this migration process has been like for you? What significant losses have you experienced since leaving

your country? What did it mean to you, and how do you feel about it now? The interviewer adapted her approach according to each participant's responses, using strategies such as silence, reformulation, or exploratory prompts (e.g., "Can you tell me more about that?"). These questions were used flexibly, depending on the pace of the conversation and the emerging content, thus fostering the co-construction of narrative and meaning, as proposed by the hermeneutic logic of IPA.

2.2. Participants and Sampling

A purposive sampling strategy was employed. Inclusion criteria required participants to be adult women, applicants for international protection, originally from Latin America, and residing in the southwest of Spain. Participants were contacted through a non-governmental organization working with this population. The sampling was designed to explore diverse yet comparable narratives among Latin American women seeking asylum, considering variables such as country of origin, age, and family status. Saturation was considered to be reached when no new experiential themes or interpretative nuances emerged that were relevant to the research objectives. This decision was grounded in an interpretative logic aligned with IPA, where saturation is not understood in terms of thematic repetition but rather as the point at which the analysis achieves a coherent integration of meaning while preserving individual nuances. As Elliott, Fischer, and Rennie [37] suggest, qualitative research may be considered sufficiently complete when it presents a dense, coherent, and persuasive narrative that honours the complexity of the phenomenon under study.

A total of 17 key informants participated. Seven semi-structured interviews were conducted to capture individual subjective experiences. Subsequently, two focus groups were held with five participants each to explore shared and social dynamics influencing meaning-making in the migratory context. Although IPA is traditionally idiographic, recent developments support the integration of focus groups in studies where meaning-making is embedded in relational and cultural contexts. As different studies suggest [38–41], group settings can facilitate the co-construction of meaning when participants share common cultural scripts, as in the case of migrant women navigating collective loss. In our study, the use of focus groups aimed to capture these shared frameworks while maintaining attention to individual voices through careful moderation, reflective questioning, and individual-level coding within group discourse.

In order to preserve the idiographic depth inherent to IPA, the analysis considered individual voices within group interactions, avoiding simplification into homogeneous discourses and allowing the capture of each participant's particularities.

To address potential performative responses within group dynamics, the interviewer actively encouraged divergent views, clarified that there were no "correct" answers, and followed up on minority or contrasting perspectives. The analysis preserved individual contributions by assigning codes per speaker and comparing group interactions to individual narratives. This approach sought to ensure authenticity and reduce the influence of group norms on personal expression.

An informed consent letter was read aloud, and a copy was provided to all those who agreed to participate. It included detailed information about the study, its purpose, the potential benefits and risks, that the interviews would be recorded, how the research team would handle the participants' data, and the voluntary nature of participation, without negative consequences for those who declined. None of the invited participants refused or withdrew from the study.

2.3. Data Collection

Data collection took place between November 2024 and February 2025, with fieldwork conducted in a private room at the University of Huelva to ensure confidentiality. All interviews were audio-recorded with prior informed consent, ensuring minimal loss of non-verbal cues critical for analysis. Data collection was carried out by two female researchers in collaboration with an external intercultural mediator. Interviews lasted approximately 40 min, and focus groups around 60 min, all audio-recorded. Additionally, the interviewer took field notes to complement the recordings. Both interviews and focus groups followed an interview guide developed by the research team after a thorough review of the existing literature.

Throughout the data collection process, participants' emotional well-being was prioritized. All women were informed beforehand that they could pause the interview at any time, choose not to answer specific questions, or withdraw from the study without providing justification or suffering any consequences. Interviews were conducted in the presence of an intercultural mediator, who provided linguistic, emotional, and cultural support. The mediator played a key role in facilitating communication and ensuring a culturally sensitive atmosphere, particularly when participants used emotionally charged or culturally specific expressions. While not involved in analysis, the mediator contributed to the co-construction of meaning in the interview setting. Reflexive practice was central to working with the intercultural mediator. For example, the research team noted that certain metaphors used by participants were difficult to interpret literally. In response, the team engaged in debriefing sessions with the mediator to explore these expressions' cultural meanings and adjusted the interview prompts accordingly. These reflexive discussions also guided decisions about when to pause interviews for emotional support or how to navigate differences in communication styles. Thus, the mediator's role extended beyond translation, shaping data collection in ways that enhanced cultural sensitivity and ethical engagement.

Additionally, intercultural mediators not affiliated with the research team were consulted to ensure both literal and cultural translation of the content.

In cases where signs of emotional distress were detected, participants were offered breaks, empathetic listening, and the option to terminate the interview. At the end of each interview, participants were given information about available health and social services in the area. None of the participants reported significant distress during or after the interviews; on the contrary, several expressed gratitude for having been offered a space to share their experiences.

2.4. Data Analysis

Data analysis followed the stages described by Smith et al. [42] for IPA: (1) intensive reading of each transcript to become familiar with the individual narrative; (2) initial coding of meaningful segments expressing experiences of loss, pain, or reconstruction; (3) identification of emerging themes, articulating patterns of meaning within each case; (4) connection of themes across cases, developing shared themes and subthemes while preserving the uniqueness of each voice; and (5) construction of an interpretative narrative, integrating verbatim quotes with a comprehensive reading of the attributed meanings.

Due to the idiographic nature of IPA, each transcript was analysed in its entirety before proceeding to the next. IPA encourages participants to describe and reflect on their experiences—they are interpreting and making sense of what they have lived, while the researcher simultaneously engages in an interpretative process to understand what participants convey. This is known as double hermeneutics: the researcher accesses the participants' experiences through their accounts but also interprets them through their own experiential lens [42,43].

Data analysis was conducted by two researchers trained in qualitative methods, who maintained continuous discussion to enhance the credibility of the findings. Reflexivity was practiced through analytic memos, team discussions, and journaling during analysis to remain aware of researchers' assumptions, especially around cultural differences and gendered narratives of migration. Atlas.ti 23.0 qualitative data analysis software (CAQDAS) was used to support the analytical process.

2.5. Rigor

In addition to adhering to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) [44], the criteria for ensuring trustworthiness outlined by Lincoln and Guba [45] were applied.

Credibility was ensured by involving researchers directly in data collection and analysis. Methodological triangulation was conducted through the use of semi-structured interviews, field notes, and focus groups. Furthermore, verbatim quotes were used to ground interpretations in participants' voices, and member checking was conducted with some participants to assess the fidelity of the interpretations.

Transferability was maintained by providing detailed descriptions of the study, including characteristics of the researchers, participants, settings, sampling strategies, data collection, and analytical procedures.

Dependability was promoted by offering a thorough description of the methodology used. Additionally, an external researcher reviewed the research protocol, focusing on methodological aspects and study design, and was also responsible for verifying the findings.

Finally, confirmability was ensured through triangulation techniques, fostering researcher reflexivity via reflective reports and detailed justification of the study, and by including validation from the participants.

The research team, composed of nursing professionals with intercultural and gender perspectives, critically reflected on their positionality throughout the entire process. Their clinical and community-based experience shaped a heightened sensitivity to the losses and suffering faced by migrant women, allowing them to engage in listening from a place of respect, empathy, and ethical commitment. To minimize interpretative bias rooted in autobiographical perspectives, spaces for self-reflection were promoted, facilitating a respectful and horizontal approach that recognizes participants as knowledge generators.

2.6. Ethical Considerations

All ethical principles established in the Declaration of Helsinki [46] were upheld. Participants were informed about the study's objectives, the methodology employed, the voluntary nature of their participation, and their right to withdraw at any time without any consequences. Informed consent was obtained from all participants prior to both the interviews and focus groups. Confidentiality and anonymity were ensured in compliance with the Spanish Organic Law 3/2018 of December 5, on the Protection of Personal Data and Guarantee of Digital Rights. The study was approved by the TEDOC_MIGRA_2023 Ethics Committee.

3. Results

The study involved 17 migrant women from Latin America. Most were between 29 and 39 years old and were married or in a stable relationship. The majority were mothers and had a medium-to-high level of education. This sociodemographic profile suggests a group with considerable personal resources, whose migration trajectories nevertheless have

been shaped by vulnerability stemming from irregular administrative status and social precarity. The sociodemographic characteristics of the participants are presented in Table 1.

Table 1. Socio-demographic characteristics of participants (N = 17).

Pseudonym	Age	Country of Origin	Marital Status	Children	Educational Level ¹
RE1	38	Venezuela	Divorced	No	Higher
RE2	19	Colombia	Single	No	Medium
RE3	37	Perú	Married	Yes	Basic
RE4	40	Nicaragua	Divorced	Yes	Higher
RE5	22	Colombia	Single	No	Higher
RE6	33	Cuba	married	Yes	Basic
RE7	36	Venezuela	Married	Yes	Basic
RE8	47	Perú	Married	Yes	Medium
RE9	28	Nicaragua	Married	No	Medium
RE10	44	Venezuela	Divorced	Yes	Higher
RE11	31	Venezuela	Married	No	Basic
RE12	24	Colombia	Single	No	medium
RE13	33	Perú	Single	No	Higher
RE14	42	Cuba	Married	Yes	Basic
RE15	45	Nicaragua	Married	Yes	Higher
RE16	39	Colombia	Divorced	Yes	Medium
RE17	53	Venezuela	Married	yes	medium

¹ Educational levels were categorized as Basic (primary or lower secondary education), Medium (upper secondary or post-secondary non-tertiary), and Higher (tertiary education).

The analysis of the participants' experiences allowed the identification of two central themes that structure the narratives of the refugee women involved in this study: (1) the migratory experience as an experience of cumulative loss, and (2) reconstruction processes and significant gains. Through an interpretative phenomenological approach, subthemes emerged that reveal the profound subjective impact of forced migration and the strategies employed by the participants to cope with this process.

3.1. The Migratory Experience as an Experience of Cumulative Loss

This first theme reveals a complex and ongoing process of loss that refugee women experience from an existential perspective. Migration is configured as an accumulative grief process that encompasses identity, emotional, relational, material, and social dimensions. Participants described the migratory experience as a profound rupture with their previous vital references, generating a persistent feeling of uprootedness and emptiness.

3.1.1. Fragmentation of the Self and Destabilization of Identity

Several participants described a significant disruption in their sense of identity following migration. This disruption was often linked to the loss of meaningful social roles—such as being a caregiver, professional, or community member—and the impossibility of sustaining a coherent life narrative. The migratory experience led to an erosion of the sense of self, lived as a fragmentation between who they were, who they are now, and who they will never be again. It is an intimate and often unspoken loss that extends beyond material deprivation, affecting participants' sense of identity and self-perception.

"I am not the same person since I left my country. My whole image changed. I lost the sense of happiness. I only show part of myself, something I don't feel. I wake up every day with a fake smile because I have a daughter, a daughter who screams not to be here." (RE1)

This testimony reveals one of the consequences of forced migration: a biographical discontinuity that interrupts the life narrative, creating a split between emotional and social identity. This can result in a profound existential crisis, a loss of purpose in the face of accumulated losses.

"I lost the meaning of life. I've lived through so much grief. . . sometimes I wonder why and for what I'm still here." (RE3)

3.1.2. Breaking Ties and Emotional Uprooting

Emotional suffering was described by many participants as a persistent and silent state. Despite maintaining an appearance of strength, many women expressed feelings of sadness, anxiety, and emotional exhaustion. The constant sense of vulnerability, the struggle to sustain self-esteem, and the disconnect between what they show and what they truly feel internally reveal a profound emotional imbalance.

"I get emotional because I see something I don't like. Or because I can't afford something. Or because I don't feel valued." (RE7)

The lack of recognition and appreciation becomes an open wound that deteriorates their self-perception and affects emotional regulation. It is also reflected, as in the following testimony, in a hypersensitive emotional body, saturated, constantly on alert, and vulnerable:

"So anything—a shout, a word, a look that wasn't even intentional—and then you feel it, boom! Chaos!" (RE5)

"My mom doesn't know I slept on the street. There are many things you don't tell your family so they don't worry, because everyone back home is anxious about what's happening. I left the country alone. I'm alone." (RE14)

All of this highlights an emotional self-isolation used to protect their loved ones, which further intensifies loneliness and pain.

3.1.3. Structural Vulnerability and Loss of Autonomy

The migratory context was described as an environment of mistrust and constant exposure. Participants indicated that they had lost the ability to form emotional intimacy with others, as well as the basic safety necessary to establish protective bonds.

"I think one of the things that gets hit the most is self-esteem. You lose a lot. Your value, your dignity, even the sense that you matter. You're at the limit." (RE9)

The feeling of being "at the limit" suggests an emotional overflow where self-esteem lacks external anchors or internal validation. The constant erosion of trust inhibits the rebuilding of secure attachments and social support networks crucial for promoting resilience and gratitude. The loss of self-esteem is thus not merely cognitive but an affectively charged state reflecting a crisis in self-worth and identity coherence.

"Here, you can't trust anyone. You have to watch your back all the time. Even when someone smiles, you wonder if it's real. It's like living with your guard up constantly, like a wall you can't take down. Who's really going to care about me?" (RE5)

This declaration highlights how the loss of trust operates not only as a cognitive barrier but as a profound social and emotional fracture that underpins feelings of isolation and emotional fragility. In this context, mistrust becomes both a symptom and a perpetuator of precarity, since it obstructs the formation of protective relationships and reinforces a sense of social exclusion. From a healthcare perspective, this pervasive mistrust and erosion of self-esteem directly shape how participants engage with health systems and professionals.

Participants' reluctance to trust extends to healthcare providers, whom they may perceive as part of the same structural environment that has failed to protect them. The inability to establish safe, empathetic, and culturally attuned clinical relationships not only limits access to care but also deepens emotional withdrawal and a sense of invisibility within the system. For healthcare professionals, this dynamic challenges the creation of therapeutic alliances and may lead to dialectical conflicts, underreporting of symptoms, or non-adherence to treatment.

All this is further intensified by job instability and economic precarity, cross-cutting factors that shape the daily experiences of many migrant women. The inability to access formal employment, bureaucratic barriers to regularizing their status, and dependence on social aid were described as experiences that reinforce feelings of uselessness and psychological exhaustion.

"We lose our professional field, which makes the drop in self-esteem even worse. I'm a nurse in my country. I have experience caring for older people, but here they only want live-in workers. They don't offer part-time or full-time jobs. Since I don't have papers, it's very hard to find decent work." (RE1)

"I feel frustrated. We studied to help our country progress. To be doctors, lawyers... and to give that up and leave the country, knowing how hard it is to get our degrees recognized, is complicated." (RE10)

Taken together, these narratives reveal that the migratory environment acts as a relentless context of threat and instability that severely restricts opportunities for emotional connection validation and the reconstruction of a positive self-concept.

3.1.4. Symbolic Invisibility and Cultural Exclusion

One of the most profound losses experienced by migrant women is the forced separation from loved ones, especially parents, children, and siblings. The inability to be present during critical moments such as illness or death generates deep helplessness and pain. This absence of physical presence—and the impossibility of participating in culturally meaningful farewell rituals—results in a form of disenfranchised grief, unrecognized by the host society and thus intensified by isolation and silence.

"Migration has taken so much from me. I didn't see my siblings born, I couldn't be at my grandmother's funeral, I couldn't study what I wanted..." (RE2)

These absences mark not only relational ruptures but also a loss of continuity and potential selves, undermining agency and self-worth. The mourning extends beyond the people lost to include the person they might have become. From a healthcare perspective, recognizing these cumulative experiences of loss allows for a more compassionate, person-centred approach that validates the elements of grief that are not always visible or culturally acknowledged.

"When I came here, I was very close to my family. And that gets lost, it breaks. I dream a lot about my mom. I miss my mother so, so much, really, and my father." (RE3)

Dreams emerge as symbolic spaces of unresolved grief, reflecting an internal mourning process in the absence of collective acknowledgement. In these intimate narratives, participants strive to maintain connection and identity in displacement.

"I had to endure the death of my brother. That added to the pain I already had from losing my family, from being far from my home, my son, my parents. And on top of that, they called me, and I had to see my brother dead, murdered, from a distance." (RE3)

Witnessing death remotely, through screens or calls, may introduce a form of moral injury, evoking guilt, shame, and emotional dislocation. The participant is confronted with a

helpless proximity: emotionally close but physically excluded. The technological mediation of loss, devoid of communal rituals, fractures the moral and narrative frameworks that support mourning, complicating emotional processing and closure. The inability to act, to protect or to mourn in person, disrupts the narrative logic that normally accompanies death, hindering the process of healthy or non-pathological grieving.

Acknowledging how grief is experienced across borders and silences is key to opening up space for meaning-making and emotional accompaniment, beyond clinical symptoms, and offering culturally responsive support.

The spatial and emotional distance denotes a liminal state, emblematic of migrant precarity, where the participant is physically separated yet psychologically entangled with traumatic events. This is a profound challenge to closure and meaning-making, perpetuating emotional distress.

Across narratives, participants described this as a form of ‘invisible mourning,’ where their sorrow remained largely unacknowledged by their host society. However, the narratives also suggest emerging resilience, as participants navigate and reconstruct meaning within constrained sociocultural and migratory contexts. These efforts suggest that, even in contexts of structural exclusion, the search for coherence, belonging, and biographical repair persists.

3.1.5. Displacement, Exclusion, and Loss of Belonging

One of the most deeply felt dimensions of loss described by participants is the erosion of social and symbolic structures that previously anchored their sense of belonging. In the host country, the disappearance of familiar neighbourhoods, routines, and relational fabrics is not only a practical disruption but a form of collective pain, a grief shared across bodies and borders.

“But I also feel a collective pain, because many people left their homes, their surroundings, had to change territories. So I suffer for all those people, which intensifies my own pain. Destroyed environments, I have no home, and people. . . But when there’s war, people take what’s not theirs. ‘This is mine, now it’s mine because I say so.’ And that creates a feeling of anger and frustration. Because not only do I lose my personal space, but also my family, my culture, my society, etc.” (RE9)

The feeling of not having a place of their own is expressed both physically and emotionally. The forced nature of the departure implies a rupture in agency, purpose, and community engagement, resonating with narrative disruption and exile as a biographical fracture. Similarly, many participants described home not as a geographic location but as a relational and affective space—now lost. The absence of home is not merely material but also existential.

The participants expressed a form of transpersonal grief—an empathic identification with others who have suffered similar losses. The loss of “home” becomes a symbolic condensation of multiple absences: territory, culture, security, and community.

Moreover, this condition of uprootedness is compounded by experiences of xenophobia and social rejection in the host country, which actively deny the possibility of reconstructing belonging.

“You also lose confidence in yourself. It’s lost because there is so much xenophobia in many countries around migration. And it’s hard, not just as an immigrant, to leave your country, your environment, your comfort, and go to another country. And they. . . how can I explain? They take it badly, like. . . ‘What are you doing here, go somewhere else.’” (RE12)

Xenophobic attitudes undermine not only the individual's sense of safety but also their self-image, challenging their right to exist and belong. The internalization of rejection corrodes self-confidence, reinforcing a liminal state of "in-betweenness," typical of migratory precarity.

3.2. Reconstruction Processes and Significant Gains

Despite the accumulation of losses, the second major theme reflects how refugee women activate internal and relational resources to rebuild their lives in the host country. This capacity for agency is expressed in three interrelated dimensions: practical and symbolic reconstruction of life, anchoring spiritual and emotional resources, and vital learning that emerges from suffering.

3.2.1. Reconstruction and New Beginnings

Several participants shared experiences of personal "reinvention." Rebuilding their lives in a new country involves redefining goals, assuming new roles, and creating new expectations. This reconstruction takes place within precarious conditions but is also accompanied by hope and openness to new possibilities.

"One of the gains I may have had is getting to know myself better, identifying my needs and emotions." (RE2)

This testimony illustrates how the awareness of one's emotional landscape can become a first step toward healing. In some cases, this led to a redefinition of motherhood, womanhood, or professional identity, marking the beginning of a new narrative of dignity and autonomy, even in contexts of high vulnerability.

3.2.2. Anchoring Spiritual and Emotional Resources

Faith and spirituality played a central role as a source of strength. Some women expressed that their connection with God or higher forces gave them meaning, hope, and energy to endure adversity. This spiritual dimension is intertwined with a daily attitude of struggle and emotional resistance.

"But God makes us stronger, and if we are standing here right now, it is thanks to God's mercy. Because otherwise, truthfully, some things would destroy us, bring us down. But we are daughters of God, and the Lord looks upon us with mercy." (RE12)

Participants described this spiritual resilience as an active force that helped them resist despair, maintain hope, and find emotional refuge during moments of pain and loneliness. Spirituality was identified as a key resource for restoring self-worth and solidarity and for maintaining meaning amid loss and hardship.

However, participants recognized that structural barriers such as racism, legal irregularity, economic precarity, and limited access to healthcare constrained their opportunities for personal growth and tested the sustainability of their spiritual coping. These chronic stressors formed an adverse context in which resilience was expressed, highlighting the complex interplay between individual strength and systemic challenges.

3.2.3. Search for Meaning and Personal Growth

Participants described the suffering associated with migration as an opportunity for inner growth and moral reflection. Many emphasized the need to "work on the inner self," develop emotional autonomy, and establish personal boundaries as essential steps in their learning process.

"One of the things I've gained is becoming a better person. When we come here and go to a government agency to ask for help, not everyone should be put in the same box as

people who just like to ask for things. We need to be empathetic, because many times I don't know what's going on inside the other person, and a single word from me could even push them to suicide. We've seen that happen with two of our peers." (RE15)

This testimony articulates a relational ethics of care, born from shared vulnerability. The ability to connect her own suffering with the suffering of others, reveals a heightened attunement to emotional fragility and the consequences of indifference.

"Ever since I left my country, I've started to see things differently. I want to become a better person every day because I don't know what might happen tomorrow. Just because we're in a first-world country doesn't mean we're exempt from hardship, like what happened during the DANA in Valencia." (RE15)

Migration here acts as a rupture that enables new modes of perception and connection. The testimony suggests that moral learning can emerge from adversity—but not without cost. These insights challenge simplified narratives of resilience, instead pointing to a complex moral labour of meaning-making, grounded in social injustice and emotional exposure.

"You learn to be humble. Whatever you do, if you do it with love—and that's what it's about—bringing that love to people. Sometimes people look at it with suspicion, like you're doing it for some hidden reason, but really, it's just the pure intention of giving love to those who are willing to receive it. And even if the job seems very humble, there's a lot of love being given." (RE4)

This second narrative reinforces the idea of emotional agency—the ability to act with compassion even in undervalued or precarious social positions. Together, these accounts reveal that the search for meaning is not an individualistic journey but a deeply social and ethical process. At the same time, this calls for structural awareness, ensuring that systems of care do not rely on personal strength alone but actively support the conditions that allow such growth to occur with dignity, safety, and recognition.

4. Discussion

The findings of this study highlight the critical role of personal narratives as both therapeutic tools and forms of resistance for migrant women in vulnerable situations. Sharing their stories enables these women to reconstruct their identities and regain agency; as one participant stated, *"Sharing my story helped me feel seen and regain control over my life"* (RE4), consistent with Eastmond's findings [47]. Through narration, women actively transform their subjectivity, giving voice to experiences often silenced or marginalized.

Migration entails multiple, interconnected losses—including identity, relational ties, material resources, and symbolic meanings—that profoundly affect mental health and emotional well-being. Participants described feelings of invisibility, worthlessness, and loneliness. As one shared, *"I felt invisible, like I had lost myself"* (RE8), echoing Bhugra and Becker's [32] assertion that forced migration disrupts the symbolic structures underpinning continuity and belonging. These cumulative losses, exacerbated by legal insecurity, poverty, and discrimination, contribute to persistent psychological distress [48–50].

Mental health approaches must therefore incorporate compassion-based, culturally sensitive interventions that address structural barriers such as language, bureaucracy, and racism, which impede access to care [51,52]. A social identity perspective [53] elucidates how migration ruptures connections to family, community, and culture, destabilizing both individual and collective identities. This identity disruption aligns with Rosenberg's self-esteem theory [54], as loss of professional roles and caregiving capacities undermines personal worth and social function [55].

Emotionally, participants experienced "migratory grief" [56], characterized by sadness, guilt, anxiety, and uprootedness, often silenced due to fear or shame. As several participants

noted, “*here you can't trust anyone*” (RE5). Attachment theory [57] further explains how separation from significant others weakens emotional security and trust, while the erosion of social networks increases isolation and distrust, even within migrant communities [58].

Economic and occupational losses also emerged as major vulnerabilities, with participants facing professional devaluation and precarious employment; this was particularly pronounced among refugee women confronting intersecting disadvantages of gender, ethnicity, religion, and legal status [59–64]. Despite these challenges, many women demonstrate resilience as a dynamic, contextually embedded process supported by social, cultural, and spiritual resources [65,66]. This resilience manifests through mutual support, spiritual practices, the reframing of migratory experiences, and an orientation towards gratitude and growth, reflecting post-traumatic growth theories [67]. One participant encapsulated this when she stated, “*A loss carries a gain. I have learned to become a better person*” (RE10).

Culture plays a pivotal role in shaping coping mechanisms, with religious and spiritual frameworks providing meaning and communal belonging [68,69]. Such culturally situated strategies have important clinical implications. Health professionals must adopt culturally sensitive and compassion-based approaches that recognize the emotional and symbolic dimensions of migratory grief [70]. This means creating safe, non-judgmental spaces where women feel heard in their experiences of loss and spiritual struggle. Narrative-based interventions—such as guided storytelling or reflective dialogue—can help process invisible grief and rebuild identity. Incorporating respectful spiritual inquiry into care and ensuring intercultural training for professionals are key to promoting trust, empathy, and culturally attuned support.

This study also invites a critical reflection on how vulnerability is conceptualized: it is not an inherent trait but a relational condition shaped by power asymmetries, institutional neglect, and social exclusion, which render some forms of suffering visible and others invisible [71,72]. Intersectional frameworks are essential to understanding gender-specific refugee traumas—such as gender-based violence and reproductive autonomy loss—which are often overlooked in clinical settings [73].

From a capabilities approach, migratory grief reflects not only psychological suffering but structural injustice, encompassing the erosion of fundamental freedoms such as choice, social participation, and recognition [74]. Understanding this complexity is vital for developing interventions that transcend symptom management and promote social repair, justice, and epistemic inclusion. Recognizing migrant women as active agents whose life stories and coping strategies embody resistance and hope is central to this endeavour.

5. Conclusions

This research offers a comprehensive perspective that weaves together the psychological, social, and cultural dimensions of migratory grief in women who have been forced to leave their countries of origin, emphasizing their situation of vulnerability. The findings reveal that the multiple losses associated with migration—identity, emotional, symbolic, and material—as well as the inherent suffering may lead some participants to develop coping mechanisms such as presence, gratitude, and spirituality. However, these should not be interpreted as inherently positive outcomes but rather as adaptive responses shaped by the absence of structural support and the need to navigate adverse conditions. These tools enable women to reframe their migratory experience and rebuild their identity within contexts marked by precariousness, invisibility, and exclusion.

The results highlight the urgent need to design health and social interventions that go beyond addressing material needs to also include emotional support, the recognition of the spiritual dimension of suffering, the promotion of community-based support networks, and the practice of compassion. Understanding and valuing these forms of resistance

and re-signification can help guide practices toward more humanizing, collective, and empowering models of care.

In contexts of high social vulnerability, fostering spaces where the value of storytelling, community bonds, and cultural strengths are recognized may prove more transformative than approaches focused solely on clinical or individual dimensions. Listening to these voices and translating their experiences into concrete actions not only humanizes care but also redefines the ethical horizon of caregiving in increasingly diverse and complex societies.

5.1. Researcher Reflexivity

Given the sensitive nature of the topic and the participants' vulnerable social situation, the research team engaged in a continuous process of reflexivity throughout the study. The team was composed of two Spanish nurses/researchers and one Brazilian researcher, all with prior experience in working with migrant populations and addressing issues related to health inequity, social exclusion, and intercultural care. This background facilitated empathetic listening, trust building, and cultural sensitivity during the research process.

At the same time, we acknowledge that our professional roles, academic training, and citizenship status—particularly as European and South American researchers conducting interviews with asylum-seeking women in vulnerable circumstances—may have influenced how questions were framed, how narratives were constructed, and how meanings were interpreted. For example, during the analysis of interviews, we modified the initial guide to include questions emerging from emotionally charged narratives, seeking to explore in greater depth topics initially not considered, such as spirituality and identity loss. Our own cultural perspectives and social positioning were critically examined throughout the study.

To mitigate potential biases and power imbalances, an intercultural mediator participated actively not only in data collection, contributing to the creation of a safer and more equitable interview space, but also in the analysis phase. Their cultural knowledge helped interpret specific terms and emotional expressions that might otherwise have been misunderstood or overlooked, enriching the understanding of participants' narratives and ensuring a more contextualized reading of their experiences.

Additionally, field notes and reflective journaling were used to explore our positionality, emotional responses, and the assumptions we may have brought into the research. This reflexive stance aimed to foster ongoing critical awareness of the ethical and relational complexities inherent in cross-cultural qualitative inquiry.

5.2. Strengths and Limitations

A key strength of this study is its use of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), which enabled an in-depth understanding of how women seeking international protection make sense of their experiences of migratory grief. This approach facilitated the exploration of complex emotional, cultural, and existential dimensions, often overlooked in quantitative or purely clinical models. Giving voice to women who inhabit particularly precarious legal and social conditions contributes to filling a significant gap in the literature and foregrounds the lived realities of forced migration from an emic, meaning-centred perspective. The study also highlights the active role of these women in constructing resilience and meaning through collective practices, care, and spirituality, offering valuable insights for culturally competent and trauma-informed care.

However, some limitations must be acknowledged. Although the sample is small, this aligns with the characteristics of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), which prioritizes depth and richness of analysis over statistical generalization. This methodology

allows for a detailed exploration of the participants' subjective experiences and the meanings they attribute to them, which is particularly relevant in contexts of high vulnerability.

Nevertheless, the transferability of findings may be constrained by the specific sociopolitical context in which the study took place, as well as by linguistic, religious, and cultural factors that shape migratory experiences and expressions of grief. Furthermore, although reflexive strategies such as journaling and field notes, alongside researcher triangulation, were employed to strengthen the credibility of the analysis, the results are inevitably shaped by the researchers' interpretations. This interpretation was later re-evaluated in team discussions, where cultural context and power dynamics were reconsidered, leading to a more nuanced understanding. Similarly, after early interviews, the research team revised the interview guide to better reflect participants' non-linear migration trajectories and to avoid imposing Western assumptions about temporality and grief processing.

The intercultural mediator played a critical role beyond linguistic translation during interviews. She was consulted during the analysis phase to clarify the meaning of culturally embedded expressions, emotional gestures, and pauses. For instance, when several participants referred to "sadness" in describing their daily state, the mediator helped contextualize this term as a socially accepted way of expressing deeper emotional suffering, including fear and hopelessness. Her input directly influenced the interpretation of key themes and contributed to a culturally sensitive analysis. Future research could benefit from incorporating more culturally and linguistically diverse profiles, as well as longitudinal approaches to explore how the meanings of migratory grief evolve over time.

Additionally, participatory or co-produced research designs could empower communities and enhance the relevance and impact of findings. Integrating these approaches would support greater community ownership and contribute to policy translation, ultimately fostering more effective and just interventions.

Author Contributions: Conceptualization, M.J.C.-T., E.B.G.-N., and M.d.S.B.; methodology, M.J.C.-T. and E.B.G.-N.; software, M.J.C.-T. and E.B.G.-N.; validation, E.B.G.-N. and M.d.S.B.; formal analysis, M.J.C.-T. and E.B.G.-N.; investigation, M.J.C.-T. and E.B.G.-N.; resources, E.B.G.-N.; data curation, M.J.C.-T. and E.B.G.-N.; writing—original draft preparation, M.J.C.-T. and E.B.G.-N.; writing—review and editing, M.d.S.B.; visualization, M.J.C.-T. and E.B.G.-N.; supervision, M.d.S.B.; project administration, M.J.C.-T. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted following the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee of the Andalusian Government (protocol code: TEDOC_MIGRA_2023) on 14 July 2023.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data supporting this study are available from the corresponding authors upon reasonable request.

Acknowledgments: We gratefully acknowledge the collaboration of the non-governmental organisation. We also wish to thank the women who participated in this study for their generosity and willingness to share their personal experiences. We acknowledge the value and time they dedicated to the interviews as well as the trust they placed in our research team.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Treml, J.; Kersting, A. Anhaltende Trauerzustände [Prolonged grief disorder]. *Der Nervenarzt* **2018**, *89*, 1069–1078. [[CrossRef](#)]
2. Achotegui, J. *Los Siete Duelos de la Migración y la Interculturalidad*; Ned Ediciones: Barcelona, Spain, 2022.

3. Casado, B.L.; Hong, M.; Harrington, D. Measuring migratory grief and loss associated with the experience of immigration. *Res. Soc. Work. Pr.* **2010**, *20*, 611–620. [CrossRef]
4. Garcini, L.M.; Galvan, T.; Peña, J.M.; Klonoff, E.A.; Parra-Medina, D.; Ziauddin, K.; Fagundes, C.P. A high price paid": Migration-related loss and distress among undocumented Mexican immigrants. *J. Latinx Psychol.* **2019**, *7*, 245–255. [CrossRef]
5. Boss, P.; Boss, P. *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*; Harvard University Press: Cambridge, MA, USA, 2009; Volume 30.
6. Boelen, P.A.; van den Bout, J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *Am. J. Psychiatry* **2005**, *162*, 2175–2177. [CrossRef] [PubMed]
7. Nickerson, A.; Liddell, B.J.; Maccallum, F.; Steel, Z.; Silove, D.; Bryant, R.A. Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry* **2014**, *14*, 106. [CrossRef] [PubMed]
8. International Organization for Migration (IOM). *Glossary on Migration*, 2nd ed.; IOM: Geneva, Switzerland, 2011; Available online: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml25_1.pdf (accessed on 20 May 2025).
9. Jurado, D.; Alarcón, R.D.; Martínez-Ortega, J.M.; Mendieta-Marichal, Y.; Gutiérrez-Rojas, L.; Gurpegui, M. Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* **2017**, *10*, 45–58. [CrossRef]
10. Lindert, J.; Ehrenstein, O.S.; Priebe, S.; Mielck, A.; Brähler, E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc. Sci. Med.* **2009**, *69*, 246–257. [CrossRef]
11. Kokou-Kpolou, C.K.; Moukouta, C.S.; Masson, J.; Bernoussi, A.; Cénat, J.M.; Bacqué, M.F. Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *J. Affect. Disord.* **2020**, *267*, 171–184. [CrossRef]
12. Tastsoglou, E.; Petrinioti, X.; Karagiannopoulou, C. The gender-based violence and precarity nexus: Asylum-seeking women in the Eastern Mediterranean. *Front. Hum. Dyn.* **2021**, *3*, 660682. [CrossRef]
13. Hynic, M. The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *Can. J. Psychiatry* **2018**, *63*, 297–303. [CrossRef]
14. Leveque, K.; van Rossem, R. Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethn. Health* **2015**, *20*, 49–65. [CrossRef] [PubMed]
15. Renner, A.; Jäckle, D.; Nagl, M.; Hoffmann, R.; Röhr, S.; Jung, F.; Grochtdreis, T.; Dams, J.; König, H.-H.; Riedel-Heller, S.; et al. Predictors of psychological distress in Syrian refugees with posttraumatic stress in Germany. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0254406. [CrossRef] [PubMed]
16. Vargas, S.M.; Huey, S.J.; Miranda, J. A critical review of current evidence on multiple types of discrimination and mental health. *Am. J. Orthopsychiatry* **2020**, *90*, 374–390. [CrossRef] [PubMed]
17. Stamatel, J.; Zhang, C. Risk Factors for Violence Against Refugee Women. In *Refugees and Migrants in Law and Policy*; Kury, H., Redo, S., Eds.; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2018. [CrossRef]
18. Krieger, N. Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach. *Am. J. Public Health* **2012**, *102*, 936–944. [CrossRef]
19. Crenshaw, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity, and Violence Against Women of Color. *Stanf. Law Rev.* **1991**, *43*, 1241–1300. [CrossRef]
20. Domingo, A.; Bayona-i-Carrasco, J. Second Latin American migratory boom in Spain: From recovery to COVID-19. *Migr. Stud.* **2024**, *12*, 93–113. [CrossRef]
21. Mendola, D.; Pera, A. Vulnerability of refugees: Some reflections on definitions and measurement practices. *Int. Migr.* **2022**, *60*, 108–121. [CrossRef]
22. Foucault, M. *The Will to Knowledge: The History of Sexuality*; Pantheon Books: New York, NY, USA, 1979; Volume 1.
23. Kröner, S.M.; Beedholm, K. How discourses of social vulnerability can influence nurse–patient interactions: A Foucauldian analysis. *Nurs. Inq.* **2019**, *26*, e12309. [CrossRef]
24. Boccagni, P. Practising motherhood at a distance: Retention and loss in Ecuadorian transnational families. *J. Ethn. Migr. Stud.* **2012**, *38*, 261–277. [CrossRef]
25. Marchetti-Mercer, M.C. Those easily forgotten: The impact of emigration on those left behind. *Fam. Process* **2012**, *51*, 376–390. [CrossRef]
26. Solheim, C.; Zaid, S.; Ballard, J. Ambiguous loss experienced by transnational Mexican immigrant families. *Fam. Process* **2016**, *55*, 338–353. [CrossRef]
27. Jerves, E.; Rober, P.; Enzlin, P.; De Haene, L. Ambiguous loss in transnational families' adolescents: An exploratory study in Ecuador. *Fam. Process* **2020**, *59*, 725–739. [CrossRef]
28. Kira, I.A.; Shuwiekh, H.; Rice, K.; Al Ibraheem, B.; Aljakoub, J. A threatened identity: The mental health status of Syrian refugees in Egypt and its etiology. *Identity* **2017**, *17*, 176–190. [CrossRef]

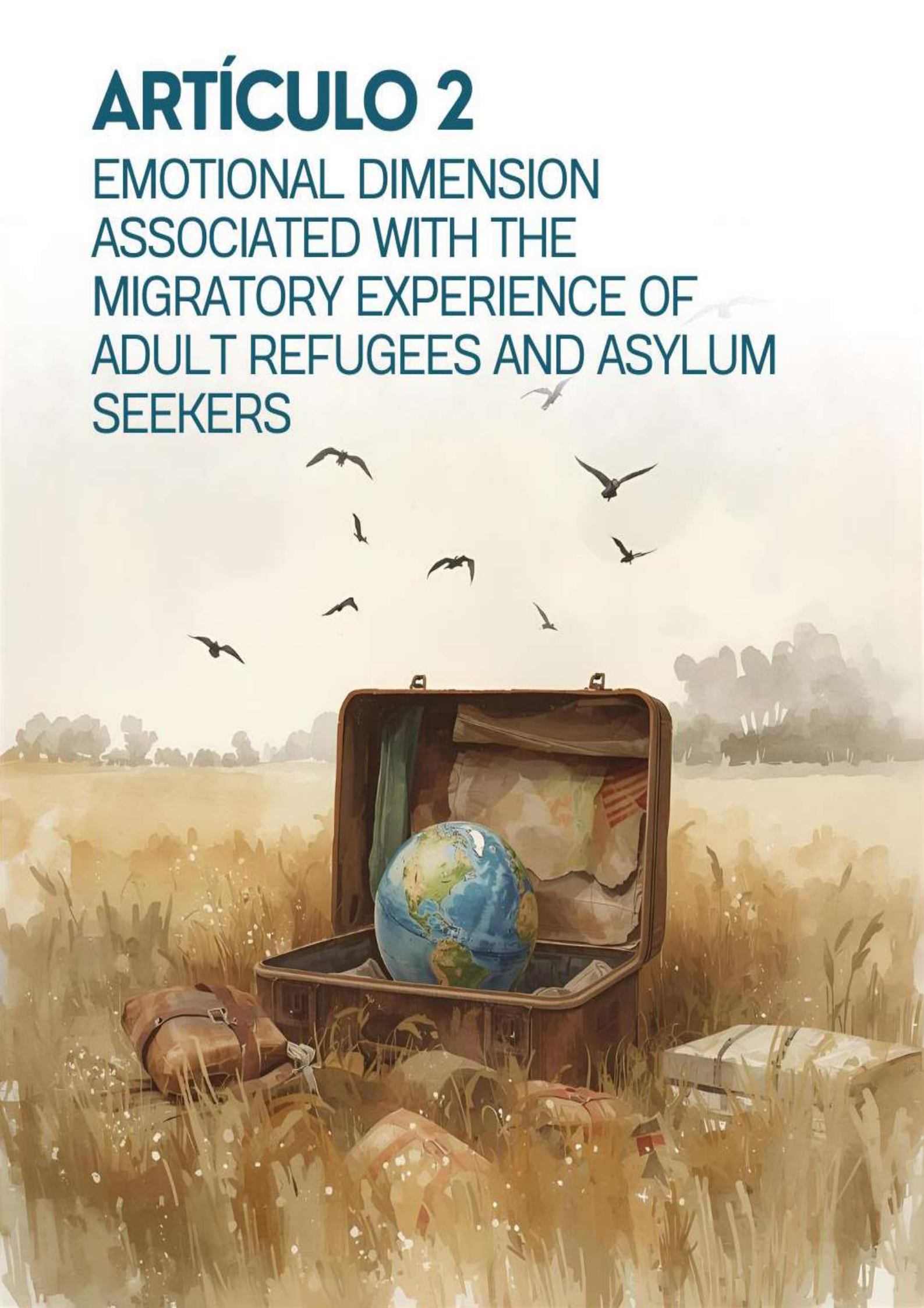
29. Bunn, M.; Samuels, G.; Higson-Smith, C. Ambiguous loss of home: Syrian refugees and the process of losing and remaking home. *Wellbeing Space Soc.* **2023**, *4*, 100136. [[CrossRef](#)]
30. Lazarus, R.; Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*; Springer Publishing Company: New York, NY, USA, 1984; pp. 181–205.
31. Crawley, H.; Garba, F.; Nyamnjoh, F. Migration and (in) equality in the Global South: Intersections, contestations and possibilities. *Zanj J. Crit. Glob. South Stud.* **2022**, *5*, 1–13.
32. Bhugra, D.; Becker, M. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry* **2005**, *4*, 18–24. [[PubMed](#)]
33. Kleinman, A. Supplementary Module 1: Explanatory Model. In *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview*; Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N.K., Hinton, L., Hinton, D.E., Kirmayer, L.J., Eds.; American Psychiatric Pub: Washington, DC, USA, 2015; pp. 56–59.
34. World Health Organization. *World Report on the Health of Refugees and Migrants: Summary*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2022.
35. Fagundo-Rivera, J.; García-Lozano, M.S.; Portero-Prados, F.J.; Romero-Castillo, R.; Badillo-Sánchez, N.; Fernández-León, P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: A systematic review. *Eur. J. Public Health* **2025**, *35*, 407–422. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Leininger, M. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*; National League for Nursing Press: New York, NY, USA, 1991.
37. Elliott, R.; Fischer, C.T.; Rennie, D.L. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *Br. J. Clin. Psychol.* **1999**, *38*, 215–229. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
38. Palmer, M.; Larkin, M.; De Visser, R.; Fadden, G. Developing an interpretative phenomenological approach to focus group data. *Qual. Res. Psychol.* **2010**, *7*, 99–121. [[CrossRef](#)]
39. Tomkins, L.; Eatough, V. Reflecting on the Use of IPA with Focus Groups: Pitfalls and Potentials. *Qual. Res. Psychol.* **2010**, *7*, 244–262. [[CrossRef](#)]
40. Phillips, E.; Montague, J.; Archer, S. Worlds within worlds: A strategy for using interpretative phenomenological analysis with focus groups. *Qual. Res. Psychol.* **2016**, *13*, 289–302. [[CrossRef](#)]
41. Love, B.; Vetere, A.; Davis, P. Should interpretative phenomenological analysis (IPA) be used with focus groups? Navigating the bumpy road of “iterative loops,” idiographic journeys, and “phenomenological bridges”. *Int. J. Qual. Methods* **2020**, *19*, 1609406920921600. [[CrossRef](#)]
42. Smith, J.A. Interpretative phenomenological analysis: Getting at lived experience. *J. Posit. Psychol.* **2017**, *12*, 303–304. [[CrossRef](#)]
43. Harper, D.; Thompson, A.R. *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*; Wiley: Hoboken, NJ, USA, 2011.
44. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* **2007**, *19*, 349–357. [[CrossRef](#)]
45. Lincoln, Y.S.; Guba, E.G. *Naturalistic Inquiry*; Sage: Sydney, Australia, 1985.
46. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Humans Subject. *JAMA* **2013**, *310*, 2191–2194. [[CrossRef](#)]
47. Eastmond, M. Las historias como experiencia vivida: Narrativas en la investigación sobre migraciones forzadas. *Rev. Estud. Sobre Refug.* **2007**, *20*, 248–264.
48. Kirkbride, J.B.; Anglin, D.M.; Colman, I.; Dykxhoorn, J.; Jones, P.B.; Patalay, P.; Griffiths, S.L. The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry* **2024**, *23*, 58–90. [[CrossRef](#)]
49. Nakphong, M.K.; Young, M.E.D.T.; Morales, B.; Guzman-Ruiz, I.Y.; Chen, L.; Kietzman, K.G. Social exclusion at the intersections of immigration, employment, and healthcare policy: A qualitative study of Mexican and Chinese immigrants in California. *Soc. Sci. Med.* **2022**, *298*, 114833. [[CrossRef](#)]
50. Selvarajah, S.; Maioli, S.C.; Abi Deivanayagam, T.; de Morais Sato, P.; Devakumar, D.; Kim, S.S.; Paradies, Y. Racism, xenophobia, and discrimination: Mapping pathways to health outcomes. *Lancet* **2022**, *400*, 2109–2124. [[CrossRef](#)]
51. Kirmayer, L.J.; Rousseau, C.; Guzder, J. Introduction: The place of culture in mental health services. In *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*; Springer: New York, NY, USA, 2013; pp. 1–20. [[CrossRef](#)]
52. Summers, L.M.; Summers, L.; Nelson, L. (Eds.) *Multicultural Counseling: Responding with Cultural Humility, Empathy, and Advocacy*; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2022.
53. Ballentyne, S.; Drury, J.; Barrett, E.; Marsden, S. Lost in transition: What refugee post-migration experiences tell us about processes of social identity change. *J. Community Appl. Soc. Psychol.* **2021**, *31*, 501–514. [[CrossRef](#)]
54. Rosenberg, M. *Society and the Adolescent Self-Image*; Princeton University Press: Princeton, NJ, USA, 1965.
55. Wickramage, K.; Vearey, J.; Zwi, A.B.; Robinson, C.; Knipper, M. Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health* **2018**, *18*, 987. [[CrossRef](#)]
56. Achotegui, J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan* **2009**, *46*, 163–171.

57. Bowlby, J. *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and Depression*; Basic Books: New York, NY, USA, 1980.
58. Schweitzer, R.; Melville, F.; Steel, Z.; Lacherez, P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **2006**, *40*, 179–187. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
59. Ager, A.; Strang, A. Understanding integration: A conceptual framework. *J. Refug. Stud.* **2008**, *21*, 166–191. [[CrossRef](#)]
60. Brell, C.; Dustmann, C.; Preston, I. The labor market integration of refugee migrants in high-income countries. *J. Econ. Perspect.* **2020**, *34*, 94–121. [[CrossRef](#)]
61. Fasani, F.; Frattini, T.; Minale, L. (The Struggle for) Refugee Integration into the Labour Market: Evidence from Europe. *J. Econ. Geogr.* **2022**, *22*, 379–416. [[CrossRef](#)]
62. Liebig, T.; Tronstad, K.R. *Triple Disadvantage? A First Overview of the Integration of Refugee Women*; OECD Social, Employment and Migration Working Papers; OECD: Paris, France, 2018; Volume 216. [[CrossRef](#)]
63. Senthana, S.; Kristman, V.; Hynie, M. Refugee women’s experiences navigating the Canadian labour market. *J. Int. Migr. Integr.* **2021**, *22*, 1101–1120.
64. Tomlinson, F. Marking difference and negotiating belonging: Refugee women, volunteering and employment. *Gend. Work Organ.* **2010**, *17*, 278–296. [[CrossRef](#)]
65. Hawkes, C.; Norris, K.; Joyce, J.; Paton, D. Exploring resilience, coping and wellbeing in women of refugee background resettled in regional Australia. *Front. Psychol.* **2021**, *12*, 704570. [[CrossRef](#)]
66. Panter-Brick, C.; Leckman, J.F. Resilience in child development—Interconnected pathways to wellbeing. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2013**, *54*, 333–336. [[CrossRef](#)]
67. Tedeschi, R.G.; Calhoun, L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol. Inq.* **2004**, *15*, 1–18. [[CrossRef](#)]
68. Kirmayer, L.J.; Sehdev, M.; Whitley, R.; Dandeneau, S.F.; Isaac, C. Community resilience: Models, metaphors and measures. *Int. J. Indig. Health* **2009**, *5*, 62–117. [[CrossRef](#)]
69. van der Hoek, S. Lusophony Pentecostal Churches in Berlin: Religious Identities Between Integration and Transatlantic Boundaries. *Int. J. Lat. Am. Relig.* **2022**, *6*, 477–499. [[CrossRef](#)]
70. Cáceres-Titos, M.J.; Porrás-Santana, J.M.; Cabillas-Romero, R.M.; García-Navarro, E.B. Managing cultural diversity in end-of-life care: A qualitative study. *BMC Palliat. Care* **2025**, *24*, 124. [[CrossRef](#)]
71. Virokannas, E.; Suvi, L.; Marjo, K. The Contested Concept of Vulnerability—A Literature Review. *Eur. J. Soc. Work.* **2018**, *23*, 327–339. [[CrossRef](#)]
72. Smith, W.; Higgins, M.; Kokkinidis, G.; Parker, M. Becoming invisible: The Ethics and Politics of Imperceptibility. *Cult. Organ.* **2018**, *24*, 54–73. [[CrossRef](#)]
73. Taheri, M.; Harding, N.; Stettaford, T.; Fitzpatrick, S.; McCormack, L. Female-Specific Refugee Trauma Impacting Psychological Wellbeing Post-Settlement: A Scoping Review of Research. *J. Loss Trauma* **2024**, *29*, 1017–1046. [[CrossRef](#)]
74. Renner, A.; Schmidt, V.; Kersting, A. Migratory grief: A systematic review. *Psychiatry* **2024**, *15*, 1303847. [[CrossRef](#)]

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

ARTÍCULO 2

EMOTIONAL DIMENSION ASSOCIATED WITH THE MIGRATORY EXPERIENCE OF ADULT REFUGEES AND ASYLUM SEEKERS





OPEN Emotional dimension associated with the migratory experience of adult refugees and asylum seekers

María José Cáceres-Titos^{1✉}, Ana María Fernández-Araque^{2,4} & E. Begoña García-Navarro^{1,3,4}

This study explores the impact of the migratory process on the mental health of refugees and asylum seekers arriving in Spain. It examines the feelings and emotions associated with emigration, alongside its underlying causes. A mixed-methods approach was followed, collecting quantitative data through a questionnaire composed of the validated Migratory Grief and Loss Questionnaire, and sociodemographic and cultural factors (n = 126). Qualitative data were gathered through 14 semi-structured interviews and 2 focus groups (n = 34). Key factors influencing migratory grief include nationality, gender, age, legal status, and length of residence. Impotence and the pact of silence with their family regarding their current situation emerged from analysis as the emotional factors associated with migration. Effective migration interventions should address not only practical aspects but also emotional and sociodemographic dimensions. This includes providing adaptive support programs that impact identity to promote healthy and sustainable adaptation to the destination country.

Keywords Migration, Refugees, Asylum seekers, Mental health, Migratory grief

The recent refugee crisis experienced in Europe has prompted a deeper and more complex examination of migratory and refugee flows. The migratory experience of refugees and asylum seekers is profoundly shaped by a range of interconnected factors, such as gender, age, ethnicity, social class, educational level, and migratory status. These factors do not operate in isolation, but intersect, generating specific dynamics of vulnerability and resilience. The intersectionality framework provides a valuable analytical lens to understand how these multiple dimensions shape the emotional tensions and challenges faced by migrants, acknowledging the complexity of their experiences and specific needs¹

In this context, it is essential to recognize that everyone possesses a history, a culture, and values that directly influence their perception of health and well-being². These intrinsic characteristics interact with the intersecting dimensions of identity and lived experience, further shaping individuals' emotional responses and their capacity to navigate the challenges of forced migration.

The interaction between the individual needs and the globally accepted concept of health by society and healthcare institutions can generate tensions and challenges. The importance of recognizing and respecting this intersection is magnified in the context of immigration, which causes a reconfiguration of individual needs, as migrants must adapt to new cultural, social, and health realities. In the case of asylum seekers, there is an additional vulnerability associated with the fact that they are awaiting the protection granted to those who have refugee status, facing restrictions in various areas that can be considered degrading, punitive, and inhumane³. Therefore, the reconciliation between their values and the demands of the host society adds a layer of complexity to achieving well-being, as they face numerous losses during this process of change.

Although all forms of grief involve loss, migratory grief is distinguished by its partial nature, as it is not about the disappearance of the country, family, or society that once formed part of the individual's identity, but rather the experience of separation in terms of space and time gives this type of grief a recurring and non-definitive character. Additionally, these losses can encompass changes in family structure, language, culture, homeland, social status, group belonging, and the physical risks associated with displacement. The multiplicity of losses increases the likelihood of grief becoming what Achotegui⁴ terms complicated and even extreme, leading to

¹Faculty of Nursing, University of Huelva, Avenida de las Fuerzas Armadas, S/N, 21007 Huelva, Spain. ²Research Group "Pharmacogenetics, Cancer Genetics, Genetic Polymorphisms and Pharmacoepidemiology", Faculty of Health Sciences, University of Valladolid, 47002 Soria, Spain. ³Center for Research in Contemporary Thought and Innovation for Social Development (COIDESO), Avenida de las Fuerzas Armadas, S/N, 21007 Huelva, Spain. ⁴Ana María Fernández-Araque and E. Begoña García-Navarro contributed equally to this work. ✉email: mariajose.caceres@denf.uhu.es

the immigrant syndrome of chronic and multiple stress, or Ulysses syndrome^{5,6}. This syndrome manifests multidimensionally, involving emotional distress accompanied by numerous personal losses. Furthermore, this distress is closely related to the development of physical symptoms, given the link between emotional psychophysiological activation and organic and psychological consequences⁹.

In this regard, the most vulnerable group among immigrants is that of refugees and asylum seekers, who suffer from high levels of distress⁷. Additionally, the involuntary abandonment of their country of origin and the circumstances surrounding this fact⁶, make them more vulnerable to mental health problems⁸ and they face many difficulties in integrating into the host country⁹. However, the rates of seeking help for mental health issues are low among refugee communities⁹.

As a result, these individuals may experience symptoms such as anxiety and depression, manifested in sadness, crying, tension, nervousness, headaches, irritability, insomnia and fatigue. They may also develop psychosomatic disorders, where emotional distress is physically expressed through imaginary ailments, reflecting the somatization of their underlying problems, significantly affecting their overall health and well-being¹⁰. This situation poses a challenge for exploration and intervention, running the risk of being overdiagnosed with personality disorders and other pathologies by confusing coping symptoms with pathological defence mechanisms¹¹. Additionally, differences in culture, diagnostic criteria of the country where they are treated, or language can influence clinical care and treatment¹².

In 2019, Spain received more international protection than any other year since the approval of the first Asylum Law in 1984, with a total of 118,264 applications¹³. Having granted refugee status to 5.2% of these applicants, Spain is well below the European Union average in this regard, which grants this status to 31% of the applications it receives¹³. This situation is a significant stressor that complicates the circumstances. It has been demonstrated that these individuals find it challenging to adhere correctly to treatment as they are continuously in a state of alert due to stressors after migration¹⁴.

Therefore, although migratory grief has been analyzed from various perspectives, it is not often studied with a focus on the individual, commonly concentrating on exploring the political, economic, or sociodemographic consequences that the process generates¹⁵. Although the emotional well-being and support of refugees and asylum seekers in Spain is beginning to attract interest¹⁶, this study aims to address this phenomenon from a more personal, biographical perspective, through personal, racial, cultural, and ethnic identity, considering the emotional burden that each refugee and asylum seeker carries due to the fact that they migrate forcibly, knowing that, in many cases, there may be a possibility of no return.

Unlike voluntary migrants, who may have the option to choose their destination and plan their migration, refugees and asylum seekers face a series of exceptional emotional, psychosocial, and adaptation challenges during their migration process, which determine their emotions and behaviors. For this reason, this study aims to understand how they feel, what situations they face, and what personal resources they must cope with them.

To this end, to provide holistic care that addresses not only physical health but also the emotional and psychological needs of these vulnerable populations, the general objective was to identify the main emotional challenges experienced by refugee or asylum-seeking migrants arriving in the last 2 years and to determine the factors contributing to that emotional distress. The specific objectives focused on exploring coping strategies for dealing with adverse situations, as well as support needs from a comprehensive approach.

Methods

Study design and setting

The methodological approach employed was a mixed-methods study, combining quantitative and qualitative approaches. This allows for addressing the complexity of the experiences of refugees and asylum seekers from complementary perspectives. The quantitative approach, through a cross-sectional descriptive study, provides data to identify patterns and general trends within the studied population, such as risk factors associated with emotional distress. On the other hand, the qualitative approach, based on phenomenology and semi-structured interviews, delves into the subjective experiences and personal narratives of participants, offering a contextualized understanding of the emotional challenges they face. This comprehensive approach is particularly appropriate for this population, as it ensures a holistic understanding of their emotional challenges and needs. Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) guidelines was following¹⁷. The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) guidelines provide a comprehensive framework designed to enhance the transparency and quality of qualitative research reporting. These criteria cover various aspects, including the research team, study design, data analysis, and findings, ensuring that essential information is communicated clearly to readers.

Study participants

For the quantitative approach, a survey study was conducted with a sample of 126 individuals (60 men and 66 women), during the first 6 months of 2023. For the qualitative approach, we used purposive sampling; although we initially attempted to achieve a representative sample by nationality, due to access difficulties, we decided to use snowball sampling. This sampling is particularly effective in contexts where participants belong to vulnerable groups and may not be easily identified through more conventional sampling methods¹⁸.

The final sample size was determined by the principle of data saturation¹⁹. The general inclusion criterion for both approaches included adults from any country other than Spain who were refugees or asylum seekers in the southwest of Spain, during the past 2 years, and who had been identified by the psychological office of the NGO (the recruitment entity) as patients at risk of emotional distress. These individuals must have experienced some emotional instability following their migration process.

The Southwest of Spain was chosen as the geographical context for this study due to its strategic and significant role in migratory flows toward Europe. Furthermore, this study is part of a broader project aimed at exploring migratory grief among various vulnerable populations within this context.

The analysis was limited to the first 2 years because this period typically coincides with the time it takes to process asylum applications and may even last up to 3 years. During this time, migrants are often in a situation of legal uncertainty, and the process of acculturation has not yet advanced. For this reason, this stage influences their emotional and psychological experiences as they navigate challenges related to legal status and integration²⁰.

Data collection

For the quantitative study, the administered survey consisted of a set of sociodemographic data along with a scale revised by Achotegui et al.²¹, adapted into Spanish by Revilla et al.²² from the previous “Migratory Grief and Loss Questionnaire” (MGLQ)²³. It was validated and had a Cronbach’s Alpha consistency of 0.72. It consists of 17 questions designed to measure the intensity of grief and loss associated with migration, asking how often the participant experienced such feelings in the past 30 days. The questions are grouped around the four main factors of migratory grief: fear, nostalgia, worry, and loss of identity. Participants responded using a 4-point Likert scale. The questionnaire was completed online via Google Forms®, after reading and accepting the information sheet and informed consent, which facilitated its dissemination. Participant recruitment was carried out through the non-governmental organisation “Red Cross NGO”, which acted as an intermediary by contacting potential participants and providing information about the study, whose participation was completely voluntary.

Those who voluntarily expressed their explicit consent to participate, either by email or telephone, were included in the study. Finally, two individuals who initially expressed interest in participating did not do so due to time constraints. Since the survey was validated in Spanish, this was the language in which the interview was conducted. Possible translation and interpretation issues were resolved thanks to our work team, which included intercultural mediators who ensured not only literal translation but also cultural translation of the questions’ meaning. Based on the results obtained from this questionnaire, we further explored the meaning of their responses through a qualitative study. For this purpose, we created a semi-structured interview guide, involving intercultural mediators throughout the process.

A phenomenological qualitative semi-structure interview protocol was designed to obtain a personal perspective and narrative of resettlement experiences related to the following research question: “What emotional challenges do refugee or asylum-seeking migrant arriving in the last 2 years face?”. Interviews were conducted in a neutral environment, being recorded both in audio and video once informants gave their informed consent. It allowed us to focus on the verbal content and nuances of participants’ responses, while video recordings provided valuable non-verbal cues, such as body language and facial expressions, which enriched the contextual understanding of their experiences. This combination was particularly important for accurately interpreting the emotional and subjective dimensions of the narratives. Additionally, none of the participants opposed being recorded.

Before the interview, participants received an information sheet that included details about the study’s purpose, why they had been invited to participate, confidentiality, and the voluntary nature of their participation. The research team listened to recordings and read interview transcripts to make an initial cursory interpretation. This provided a general idea that supported a deeper analysis (this involved the identification of relevant recurring themes, the search for similarities and differences between themes to develop codes—dimensions—and, with these, thematic categories). The presence of coinciding codes—dimensions—by different researchers—blind analysis—indicated that the analysis reached the core and revealed the meanings of the phenomenon under study.

The population selected for the study aligns with the universe of individuals who meet the established inclusion criteria. This ensures that the participants are representative of the experiences of refugees and asylum seekers in the southwest of Spain who have faced emotional instability following their migration process. For this reason, the qualitative informants were part of the initial quantitative study.

To ensure validity and reliability, the entire coding and discourse analysis²⁴ process was independently conducted by three members of the research team. One of these members was external to the research and participated as a contact bias control by only engaging in data analysis. Discrepancies were discussed until consensus was reached. This triple-blind approach aimed to minimise the implicit bias of physical contact between actors.

While one researcher conducted the interview, another handled technical aspects and assumed the observer role, taking field notes. A total of 14 in-depth interviews and 2 focus groups were conducted. The decision to conduct focus groups was driven by the need to create an interactive space where participants could express and compare their collective experiences of migratory grief. This technique allowed us to capture nuances and shared meanings that might not have emerged in individual interviews.

The combination of these techniques enriches qualitative research, providing a deeper and more complete understanding of the phenomena studied²⁵.

The research team moderated the group discussion and conducted interviews. Interviews lasted approximately 40 min (ranging from 30 to 60 min). This analysis allowed for a deeper understanding of the most relevant aspects for developing the interview guide and the central question of the focus groups. The date and time for the interviews and focus groups were agreed upon between the researchers responsible for conducting the sessions and the participants. The selected space was the “Agora aula”, a neutral and open classroom at the university designated for hosting external guests. This location was accepted by both the participants and the recruiter. It is important to note that participants were not compensated for their involvement in the study. This decision was made to ensure that participation was voluntary and free from external incentives, which could potentially influence their responses and compromise the integrity of the data collected²⁶.

Data analysis

Quantitative and qualitative data were linked through a convergent mixed methods design, which allows for analysis of how the interactions between individual, social and structural contexts influence the emotional experiences of refugees and asylum seekers. Quantitative data, collected through structured surveys, provided a statistical overview of trends and patterns within the population studied.

In this study, a quantitative analysis was carried out with the aim of describing the migration variables and exploring the associations between these variables and the dimensions related to migratory grief, specifically nostalgia, worry, identity and fear. The analysis was developed in the following stages: (a) Description of variables by conducting an initial descriptive analysis to characterise the socio-demographic and migration variables of the participants (such as age, gender, country of origin, time since migration, and asylum status). This analysis included measures of central tendency (mean, median) and dispersion (standard deviation, range) for continuous variables, and frequencies and percentages for categorical variables. This stage sought to provide a general overview of the population studied. (b) Analysis of the dimensions of migratory grief: The factors of nostalgia, worry, identity and fear were assessed using a validated questionnaire. To identify patterns and relationships between these dimensions, responses were grouped into categories previously defined in the instrument. Subsequently, average scores per dimension were calculated in order to compare socio-demographic groups.

As hypothesis tests for associations to determine whether there were significant differences in the dimensions of migrant grief between the different socio-demographic groups, analysis of variance was used. This technique allowed comparison of the means of each dimension across specific categories (e.g. gender, age, or length of residence in the receiving country). The selection of ANOVA as a method was justified because it allows us to analyse whether differences between groups are larger than would be expected by chance. This method is appropriate when the dependent variables are continuous and the independent variables are categorical.

Although the original questionnaire contained 17 questions, only 12 were reported because of their direct relevance to the specific objectives of the study. This selection criterion was based on the relevance of these questions to address the key dimensions of migrant grief and coping strategies (Table 3). This analysis was applied to the four factors measuring migratory grief, using the statistical package SPSS v29.0.

This approach was selected because it allows us to identify patterns in the data that reflect the emotional experiences of migrants, relate these patterns to socio-demographic factors to better understand how these variables influence migratory grief, and provide quantitative evidence to complement a more in-depth qualitative analysis, strengthening the validity of the findings, which was done below.

Following the literal transcription of interviews and discussion groups, qualitative analysis was conducted based on the model outlined by Taylor-Bogdan²⁴. The aim was to understand the perceptions and lived realities of our study group. Once their discourses were studied, their human responses were analysed. This approach allows us to understand the subject's emic perspective, meaning their perceptions, feelings, and thoughts. It was based on their testimonies, rich with meanings, symbols, intentions, motives, and beliefs. The triangulation of the two approaches ensured greater validity and reliability, as the quantitative results were contextualised and enriched by the nuances provided by participants' individual experiences and perceptions. This holistic approach allowed for a deeper and more nuanced understanding of the phenomenon.

During this phase, a deductive coding process was followed, drawing from the obtained information and its classification into dimensions, categories, and subcategories. Participants were assigned an alphanumeric reference number (RE), used for data recording and the development of the mentioned categories and subcategories. These served as the basic unit of analysis, composed of several lines or phrases that conveyed a central idea extracted from the interviews. Preliminary categorisations were performed manually using the software Atlas.ti.v.23 Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany.

Results

In terms of geographical origin, the sample is predominantly composed of individuals from Latin America, followed by participants from Africa and Western Europe/Asia, indicating a rich cultural diversity (Appendix A). Gender distribution is balanced, with equal representation of men and women. Additionally, the analysis shows that nearly half of the participants do not have children.

The duration of the migratory journey is particularly noteworthy, as more than half of the respondents reported journeys lasting over 6 months. These extended journeys are often associated with a broad range of personal and emotional experiences. The majority of participants are young adults with secondary or university-level education. Notably, although over one-third of the sample speak Spanish as a native language—primarily those from Latin America—nearly one-third report needing to improve their language skills.

The qualitative component of the study was conducted through semi-structured interviews with 34 refugees and asylum seekers (20 women and 14 men), aged between 18 and 56 years. Participants were distributed across 14 individual interviews and 2 focus groups of 10 participants each. To ensure anonymity, responses were coded using the initials "RE" followed by the interview number. Thus, "RE1–14" denotes individual interviews and "RE15–35" refers to focus group participants.

Thematic analysis of the interviews revealed three overarching lines of argumentation that structure the participants' narratives: (1) complexity and emotional suffering, (2) expectations, and (3) coping strategies. These themes offer a comprehensive understanding of the emotional and psychological dimensions of the migratory experience (Table 1). Each theme is organized into categories and subcategories that reflect the diverse range of experiences described by the participants.

The first theme, complexity and emotional suffering, encompasses emotions such as fear, nostalgia, worry, and identity loss. These are linked to challenges including insecurity, future uncertainty, cultural and legal barriers, and attachment to the home country. For example, concerns about preserving traditions and maintaining family

Line of argument	Categories	Subcategories
Emotional complexity/suffering	Fear	Insecurity
		Uncertainty/ instability
		Migratory project (motive and journey)
	Nostalgia	Link with places and objects
		Melancholy and longing
		Attachment to one's country
		Preservation of traditions
		Love for one's country
	Concern	Country situation
		Family wellbeing
		Legal and administrative barriers
		Repatriation
		Death
		Ethnocentrism of care
	Loss of identity	Loss of cultural connections (language)
		Adaptation to the new values system
Redefinition of identity		
Changes to self-identity and self-concept		
Impotence	Cause of exile	
	Discrimination	
Expectations	Desire to remain in the reception country	Legal status
		Financial stability
		Educational opportunities
	Desire to return	Pact of silence
		Guilt
Coping strategies	Social interaction	Social support
		Participation in the community
	Wellbeing	Self-care
		Religiousness
		Spirituality

Table 1. Description of the lines of argument, categories, and subcategories produced after analysis.

bonds reveal the emotional depth of these challenges. The second theme, expectations, highlights participants' aspirations, such as remaining in the host country, achieving financial or educational stability, or, in some cases, returning to their country of origin. A notable subtheme is the "pact of silence," reflecting participants' reluctance to fully disclose their struggles to their families, which adds emotional strain. The third theme, coping strategies, includes personal and community resources that help participants navigate adversity. Subcategories such as social support and spirituality illustrate how individuals rely on interpersonal relationships, religious practices, and self-care strategies to preserve emotional well-being.

Analysis of variables pertaining to migration in the studied sample (n = 126) provides a detailed view of the experiences and feelings experienced by participants about their migratory process (Appendix B).

The results indicate that almost 40% of the participants experience distress during their migratory process, feeling quite or extremely distressed. This finding is supported by the qualitative testimonies, where participants describe the complex emotions associated with migration. RE5: "Anguish is a constant feeling; it feels like an emotional burden we carry with us. Missing home and facing the unknown here generates a lot of anxiety". Among the reasons, explaining this distress is the inability to maintain their country's traditions. Another reason could be the complexity of their emotional relationship with their country of origin. Although 66% show considerable attachment, 57.3% express high concern and feelings towards their country of origin, revealing a duality of sentiments where love for the country of origin coexists with worry about its situation. RE9: "I love my country, but I feel a deep helplessness seeing how it is. Not being able to do anything is very hard. I cannot go back; it is not an option".

47.7% of participants experience a sense of helplessness due to the cause of their exile. The testimonies reinforce this experience, describing how the obligation to leave the country generates a sense of helplessness, also often associated with situations of discrimination. However, despite this feeling, 73.8% do not express an immediate desire to return permanently to their country of origin in the future. This high figure may be associated with the fact that most (86.5%) migrate with a family member and/or close friend, although almost half of the participants (54.8%) have close family and/or friends still residing in their country of origin.

Before conducting ANOVA analyses, assumptions of normality and homogeneity of variances were tested. Shapiro-Wilk tests confirmed normal distribution of residuals ($p > 0.05$), and Levene's tests showed homogeneity

of variances across groups ($p > 0.05$). Additionally, 95% confidence intervals are reported where appropriate. To understand the influence of sociodemographic variables on the triggering of migratory grief, an association analysis was conducted between these variables and the factors of migratory grief (Table 2). A significant relationship between nationality, age, legal status, and length of residence with the other factors of migratory grief is highlighted.

The correlation analysis identified significant associations between sociodemographic variables and the dimensions of migratory grief, as indicated by asterisks in the corresponding tables. These findings should be interpreted with caution, as they reflect associative patterns rather than causal relationships. Moreover, several of the correlation coefficients indicate only modest strength. The most relevant findings can be grouped into three key areas.

The first aspect is age and Length of Stay in the Host Country. The duration of residence shows a significant positive relationship with the “Fear” factor ($R = 0.22$, $p = 0.01$), with shorter stays being associated with higher levels of fear. Temporary protection, compared to international protection, also increases fear ($R = -0.20$, $p = 0.03$). The second is Loss of Identity. Being male is modestly associated with a greater sense of identity loss ($R = 0.19$, $p = 0.04$). International protection may serve as a protective factor, with lower identity loss reported among those granted international protection compared to temporary protection ($R = 0.21$, $p = 0.02$). Additionally, participants who are married or divorced and those with secondary education show higher scores on identity loss. It is important to note that these associations are moderate in magnitude, and no causal inferences should be drawn. Finally, the Language Proficiency and Concern. Higher language proficiency is modestly associated with increased emotional concern. This finding could reflect greater awareness of legal and social challenges among more linguistically proficient individuals, though alternative explanations may also account for this relationship. Again, these associations should be considered in light of their limited statistical strength. These findings underscore the nuanced ways in which sociodemographic factors intersect with the emotional dimensions of migratory grief.

Regarding migratory variables, the results in Table 3 reveal four specific patterns: fear and connection to the country of origin, nostalgia and the desire to return, concern and accompanied migration, and finally, relevant testimonies. Fear is significantly associated with missing one’s country ($R = 0.25$, $p < 0.01$), dreaming of returning ($R = 0.26$, $p < 0.01$), and worrying about the country and its people ($R = 0.20$, $p = 0.02$). These findings suggest that fear intensifies with emotional attachment and a persistent connection to the place of origin. Nostalgia is positively associated with dreaming of returning ($R = -0.29$, $p < 0.01$) and negatively associated with the desire to return permanently ($R = -0.24$, $p = 0.01$). This indicates that nostalgia may be an ambivalent emotion, oscillating between the longing to return and the resignation to the impossibility of doing so. With regard to concern and accompanied migration, migrating with a family member or close friend significantly reduces concern ($R = -0.19$, $p = 0.03$).

The testimonies from interviews complement the quantitative data by highlighting personal experiences, such as legal uncertainty, with one participant stating, “This waiting without knowing a date [...] is terrifying. I cannot return to my country” (RE10). Economic impact is another significant theme, as low-paying jobs generate frustration and concerns about survival. Additionally, many individuals describe feelings of silence and loneliness, expressing a reluctance to share their emotions with family members to avoid causing them worry. These findings underscore the complex interplay between emotional experiences and external circumstances in shaping the challenges of migration.

In terms of identity loss, the analysis reveals statistically significant but modest associations with gender and type of protection. Being male is related to a higher likelihood of experiencing identity loss ($p < 0.04$), while those under international protection tend to report less identity loss compared to individuals with temporary protection ($p < 0.02$). Marital status, educational level, and language proficiency are also associated: being married or divorced, having secondary education and intermediate language proficiency are linked with higher levels of identity loss. However, these findings must be interpreted with caution given the non-experimental design and the correlation coefficients’ modest magnitude.

Participants often feel that they are a risk or burden to their loved ones, both in their country of origin and in the host country. They also experience guilt for not being able to resolve their situation, which remains marked by poverty, persecution, and conflict. This separation leads to feelings of abandonment. RE9: “*Now I know that my mother is alive, because not long ago I didn’t know anything about her, as she doesn’t have a telephone I didn’t know if she had died there, I feel that I have left her alone*”.

In terms of identity loss, the analysis reveals significant correlations with gender and type of protection. Being male increases the likelihood of experiencing identity loss ($p < 0.04$), and those with international protection tend to experience less identity loss compared to those with temporary protection ($p < 0.02$). Marital status, educational level, and language proficiency are also significantly correlated, so that being married or divorced, having secondary education and intermediate language proficiency are related to a greater loss of identity associated with the migration process.

On the other hand, the lack of desire to return is associated with being accompanied by these relatives, as well as the anxiety of facing an unknown future, especially in relation to migratory status, which causes a lack of stability and clarity in legal and administrative terms, as it enhances the self-perception of unproductiveness and failure in the migratory project. The jobs for which these people are eligible until they are legal are mainly agricultural works, cleaning or as carers, with minimum wages that are insufficient to pay for necessities such as housing, food or electricity, which is a source of considerable concern and frustration. RE12: “*Uncertainty about the future is something that is always present. I don’t know what fate has in store for me and this makes me a bit scared, but I hope that everything goes well, both for me and for my family*”. RE11: “*Today, for example, I worked for an hour as a cleaner, the hour is paid at 5 euros” “But imagine that I earn 300 euros a month, how are we going to survive with two children*”.

Variables	Fear			Nostalgia			Concern			Identity		
	R	95% CI	p-value	R	95% CI	p-value	R	95% CI	p-value	R	95% CI	p-value
Age	-0.09	[-0.64, 0.45]	0.34	0.12	[-1.56, 0.62]	0.20	-0.13	[-1.62, 2.15]	0.15	0.10	[-1.89, 0.03]	0.25
Children	0.06	[-1.14, 0.84]	0.52	0.14	[-0.04, 1.64]	0.11	0.07	[-0.19, 0.49]	0.46	-0.06	[0.28, 0.46]	0.53
Sex (Male, Female)	0.06	[-0.84, 0.39]	0.48	0.05	[-0.78, -0.48]	0.60	-0.08	[-5.81, 1.80]	0.40	0.19*	[-1.38, -0.36]	0.04
Marital status (Married/Cohabiting, other)	0.07	[-3.47, 3.49]	0.43	0.11	[-9.33, -0.50]	0.22	0.16	[-0.19, 0.49]	0.08	-0.05	[-1.82, -1.65]	0.61
Age groups (18-20, 21-30, 31-40, 41-50, >50)	-0.10	[-1.48, 1.21]	0.29	0.10	[-3.41, 1.45]	0.29	-0.15	[-1.62, 2.15]	0.09	0.14	[-2.01, 2.22]	0.13
Educational level (Low, Medium, High)	0.01	[-1.14, 0.68]	0.89	0.01	[0.25, -0.58]	0.92	-0.16	[-0.10, 1.26]	0.08	0.09	[-1.13, -0.03]	0.33
Reason for migration	-0.05	[-2.45, 3.63]	0.59	0.03	[-6.24, 5.49]	0.70	0.12	[-5.72, 0.36]	0.20	0.03	[-8.46, 7.56]	0.73
Means of arrival	-0.07	[-0.26, 2.67]	0.46	-0.09	[-4.32, 0.37]	0.31	0.07	[-2.92, 1.44]	0.45	-0.14	[-4.27, 0.90]	0.12
Residence time	0.22**	[-2.26, -0.31]	<0.01	-0.17*	[-0.51, 1.68]	0.05	0.17*	[-0.35, 0.89]	0.05	-0.05	[-1.26, 0.73]	0.58
Duration of travel	0.00	[-0.80, 2.42]	1.00	0.03	[-2.89, 0.11]	0.74	0.03	[-1.83, 0.56]	0.74	0.09	[-2.98, 0.33]	0.34
Protection phase (Application, Approved, Other)	0.16	[-3.47, 3.49]	0.07	-0.05	[-1.49, 0.45]	0.54	0.13	[-1.86, 0.30]	0.16	-0.06	[-0.09, 2.16]	0.49
Type of protection (international protection, temporary protection)	-0.20*	[0.09, 1.44]	0.03	0.05	[-0.85, 0.45]	0.55	-0.11	[-0.24, 1.09]	0.22	0.21*	[-1.64, -0.11]	0.02
Language level	-0.14	[-1.48, 1.68]	0.13	0.00	[-1.76, -1.14]	0.96	0.02	[-0.35, 3.03]	0.81	-0.05	[-1.89, 0.03]	0.56

Table 2. Correlations between sociodemographic characteristics and dimensions of migratory grief. *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). Dichotomous variables were coded as follows: Sex (0 = Male, 1 = Female), Marital status (0 = Married/Cohabiting, 1 = other), Reason for migration (0 = International, 1 = Temporary), Type of protection (0 = International, 1 = Temporary).

In addition to the legal situation, the loneliness they experience and the social support they receive—yet feel burdened or dependent on—are factors that contribute to ongoing stress and uncertainty. These factors, in turn, intensify emotional suffering during the migration and integration process. The result is an environment marked by anxiety and fear, often linked to traumatic experiences and conflicts. This creates a “pact of silence”, where individuals are unable to open up or discuss their quality of life in Spain, either with their family members or within the host community. Most informants shared their reluctance to communicate their true feelings to their loved ones, especially their mothers, for fear of worrying them. They expressed the difficulty of finding the balance between the need for emotional support and the desire not to burden their families with their own problems.

The fear factor has a significant correlation with missing the country, dreaming of returning and thinking and caring about the country and its people. Thus, higher levels of fear in the context of migration tend to be experienced by those who miss their country, those who dream of returning to their country of origin and those who care about their country and its people.

In the analysis of their discourses it was observed that maintaining the celebration of festivities and religious practices, as well as being able to maintain habits and customs were identified as important strategies to maintain the connection with the culture of origin. These events provided a sense of belonging and cultural rootedness. Participants mentioned that this gave them comfort and a tangible reminder of their roots. RE30: “Cooking typical dishes from my country is my way of bringing a little piece of home into my daily life. Each taste transports me and makes me imagine being at home with my family, eating together”. Other fears related to the possibility of being repatriated or facing situations of danger or discrimination were also reflected in their speeches.

The factor of nostalgia is strongly linked to the desire to return permanently to the country of origin, as participants frequently express missing their homeland, idealizing it as better than their current situation, and feeling distressed by the distance. Statistical analysis shows a significant correlation between nostalgia and the ability to maintain only a few cultural traditions ($p < 0.01$), as well as the absence of helplessness regarding the cause of exile ($p < 0.01$). Qualitative findings reinforce this connection, revealing that migration is often driven by a pursuit of rights, opportunities, and safety, but comes at the cost of personal resources—economic, social, or occupational. This trade-off fosters feelings of nostalgia and powerlessness, alongside a deep need to preserve cultural traditions. The primary causes of exile include traumatic experiences, frequently tied to armed conflicts, and poor living conditions in their countries of origin, particularly economic hardship and the absence of fundamental human rights, such as freedom of expression, security, and women’s rights. These findings highlight a dual motivation: the search for safety and opportunity in Spain and the emotional toll of leaving behind their cultural identity and personal stability. RE11: “I left there because my uncle wanted to do that to me (gestures referring to female genital mutilation) ...”.

Furthermore, having to face numerous losses, such as jobs and even human losses, made participants feel upset about being far away and missing their home country. This led them to experience feelings of sadness, loneliness, and longing, which impacted their emotional well-being during adaptation. RE9: “Leaving behind my family and friends was the hardest part of this journey. Video calls help, but it’s not the same as being there, feeling their hugs, and sharing moments together. It’s a bit bittersweet”.

Lastly, regarding concern, there is a significant negative correlation with immigrating with family and/or friends. Additionally, a notable relationship is observed with distress associated with the migratory process, which is perceived as “somewhat” or “quite” distressing, as well as perceiving things in the home country as much prettier and feeling quite lost.

From a qualitative perspective, it was observed that establishing connections and maintaining support networks in the host country was essential for adaptation. Participants mentioned the importance of having friends, family, and community groups that provided emotional and practical support. Some participants faced challenges of discrimination and prejudice in the host country, which generated feelings of exclusion and difficulties in social integration. Additionally, another concern expressed in their discourse referred to uncertainty about how they would be treated in case of illness.

These feelings do not appear in isolation, but there are multiple interconnected factors. Figure 1 provides a visual representation of the interconnections between the three emotional dimensions (fear, worry and importance) and the associated themes. This figure was developed as a tool to illustrate the emotional complexity experienced by the study participants. The dimensions of fear, worry and helplessness are placed in the centre. This underlines their central role in the emotional experiences of refugees and asylum seekers. Surrounding each dimension, nodes reflect the specific aspects or concrete manifestations of these emotions, as described by participants. For example, in the case of fear, themes such as uncertainty about their future, fear of deportation or concern for family members remaining in the country of origin are included. In the dimension of concern, nodes cover issues such as economic stability, access to health care and the search for housing. Finally, in powerlessness, nodes relate to the feeling of not being able to deal with bureaucratic systems or difficulties in communication. In addition, the figure highlights the connections between the nodes across different dimensions. For example, fear of deportation may be linked to powerlessness, as participants feel they have no control over the legal immigration processes. Likewise, concern for family welfare may intensify fear or generate a sense of powerlessness, creating a cumulative effect on emotional stress.

This relational map aims to provide a holistic view of how these emotional dimensions and their nodes interact, forming a complex but cohesive picture of the emotional burdens faced by participants. The interconnectedness of these emotions reflects that they do not exist in isolation, but are deeply interrelated.

Taken together, these experiences reveal a complex picture of the emotional, physical and behavioural impact that the situation has had on the health and well-being of those interviewed and illustrate the importance of addressing not only the material, but also the emotional and psychological needs of those affected.

Questions	Fear			Nostalgia			Concern			Identity		
	(R)	95% CI	p-value	(R)	95% CI	p-value	(R)	95% CI	p-value	(R)	95% CI	p-value
How distressing was the migration process for you in general?	0.09	[-1.74, 0.58]	0.31	-0.10	[-1.93, 0.94]	0.25	-0.03	[-2.89, 0.15]	0.75	0.02	[-0.72, 1.11]	0.86
Can you maintain the traditions of your home country?	0.01	[-1.55, 0.83]	0.84	0.03	[-2.29, 1.38]	0.69	-0.11	[-0.62, 1.82]	0.18	-0.04	[-1.76, 0.33]	0.58
Did you migrate with a relative and/or close friend?	-0.09	[-0.28, 0.98]	0.28	-0.01	[-0.57, 0.67]	0.88	-0.19*	[0.07, 1.35]	0.03	-0.07	[-0.86, 0.48]	0.41
Do any of your relatives and/or close friends still live in your home country?	-0.07	[0.48, 1.32]	0.38	-0.01	[-1.4, 0.01]	0.94	-0.06	[-0.55, 0.95]	0.44	0.11	[-0.96, 0.40]	0.20
Do you wish to return permanently to your home country in the future?	0.17	[-1.39, 0.23]	0.05	-0.24*	[0.28, 1.70]	0.01	0.16	[-1.4, 0.01]	0.07	-0.04	[-0.55, 0.95]	0.61
I miss my country	0.25**	[-1.87, 0.04]	<0.01	-0.23**	[-0.37, 1.13]	0.01	-0.07	[-0.89, 1.37]	0.40	0.10	[-1.56, 0.45]	0.22
Things were better in my country	0.15	[-1.17, 0.04]	0.09	-0.18	[-0.59, 1.99]	0.03	0.04	[-0.89, 0.97]	0.98	0.04	[-1.56, 0.45]	0.58
I dream of returning to my country	0.26**	[-2.07, 0.77]	<0.01	-0.29**	[0.56, 2.62]	0.01	0.09	[-1.05, 1.58]	0.30	-0.09	[-1.38, 0.74]	0.31
I think about and worry about my country and its people	0.20*	[-1.91, 0.03]	0.02	0.25	[-0.73, 0.96]	0.01	-0.14	[-1.27, 1.44]	0.10	-0.03	[-0.41, 1.90]	0.70
I feel upset about being away	0.04	[-1.88, 0.87]	0.62	-0.21*	[-0.98, 0.95]	0.01	-0.01	[-1.27, 0.55]	0.90	-0.00	[-0.81, 1.11]	0.74
I feel lost	0.10	[-1.75, 0.25]	0.24	-0.14	[-0.40, 1.79]	0.11	-0.08	[-0.46, 2.56]	0.34	0.09	[-1.00, 2.02]	0.30
I feel powerless because of my exile	0.01	[-1.51, 0.21]	0.85	-0.17	[-2.30, 1.69]	0.05	-0.06	[-0.75, 1.27]	0.47	0.01	[-1.17, 0.92]	0.84

Table 3. Correlations between migration experiences and dimensions of migration grief. *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

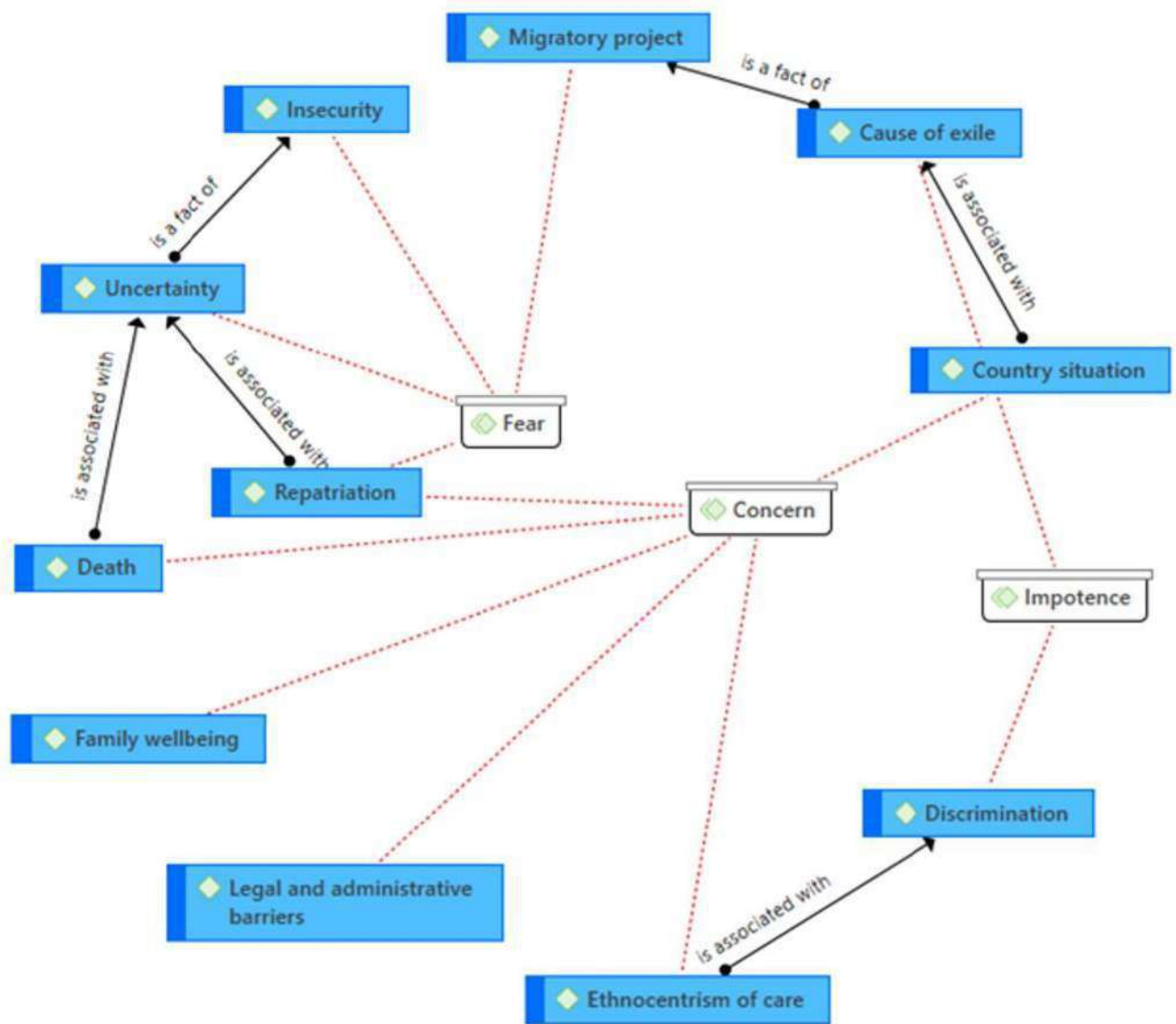


Fig. 1. Relationship map of associations between the dimensions of fear, concern and impotence and their nodes. Source: self-made. Elaborated using the software, Atlas.ti.

Discussion

In the framework of the migratory experience, the results obtained in this study reveal a lesser-known perspective on the emotional complexity of mourning among refugees and asylum seekers. The type of protection sought emerges as a critical component for the mental well-being of migrants. Although fear of identity loss was infrequently reported in a similar study published in Spain²², international protection sought by the population in this study is associated with less identity loss compared to temporary protection²⁷. A study conducted in Australia demonstrated higher levels of stress, anxiety, and depression associated with visa conditions and subsequent adverse living conditions²⁸, emphasizing the importance of stability and mental health security. This underscores the need for migration policies not only addressing immediate legal security but also considering the long-term psychological implications of different protection statuses.

The loss of identity mentioned is also correlated with the male gender, contrary to some previous studies that associate it with the female gender^{29,30}. This finding calls for deeper examination of gender dynamics in the migratory context, suggesting that emotional and psychological experiences may vary considerably between genders, potentially impacting different facets of their health^{31,32}.

These gender dynamics also impact the gender distribution in the country, which is currently balanced. This balanced is largely due to the fact that four of the five top nationalities of individuals seeking international protection come from Latin America. This reflects a more familiar migration pattern³³. However, in 2021, there was a significant increase in the number of men seeking protection, with men making up 64% of the total. This shift was influenced by the presence of three African countries (Morocco, Mali, and Senegal) among the top five countries of origins. This indicates a more masculinized migration pattern³⁴. As a result, nationality highlights distinct differences in the experiences of individuals from Latin America and those from Sub-Saharan Africa.

The former experience grief is marked by concerns related to social stress linked to difficulties in achieving the migration project, alongside the nostalgia this entails³⁵.

This grief is intensified due to similarities between countries (of origin and host), in language and some traditions, but vastly different in cultural aspects, landscape, etc. In contrast, those from Sub-Saharan Africa face a more pronounced fear, possibly related to the characteristics of the migratory journey, often marked by constant threats from mafias and associated means of transportation (such as boats, swimming, jumping over the border fence from Morocco, etc.)^{4,22}. This poses greater difficulty in fitting their memories or aspirations into acceptable forms that meet the criteria for full citizenship in most states³⁶.

Variables such as marital status are associated with identity loss. Being married or divorced may be linked to having a greater family burden. The additional responsibility of family life could contribute to a more intense perception of identity loss, possibly due to the need to balance family expectations and roles with the demands of the new cultural environment.

Similarly, educational level and language proficiency play a crucial role in identity loss. Transitioning from one country to another, especially with secondary education, may result in slow validations and challenges in obtaining qualified jobs. This process often leads to occupying more precarious and physical jobs, affecting the perception of status and personal achievements³⁷. Additionally, intermediate language proficiency is linked to leaving behind one's native language, a fundamental component of cultural identity³⁸. This linguistic challenge adds an additional layer of complexity to the adaptation process, potentially affecting self-image and the sense of cultural belonging and, according to various studies^{39,40}, even depression.

The analysis of emotional factors associated with migration highlighted in this study reveals an emotional triad composed of fear, nostalgia, and concern for the country of origin. Migrants experiencing intense feelings of nostalgia and longing, accompanied by a strong desire to return permanently, tend to experience higher levels of fear. A study published in Italy⁴¹ extends this understanding by explaining how fear can lead to increased activation, anxiety, stress, or even psychiatric disorders and difficult emotional regulation.

Among the findings, guilt feelings and the conspiracy of silence to avoid family suffering are also noteworthy. This sentiment falls under self-conscious emotions, which are related to psychopathology and vulnerable situations such as trauma⁴², as well as grief reactions such as regret, guilt, shame, and high to extreme levels of distress regarding unresolved matters⁴³. Thus, relationships are observed between guilt, distress, fear, anxiety, stress, and even trauma.

This connection suggests that emotions are interconnected, and the intensity of one can amplify others, influencing the overall perception of the migration process^{44,45}. The temporal relationship of residence in the destination country also impacts health⁴⁶. While time can enhance adaptation, reducing initial fears by becoming familiar with cultural norms and social standards, persistent long-term concerns related to economic challenges, legal uncertainties, and discrimination⁴⁷ can deteriorate health⁴⁸. This aspect underscores the need for continuous and adaptive interventions addressing the evolving needs of migrants over time, as time itself does not necessarily resolve all difficulties, and some issues may persist or worsen over time, especially if there are structural barriers in the new country hindering integration or access to opportunities.

The relationship between nostalgia and the desire to permanently return highlights the deep emotional connection some migrants maintain with their country of origin. Those who intensely miss their homeland may experience a greater sense of loss and longing, significantly affecting their psychological well-being and their ability to adapt to the new environment. It is relevant to note that the intensity of nostalgia appears to diminish among those who perceive their country of origin through a more positive or optimistic lens, suggesting that subjective perceptions of the home country play a crucial role in how migrants process their emotional experiences associated with migration⁴⁹.

The role of social support in migration acts as a mitigating factor for concerns and anxieties associated with the migration process. The presence of loved ones during migration seems to act as an emotional buffer, reducing anxiety and worry related to cultural change and adaptation to a new environment.

However, despite the evidenced emotional challenges, it is noteworthy that the majority of participants do not express an immediate desire to permanently return to their home countries in the future, indicating a significant resilience of migrants in the face of emotional difficulties associated with migration^{50,51}.

The integration of quantitative and qualitative methods in this study has enabled a comprehensive examination of migratory grief. Quantitative data provided a robust framework for identifying general trends and associations between variables—such as the impact of protection status, gender, and educational level on the experience of grief—while qualitative data enriched these findings by offering in-depth insights into the lived experiences and underlying emotional processes. For instance, qualitative evidence illuminated how legal conditions and cultural proximity influence one's sense of identity and emotional adaptation. In this way, combining both approaches not only enhances the validity of our findings but also informs the development of more effective support interventions and policies. These insights are crucial for designing strategies that address the comprehensive needs—physical, emotional, and psychological—of these vulnerable populations, ultimately guiding more effective coping mechanisms and support systems.

Conclusion

This study provides a profound insight into the complexities associated with the migration process, which are part of migratory grief, offering insights into emotional perception, feelings, and underexplored aspects of migration from a mixed quantitative and qualitative perspective. Sociodemographic and migratory variables have a differentiated impact on the dimensions of migratory grief, particularly fear, nostalgia, and identity loss. The emotional connection to the country of origin (such as longing for home or dreaming of returning) emerges as a key factor that intensifies fear and concern. Similarly, social support and legal stability are essential in mitigating the negative emotions associated with the migration process. The implications of these findings are

extensive and point to the need for interventions that address not only the practical aspects of migration but also the emotional and sociodemographic dimensions. Implementing adaptive support programmes, considering social networks in the migration process, and addressing specific variables affecting identity are crucial for fostering healthy and sustainable adaptation in the destination country. Furthermore, there is a need to raise awareness among service providers about the specific needs of migrant populations and to continuously research the living conditions of migrants to identify new emerging needs and assess the effectiveness of implemented interventions. In this regard, this study significantly contributes to the research field, providing valuable insights for designing policies and practices that promote the comprehensive well-being of migrants.

Data availability

Data is provided within the manuscript or supplementary information files.

Code availability

Not applicable.

Received: 13 October 2024; Accepted: 19 May 2025

Published online: 30 September 2025

References

- Conteh, A., Wilkinson, A. & Macarthy, J. Exploring gender, health, and intersectionality in informal settlements in Freetown. *Gen. Dev.* **29**(1), 111–129. <https://doi.org/10.1080/13552074.2021.1885215> (2021).
- Lloyd, A. Shaping the contours of fractured landscapes: Extending the layering of an information perspective on refugee resettlement. *Inf. Process. Manage.* **57**(3), 102062. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2019.102062> (2020).
- Crawley, H., Jones, K., McMahon, S., Duvell, F. & Sigona, N.: Unpacking a rapidly changing scenario: Migration flows, routes and trajectories across the Mediterranean. (Centre for Trust, Peace and Social Relations, Coventry University, 2016). <http://www.medmig.info/wp-content/uploads/2016/03/MEDMIG-Briefing-01-March-2016-FINAL-1.pdf>
- Achotegui, J. El síndrome del inmigrante con duelo migratorio extremo: el síndrome de Ulises. *Una perspectiva psicoanalítica. Aperturas psicoanalíticas* **68**, e2 (2021).
- Achotegui, J. Migrants living in very hard situations: Extreme migratory mourning (the Ulysses syndrome). *Psychoanalytic dialogues* **29**(3), 252–268. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826> (2019).
- Rodríguez, J. C. F., Pineda, N. Z. D. & Muñoz, F. M. El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. *RESI Revista de estudios en seguridad internacional* **6**(1), 101–117. <https://doi.org/10.18847/1.11.7> (2020).
- Leiler, A., Hollifield, M., Wasteson, E. & Bjärtå, A. Suicidal ideation and severity of distress among refugees residing in asylum accommodations in Sweden. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **16**(15), 2751. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152751> (2019).
- Schlaudt, V. A. et al. Traumatic experiences and mental health risk for refugees. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **17**, 1943. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061943> (2020).
- Byrow, Y., Pajak, R., McMahon, T., Rajouria, A. & Nickerson, A. Barriers to mental health help-seeking amongst refugee men. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **16**, 2634. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152634> (2019).
- Fuentes, M. N. Salud y duelo en el proceso migratorio. *Educ. J. Health Environ. Citizensh.* <https://doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.06> (2020).
- Najjarkakhaki, A. & Ghane, S. The role of migration processes and cultural factors in the classification of personality disorders. *Transcult. Psychiatry* **60**(1), 99–113. <https://doi.org/10.1177/13634615211036408> (2023).
- Bhugra, D. & Becker, M. A. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatric Assoc.* **4**(1), 18–24 (2005).
- CEAR. Informe 2020: Las Personas Refugiadas en España y Europa. 2020. Available online: <https://www.cear.es/informe-cear-2020/> (Accessed on 26 November 2024).
- Djelantik, A. M. J. et al. Post-migration stressors and their association with symptom reduction and non-completion during treatment for traumatic grief in refugees. *Front. Psych.* **11**, 407. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00407> (2020).
- González Calvo, V. El duelo migratorio. *Trabajo Social (Universidad Nacional de Colombia)* **7**, 77–97 (2005).
- León-Pinilla, R., Soto-Rubio, A. & Prado-Gascó, V. Support and emotional well-being of asylum seekers and refugees in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **17**(22), 8365. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228365> (2020).
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* **19**(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> (2007).
- Naderifar, M., Goli, H. & Ghaljaie, F. Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev. Educ.* <https://doi.org/10.5812/sdme.67670> (2017).
- Mwita, K. Factors influencing data saturation in qualitative studies. *Int. J. Res. Bus. Soc. Sci.* **11**(4), 414–420. <https://doi.org/10.20525/ijrbs.v11i4.1776> (2022).
- Ferrero, M. V. Barriers to asylum? Notes on the system of international protection in Spain. Available online: <https://www.cidob.org/en/publications/barriers-asylum-notes-system-international-protection-spain> (Accessed on 28 November 2024).
- Achotegui, J.: Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. *Med. Cult.*, 88–100 (2000).
- De la Revilla, L. et al. Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención primaria* **43**(9), 467–473. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.013> (2011).
- Casado, B. L., Hong, M. & Harrington, D. Measuring migratory grief and loss associated with the experience of immigration. *Res. Soc. Work Pract.* **20**(6), 611–620. <https://doi.org/10.1177/1049731509360840> (2010).
- Taylor, S. J., Bogdan, R. & DeVault, M. L. *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource* (Wiley, 2015).
- Lambert, S. D. & Loiselle, C. G. Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *J. Adv. Nurs.* **62**(2), 228–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04559.x> (2008).
- Permeth-Wey, J. & Borenstein, A. R. Financial remuneration for clinical and behavioral research participation: Ethical and practical considerations. *Ann. Epidemiol.* **19**(4), 280–285. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.01.004> (2009).
- Strang, A. B. & Quinn, N. Integration or isolation? Refugees' social connections and wellbeing. *J. Refug. Stud.* **34**(1), 328–353. <https://doi.org/10.1093/jrs/fez040> (2021).
- Momartin, S. et al. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med. J. Aust.* **185**(7), 357–361. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00610.x> (2006).
- Moreno, G. P., Engel, J. L. & Polo, S. A. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención primaria* **39**(11), 609–614. <https://doi.org/10.1157/13112198> (2007).

30. Jarallah, Y. & Baxter, J. Gender disparities and psychological distress among humanitarian migrants in Australia: A moderating role of migration pathway?. *Confl. Heal.* **13**, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0196-y> (2019).
31. Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M. & Lee, A. Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health Pract.* **2**, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069> (2021).
32. Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L. & Glaesmer, H. Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Confl. Heal.* **14**, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z> (2020).
33. Accem. Informe Personas Refugiadas en España y en la Unión Europea (2023). <https://www.accem.es/refugiados/informe-personas-refugiadas-datos-2022/>
34. Zubrzycki, B. & Alvarado, L. F. S. Redes y proyectos migratorios de los senegaleses en Argentina. *Cadernos Ceru* **26**(1), 69–84. <https://doi.org/10.11606/issn.2595-2536.v26i1p69-84> (2015).
35. Kananian, S., Starck, A. & Stangier, U. Cultural adaptation of CBT for Afghan refugees in Europe: A retrospective evaluation. *Clin. Psychol. Eur.* <https://doi.org/10.32872/cpe.5271> (2021).
36. Appadurai, A. Traumatic exit, identity narratives, and the ethics of hospitality. *Telev New Media* **20**(6), 558–565. <https://doi.org/10.1177/1527476419857678> (2019).
37. Hasan, S. I. et al. Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* **16**(12), e0260221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260221> (2021).
38. Feinberg, I., O'Connor, M. H., Owen-Smith, A., Ogrodnick, M. M. & Rothenberg, R. The relationship between refugee health status and language, literacy, and time spent in the United States. *HLRP Health Lit. Res. Pract.* **4**(4), e230–e236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260221> (2020).
39. Gleeson, C. et al. Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: A systematic review. *Eur. J. Psychotraumatol.* <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793567> (2020).
40. Watkins, P. G., Razee, H. & Richters, J. 'I'm telling you... the language barrier is the most, the biggest challenge': Barriers to education among Karen refugee women in Australia. *Aust. J. Educ.* **56**(2), 126–141. <https://doi.org/10.1177/000494411205600203> (2012).
41. Battaglia, S., Nazzi, C. & Thayer, J. F. Heart's tale of trauma: Fear-conditioned heart rate changes in post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* <https://doi.org/10.1111/acps.13602> (2023).
42. Vallejo-Martin, M., Sanchez Sancha, A. & Canto, J. M. Refugee women with a history of trauma: Gender vulnerability in relation to post-traumatic stress disorder. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **18**(9), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094806> (2021).
43. Lee, S. A., Neimeyer, R. A., Mancin, V. O. & Breen, L. J. Unfinished business and self-blaming emotions among those bereaved by a COVID-19 death. *Death Stud.* **46**(6), 1297–1306. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2067640> (2022).
44. Villacieros, I. El impacto del estrés por aculturación sobre la sintomatología de los adolescentes migrantes en arica y antofagasta, Chile [Acculturative stress impact and symptomatology on migrant's adolescents at Arica and Antofagasta, Chile]. *Revista Española De Educación Comparada* **35**, 141–154. <https://doi.org/10.5944/reec.35.2020.25107> (2020).
45. Garcíandía Imaz, J. A. & Garcíandía Roza, I. Semiología de la Migración. *Revista Colombiana de Psiquiatría* **52**(3), 251–264 (2023).
46. Lezano, A. et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8> (2020).
47. Costello, C. & Foster, M. (Some) refugees welcome: When is differentiating between refugees unlawful discrimination?. *Int. J. Discrim. Law* **22**(3), 244–280. <https://doi.org/10.1177/13582291221116476> (2022).
48. Berchet, C., Jusot, F.: État de santé et recours aux soins des immigrés en France: une revue de la littérature. HAL Post-Print, (hal-01593735) (2012).
49. Frank-Job, B. *La migración como Proceso: el concepto de temporalidad en blogs de migrantes latinoamericanos a Quebec* Vol. 108 (Kipu-Verlag, 2020). <https://doi.org/10.4119/unibi/2943279>.
50. Bilecen, B. & Vacca, R. The isolation paradox: A comparative study of social support and health across migrant generations in the US. *Soc. Sci. Med.* **283**, 114204. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114204> (2021).
51. Li, F. et al. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry* <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1> (2021).

Acknowledgements

We gratefully acknowledge the collaboration of the non-governmental organization “Cruz Roja Huelva” as well as the cultural intermediators, refugees, and asylum seekers who participated in the study.

Author contributions

MJCT: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Investigation, Methodology, Visualization, Writing—original draft. AFA: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Investigation, Methodology, Project administration, Resources, Supervision, Validation, Visualization, Writing—review and editing. EBN: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Investigation, Methodology, Project administration, Resources, Supervision, Writing—original draft.

Funding

No funding.

Declarations

Competing interests

The authors declare no competing interests.

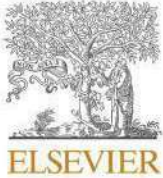
Ethics approval and consent to participate

The study followed the international ethical recommendations set out in the Declaration of Helsinki. Participation in the study was completely free of charge and voluntary. Responses to all questionnaires were anonymous and all personal information provided was stored in a way that complied with the legal requirements for the protection of personal data and guarantee of digital rights (Organic Law 15/1999 of 13 December and Organic Law 3/2018 of 5 December 2018). The project was approved by the Ethics Committee of the Junta de Andalucía (reference number: 0426-N/2023 PEIBA).

ARTÍCULO 3

HEALTH PERCEPTIONS AND LIVED
VULNERABILITIES OF
UNDOCUMENTED MIGRANT
WOMEN LIVING IN SETTLEMENTS IN
SOUTHERN SPAIN: AN
INTERPRETATIVE
PHENOMENOLOGICAL STUDY





Health perceptions and lived vulnerabilities of undocumented migrant women living in settlements in southern Spain: An interpretative phenomenological study

María José Cáceres-Titos^{a,*}, María Cabillas-Romero^b, E. Begoña García-Navarro^{a,c,d}

^a Faculty of Nursing, University of Huelva. Avenida de las Fuerzas Armadas, s/n. (21007) Huelva, Spain

^b Department of Social Anthropology, Psychology and Public Health, Pablo de Olavide University, Seville, Spain

^c Center for Research in Social Studies and Social Intervention. Avenida Tres de Marzo s/n. (21007), Huelva, Spain

^d Center for Research in Contemporary Thought and Innovation for Social Development. Avenida de las Artes, s/n. (21007), Huelva, Spain. 21071, Huelva, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Settlement
Migrant women
Health
Transcultural care

ABSTRACT

The aim of this study was to explore the experience of residing in a settlement as an undocumented migrant woman from a gender and intersectional perspective, focusing on their health perceptions as well as on living conditions directly related to health. Drawing on an interpretive phenomenological approach, nine semi-structured interviews were conducted in 2023 with African women with undocumented status living in settlements in southern Spain. Participants were recruited through a snowball sampling strategy, and data collection was carried out until discourse saturation was reached. Five superordinate themes were identified: perceptions and beliefs about health; living conditions; insecurity and environmental risks within the settlement; job insecurity and barriers to employment; and difficulties in accessing basic services. This study contributes to advancing health research by incorporating a gender and intersectional perspective that enhances the understanding of migrant women's needs to improve social and healthcare services. It also highlights the urgent need for public policies that address this complex reality through an integrative and gender-sensitive approach.

1. Background

Migration is a complex global phenomenon marked by multiple losses -personal, professional, social, and familial- that deeply affect individual's sense of identity and belonging (García, 2023). From a health perspective, understanding these losses is crucial, especially considering how health involves both the person and their living conditions, as well as access to resources that determine their capacity to adapt and manage in the face of life's challenges (Huber et al., 2011, Lezano et al., 2020). While migration can open up new opportunities, it often amplifies vulnerabilities, particularly when legal status is lost due to unauthorized entry or prolonged stay (Jiménez-Lasserotte et al., 2023). In Europe this is a growing phenomenon. In 2020 alone, approximately 125,000 people arrived, many by sea routes (European Parliamentary Research Service, 2024). Spain is currently one of the main points of entry into the continent, presenting a scenario marked by significant social and health repercussions (Fagundo-Rivera et al., 2024).

The need to better understand how these conditions affects the health of migrant populations—both directly (physical and emotional wellbeing), and indirectly (through the living conditions they face)—aligns with recent studies (Napier et al., 2014, European Parliamentary Research Service, 2020) that advocate for analytical approaches capable of capturing the complex interplay of influencing factors. Although Spain settlements appeared in the 1960s, connected to the industrial growth and housing shortages, this situation worsened during the 1990s, with the arrival of migrant agricultural workers, and in 2008, with its economic crisis and a rise in irregular sea migration flows (Cepain, 2018). The governmental refusal to recognize their right to exist often leads to significant infrastructure challenges, as they are frequently established on precarious and unsuitable land (Azhar et al., 2021; Awuah and Abdulai, 2022), exposing residents to conditions of extreme vulnerability, traversed by social and health risks (Deleu et al., 2022; Eyrich-Garg and Hudson, 2021; Rodríguez-Calles and Estrada-Villaseñor, 2022).

Each year, thousands of migrant women endure inhuman

* Corresponding author.

E-mail address: mariajose.caceres@denf.uhu.es (M.J. Cáceres-Titos).

<https://doi.org/10.1016/j.wss.2025.100290>

Received 24 September 2024; Received in revised form 7 July 2025; Accepted 13 August 2025

Available online 14 August 2025

2666-5581/© 2025 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

conditions in the marginal spaces of settlements, which reproduce social exclusion and lead to situations of vulnerability and extreme lack of protection (Szocik, 2023, Regata, 2019). In this context, the concept of homelessness is especially relevant. Beyond the mere absence of a physical dwelling, this term encompasses the denial of fundamental human rights, as it refers to the lack of a home that is safe, stable, and appropriate for dignified living (Villa-Rodríguez et al., 2023). Framing the experiences of undocumented women living in settlements as homelessness, in its broadest sense of insecure and inadequate housing, allows for a deeper understanding of the multiple forms of exclusion operating at the intersection of gender, undocumented status, and housing precarity (Villa-Rodríguez et al., 2023).

Huelva, the context of this study, is particularly relevant for examining migrants' health, and more concretely to study how life in settlements can affect the health of migrant women. Located in the region of Andalusia in the south of Spain, it is characterized by a robust agricultural economy that relies heavily on seasonal labour, predominantly carried out by migrant populations. Jobs in the agricultural sector have attracted many migrant women in a process known as the "feminization of migration" (Llácer et al., 2007; Vázquez-Santiago and Peña, 2016; Borrell et al., 2004; European Parliamentary Research Service, 2019). In 2017, 26 settlements were identified in Huelva, housing over 1,600 people; among them, only 30 % of the women had work permits, compared to 70 % of the men (National Institute of Statistics, 2024). After their contracts end, many migrant women remain in Spain without a valid work permit in a situation marked by administrative and legal limitations which affect, among other aspects, their housing options. Settlements emerged as precarious but accessible housing solutions, characterized by structural conditions that seriously threaten health due to unsanitary environments, and multiple barriers to accessing healthcare, employment, and social resources (Cepaim, 2018).

Living conditions in Huelva's settlements are dire, and housing consists of precarious shelters, makeshift camps made from plastic sheets, pallets, and scrap materials. In their work, García-Padilla et al. (García-Padilla et al., 2021) analyzed their impact on health, underlining that water, the most commonly cited necessity, was collected and stored in unsafe ways; waste was accumulated, and plastic was often burned for warmth or cooking, creating toxic smoke; shared toilets, open fires, and overcrowded spaces made daily life a health risk. Life in these settlement is precarious and unhealthy, as it causes health problems related to water and waste, as well as psychological distress connected to living conditions (Gómez-Salgado et al., 2024). Despite the heterogeneity of migrant populations living in them, common characteristics regarding socioeconomic determinants of health point at the scarcity of economic resources resulting from administrative irregularities and their limitations, precarious jobs, unemployment, the impact of socio-environmental and housing conditions, as well as the lack of social support (Gómez-Salgado et al., 2024). For migrant women, living in the settlement becomes a form of homelessness which, as recent studies confirm, represents insalubrity and health hazards that especially affect women's health (Villa-Rodríguez et al., 2023; Gómez-Salgado et al., 2024).

In addition to the conditions described above, life in the settlement makes women face dangers of which men are spared: many live with so-called "security partners" for protection, and some are forced into transactional sex for survival (Fernández and Quiroga, 2023). In this context, gender becomes essential to understand the inequalities permeating the health reality lived by the migrant community (Borrell et al., 2004). Related to roles assumed by men and women within an unequal, historically and socially determined, power structure (Llácer et al., 2007), gender leads to different positions of power and responsibility which affect women's subjectivity (Bacigalupe et al., 2022). As host society, Spain's gender inequality in health reveals how socio-cultural dimensions lead to gender inequities both in women's health (Borrell and Artazcoz, 2008) and in its own healthcare system (Vázquez-Santiago and Peña, 2016). This explains how biological

differences are transformed into social health inequalities, leading to discriminatory processes that result in socially organized, unjust, and avoidable health inequities (Borrell et al., 2004). When considering a more individual level, related to women's agency, we find that these historic and cultural normatives, and their social norms, frame and influence social interactions and actions, ways "of doing", which performatively constitute gender identity (Butler, 2002, Butler, 2004).

Adopting a gender perspective becomes essential to properly understand migration from a health perspective. Gender not only influences women's overall health (Manandhar et al., 2018), but also shapes their migration experiences, adaptation processes, and exposure to specific risks such as violence, abuse, rape and human trafficking (Regata, 2019; National Institute of Statistics, 2022). While structural inequalities constrain women's health and well-being, it is also important to consider their agency and capacity to navigate these challenges (Grotti et al., 2018). This study therefore adopts a gender perspective—one that accounts for the compounded effects related to being migrant, devoid of legal and administrative documentation, and living in a settlement.

Although intersectionality has long been acknowledged in health research (Bowleg, 2012), its application remains essential in the field of health inequalities, particularly in relation to space as a key social determinant (Bambra, 2022). Intersectionality recognises that social categories—such as gender, race, social class, and migratory status—do not operate in isolation but, rather, intersect and combine to produce specific experiences of discrimination, vulnerability, or resistance. Since its definitions and uses vary considerably (Abrams et al., 2020), Else-Quest and Hyde (Else-Quest and Hyde 2016), emphasise, intersectional research must attend to the lived experience of occupying multiple, interwoven social positions, consider how these are embedded in power dynamics, and acknowledge their fluid and contextual nature.

This study is grounded in the belief that individuals' situated perspectives shape their understanding and knowledge of the world through their experiences and reflections. It adopts a reflexive and collaborative approach that positions participants as active contributors in the research process (Plano, 2017). Guided by a gendered and intersectional approach, the aim of this study was to explore, from a gendered and intersectional perspective, the experience of residing in a settlement as an undocumented migrant woman, focusing on their perceptions of health as well as on conditions directly related to it. By doing this, it seeks to inform and promote changes in health and social policies—particularly regarding access to healthcare and social services—that address hidden barriers which may exacerbate processes of vulnerabilization.

2. Methods

2.1. Study design

The present study applied a qualitative phenomenological approach to explore the meanings constructed by undocumented migrant women living in Huelva's settlements. The aim of phenomenology is to develop knowledge from the participants' perspectives by describing their lived experiences during specific moments in their lives, allowing interpretations to remain grounded in their viewpoints (Plano, 2017; Yuni and Urbano, 2009).

Semi-structured interviews were selected to perform Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Eatough and Smith, 2017), which provides a means of exploring new phenomena that exert an influence over the social context. In fact, IPA follows a double hermeneutic when co-creating knowledge: on the one hand, participants actively attribute meaning to their experiences and, on the other hand, the researcher interprets participants' narratives, reflexively seeking to build an in-depth account of the studied phenomenon (Eatough and Smith, 2017). This involves three levels of reflexivity. First, a descriptive account of situated narratives which refers to participants' individual

stories, telling about their experiences. Second, a comprehensive level in which meaningful patterns are considered to explore how participants attribute meaning to their experiences. Third, an interpretative level, in which researchers' need to acknowledge their own positioning as they interpret and co-construct knowledge on the basis of individuals' accounts (Greenhalgh, 2016).

To ensure the rigour of the study, we followed the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ criteria) (Buus and Perron, 2020). In addition to this, we observed the criteria proposed by Guba and Lincoln (Guba and Lincoln, 1994), following its adaptation to qualitative nursing research developed by Speziale, Streubert & Carpenter (Speziale et al., 2011), which includes credibility, transferability, dependability and confirmability. Credibility was addressed through the active involvement of the research team in both data collection and analysis. Interviews were transcribed verbatim, and observational notes were taken regarding non-verbal cues such as gestures and body language. To ground the findings in the participants' own experiences, direct quotations were included. Additionally, participant validation was conducted in follow-up interviews, allowing participants to review and refine the researchers' interpretations and correct any misunderstandings, enhancing both credibility and confirmability. Transferability was supported through rich, contextual descriptions of the study design, including information about the researchers, participants, sampling strategies, settings, and data collection and analysis procedures. Detailed profiles of each participant and their selection process were also provided, allowing readers to assess the applicability of the findings to similar contexts. Dependability was ensured by documenting the research process thoroughly, including methodological decisions and procedural steps. An external researcher reviewed the study design and protocol with particular attention to methodological coherence. This external audit also contributed to verifying the consistency of the findings. Confirmability was strengthened through various strategies such as triangulation, reflective journals that promoted researcher reflexivity, and a clear articulation of the study's rationale and methodological choices. The return of findings to participants also served to minimise researcher bias and enhance the transparency and neutrality of the analysis. By adhering to these established criteria for scientific rigour, the study aimed to produce trustworthy, meaningful and transferable knowledge grounded in the lived experiences of the participants.

The research team consisted of two nursing professionals and a psychologist, all of whom were female. All three researchers are based in Andalusia, with two of them residing in Huelva. All of them have experience conducting research from an intercultural and gender-sensitive perspective, and are familiar with work on social inequalities in health. Throughout the research process, each researcher engaged in critical reflection on their positionality in relation to their specific roles. They ensured that women could participate through a horizontal, collaborative approach, allowing knowledge to be co-constructed jointly. Their clinical and community-based experience shaped their sensitivity to the realities faced by migrant women, allowing them to listen with respect, empathy, and ethical commitment. To minimise researchers' risk of interpreting participants' narratives through an autobiographical lens, spaces for self-reflection were encouraged in order to reduce bias. Participants were actively involved during the process of validation as researchers shared their interpretations with them, seeking their approval and ensuring a respectful and horizontal approach that considered them as generators of knowledge. This reflexive stance aimed to foster critical awareness of the power imbalances inherent in cross-cultural qualitative research.

2.2. Study participants and recruitment

Testimonies were used to understand the lives experienced by undocumented migrant women, thoughts, and emotions, acknowledging the value of their perspectives in shaping understanding. Considering this, we collaborated with the non-governmental organisation Red Cross

Huelva, which acted as an intermediate when contacting potential participants and disseminating study information. This organization has a long-standing history of involvement in the settlements where the study was conducted, and maintains strong ties with the migrant communities living there. They assessed the research team regarding the conditions of oppression and structural vulnerability framing participants' living conditions, contributing to their consideration from an intersectional approach (Abrams et al., 2020). As a trusted and respected actor in the area, the Red Cross was an ideal partner that facilitated the recruitment process, ensuring that participants felt safe and supported throughout the research. Their collaboration helped to overcome difficulties in accessing the population and supported the design of a sensitive and appropriate recruitment strategy, which was conducted progressively through snowball sampling.

Inclusion criteria focused on migrant women originating from Africa who lacked regular administrative and legal status, and resided in settlements in the province of Huelva, Spain. Participants were required to provide informed and voluntary consent in the absence of any incentive, and could not have lived in the host country (Spain) for no longer than three years. Women who met these criteria and voluntarily provided explicit consent to participate were recruited for the study, comprising a final sample of nine participants. A small sample size is typically characteristic of this type of methodology, and the number of participants recruited was similar in other studies involving migrant populations (Scott et al., 2022; Ngameni et al., 2022).

2.3. Data collection

Individual interviews were conducted between April and November 2023 by two members of the research team, both experienced in working with vulnerabilized populations and in conducting research on sensitive topics. The interview consisted of several open questions designed from an IPA approach, aiming to explore participants' narratives in depth and allowing for the collection of rich accounts of lived experiences from the participants' own perspectives. Questions were elaborated on the basis of updated literature and discussions with experts in the field of migrant health and intercultural communication. They were used with flexibility, as the researcher openly adapted them to include emerging data.

Bearing on this, interviews included, but were not limited to, the following questions: Could you tell me what your daily life has been like since you arrived here? What does health mean to you in your current situation? Is there anything in your environment that you feel influences your well-being? Have you encountered any particular situations or difficulties while living here? In your day-to-day life here, are there things you do to feel safer or more at ease?

The interviewer adapted her approach according to each participant's responses, using strategies such as silence, reformulation, or exploratory prompts (e.g., "Can you tell me more about that?"). These questions were used flexibly, depending on the pace of the conversation and the emerging content, thus fostering the co-construction of narrative and meaning, as proposed by the hermeneutic logic of IPA.

Once participants had read the information pack and signed the informed consent forms, they were interviewed. A total of nine interviews were conducted, at which point the onset of discourse saturation was observed—that is, no new relevant information or emerging themes were identified in participants' narratives (Fusch and Ness, 2015; Saunders et al., 2018; Chitac, 2022). Interviews were semi-structured and took an average time of 40 minutes (range: 30–50 minutes). Sociodemographic data were collected to describe sample characteristics. All interviews were audio-recorded to ensure minimal loss of data, and were complemented with field notes that registered non-verbal relevant for the analysis. Once the interview transcripts were completed, they were returned to the informants to verify the accuracy of the literal transcription and to provide final feedback. No participant suggested any change.

A team of intercultural mediators supported and mediated communication and translation during the interviews, as well as during the process of sharing researchers' interpretations with participants. This team was also responsible for the adaptation of contents, ensuring their cultural appropriateness. Interviews were conducted using participants' native language. English and French were the official languages of most of the participants' countries of origin. The interviewing researchers had a sufficient level in both, which facilitated direct communication. Additionally, to ensure the authenticity of the answers, and to make participants more at ease, they invited native intercultural mediators with whom they had collaborated before. They assisted and facilitated communication during the entire process, making sure participants felt at ease.

Interviews were transcribed and anonymised, and an official external translator translated them into Spanish. To ensure the fidelity and accuracy of the translated content the transcriptions were reviewed by the intercultural mediators, who confirmed that they preserved the coherence and original meaning of the participants' narratives.

While one researcher conducted the interviews, another was responsible for technical aspects and took field notes. Throughout the data collection process, participants' emotional well-being was a priority. Before beginning their interviews, they were informed that they could stop at any time, choose not to answer questions, and withdraw from the study without needing to provide justification or facing any consequences. During the interviews, two of the intercultural mediators provided emotional, linguistic, and cultural support. Interviews took place in safe, neutral spaces. Researchers ensured that participants felt at ease and remained attentive to any signs of emotional distress or discomfort. When this was the case, participants were offered breaks, the opportunity to receive empathetic listening from researchers, and were reminded of their right to stop the interview at any time. None of the women reported significant distress during or after the interview; on the contrary, several expressed their gratitude for having had a space in which to share their experiences. At the end of each interview, all participants were provided with information about available health and social services in the area.

2.4. Data analysis

2.4.1. Data analysis

This study followed an Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) to explore participants' experiences of life in the settlements. Emphasising the importance of understanding participants' lived experiences, IPA examines how they make sense of a situation or experience, and how they interpret and attribute reflective meaning to those experiences (Eatough and Smith, 2017). This is particularly useful when examining complex, ambiguous, and emotionally loaded topics through in-depth descriptions of human experience, connected to health and disease.

The data analysis procedure, which was inductive in nature, was based on the verbatim transcription of information gathered through the interviews. The first author verified data accuracy and stored it for its later analysis, interpretation and categorisation. All files were anonymised and assigned a unique identifier (RE + number of interview).

The coding process was conducted independently by two researchers, who systematically reviewed and interpreted the transcripts to identify subordinate themes and then, superordinate themes. This independent double coding ensured a rigorous and transparent analytical process, allowing for the comparison and discussion of interpretations and discrepancies, which were subsequently resolved through consensus. This approach enhanced the credibility and trustworthiness of the findings.

IPA's iterative analytical approach allows for strong interaction between the researcher and the text. The multi-stage process inherent to IPA was performed on a case wise basis which was later followed by a case comparison between transcripts. Analysis was initiated with an in-

depth reading and re-reading of each individual transcript in order to obtain a holistic perspective of each participant's account. Comments and notes were written down and connected to the text based on the researcher's interpretation. This first analytical step gave rise to some subordinate themes.

The connections between emerging subordinated themes led to the development of superordinate themes, which gathered them into wider categories. A reflective analysis of the relationships and connections between the subordinate themes was conducted to identify broader conceptual patterns and categories that could be integrated into coherent and representative superordinate themes reflecting participants' experiences. The development and validation of the superordinate themes, these were generated through the systematic grouping of the subordinate themes identified during the initial coding of the transcripts. The validation of these superordinate themes was carried out through a consensus process among the researchers, who thoroughly reviewed and discussed the interpretations to ensure that the themes accurately and rigorously reflected the meanings expressed in the original data. This procedure included constant comparison with the textual narratives to ensure a strong empirical grounding, thereby enhancing the credibility and reliability of the interpretative analysis.

The qualitative data analysis software Atlas ti v. 23 was used as a support tool to systematically organize and code the interview transcripts. It allowed us to rigorously manage qualitative data, identify patterns, group emerging codes, and facilitate the development of coherent themes, in line with the Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) approach. The final interpretation was performed by the research team, as required by the phenomenological approach and the final relation of subordinate and superordinate themes was represented in a table.

3. Findings

With regards to sociodemographic outcomes pertaining to the selected sample, it serves to highlight that nine migrant women were interviewed, all of whom had no schooling or had only been schooled up until 16 years old, they were undocumented and resided in settlements in the province of Huelva (MA). All of them had been living in Spain for less than three years. The average age of the sample was 34.78 years (SD 6.60). With regards to the distribution of nationalities, which is representative of the context itself, the most prevalent belonged to Sub-Saharan Africa (Nigeria, Equatorial Guinea, Libya, Senegal, Ivory Coast and Ghana). With regards to religion, the majority of participating women were Muslim. A total of 55.56 % were married (Table 1).

Based on this information, it is assumed that participants represent an essential resource that allows trustworthy information to be obtained in order to be able to identify and understand the perceptions and lived experiences of migrant women residing in informal settlements and the effect of this condition in relation to their health.

Data analysis produced five study superordinate themes. Once the "emic" of informants was identified, interpretations were made of the

Table 1
Participant profiles.

Participant	Place of origin	Age	Marital status	Number of children	Religion
M1	Nigeria	27	Single	2	Christian
M2	Equatorial Guinea	43	Married	3	Christian
M3	Libya	30	Single	1	Muslim
M4	Nigeria	38	Married	2	Muslim
M5	Ivory Coast	32	Married	2	Christian
M6	Ghana	24	Single	1	Muslim
M7	Algeria	41	Married	3	Muslim
M8	Ghana	35	Married	2	Muslim
M9	Senegal	43	Married	2	Muslim

perspective of informants and the meanings they attributed to the interceding elements of their health perceptions and the role played in their current life as an undocumented migrant woman living in a settlement.

3.1. Perceptions and beliefs attributed to health

The accounts that sculpted the concept of health held by participating women comprised both personal dimensions and sociocultural influences. These are reflected in their decisions and behaviours shaped by gender, which emerged as a transversal factor influencing not only how health was perceived, but also how decisions were made regarding personal wellbeing and the care of others. This reveals a complex crossroads between sociocultural expectations and structural health determinants. The extent to which caregiving was internalised even led some participants to equate health with the ability to continue caring for loved ones:

“For me, health is feeling good, that nothing hurts, that I can keep taking care of my family for many more years” (M5).

Informants defined their health, not only, in terms of the absence of disease but, also, as an essential resource for sustaining family life and maintaining their roles within the household. In several narratives, the ability to care for others appeared not just as a personal value but as an expectation— one that was often difficult to fulfil in the face of limited access to healthcare and social support, particularly in the context of settlements. Participants described tensions between the demand to care for others and their inability to address their own health needs, which led to feelings of guilt, frustration, and emotional exhaustion.

In addition, informants expressed clear concerns regarding their physical and mental health, which were related with work, life in a settlement and lack of resources to be able to take care of oneself. In this sense, participants’ experiences reflected the intersections between gender, migratory status, and socioeconomic exclusion, which conditioned their access to care and their capacity to maintain health.

Clear differences existed as a function of gender. This translates into daily activities that entail care responsibilities and lead them, on many occasions, to prioritise the needs of others ahead of their own. The internalisation of these caregiving responsibilities appeared as both a deeply held identity and a structurally imposed role, reinforced by a context in which their own health is often not prioritised—either by themselves or by the systems around them.

Health, or really, the lack of it, is exhibited in maladaptive behaviours that reveal an extreme lack of resources which leads to issues that are heightened in instances in which further conditions conducive to vulnerability within this group are present. One example is problems with addiction:

“A lot of people only want to drink to forget their problems and there is a very big alcohol problem in slums. It wasn’t a problem before, people didn’t drink as much and people from outside didn’t come here. Now, a lot of people come here from outside, sex workers looking for men to work and drug addicts who come selling drugs, because a lot of drugs are taken here too. I think that people do it to escape but in truth it is really horrible here at night, you can’t go outside of the slum” (M4).

3.2. Living conditions

As can be seen from the discourse of informants, the challenges expressed by participants reveal that the irregular administrative situation, significantly conditions their health, affecting essential aspects of their life such as housing:

“They promised us a house out there. If you don’t have papers, you can’t have a house and, even then, it is very difficult to have one. Living in a settlement is not life”. (M4).

The absence of legal status not only restricts access to adequate housing and formal employment, but also places women in a position of structural invisibility, where they are deprived of basic rights and live under conditions of systematic neglect.

An irregular administrative situation amplifies the difficulties in accessing support services, including legal counselling for residence or international protection applications, training opportunities, and pathways toward employability and social inclusion. Several participants pointed to the challenges involved in navigating unfamiliar bureaucratic systems or not knowing how to access certain resources—especially when language and cultural differences function as additional barrier.

The need to employ hidden strategies along their migratory route, also illustrates the additional barriers they must face, including the constant risk of detention and deportation. Their actual situation contrasts sharply with their unmet expectations which, far from justifying the challenges they have overcome, puts them on an even more desperate and hopeless trajectory:

“The boat crossing is very hard, four or five days without eating, seven days in the water. I couldn’t sleep either. A lot of people died during the journey, another was conned and they left them stranded, but we took it thinking about all the good that would happen when we arrived and look where I’m living...” (M6).

These testimonies expose not only the physical and emotional toll of life in these conditions, but also the systemic nature of the neglect that shapes their everyday environments—where access to health, safety, and dignity remains out of reach.

3.3. Insecurity and risks in the informal settlement setting

Settlements as a living space entail insecurity, whilst the risks of the environment are a constant concern. In this sense, gathered testimony reveals the way in which life in a settlement entails exposure to these aforementioned risks, potentially exacerbating the vulnerability of migrant women. Thus, sexual violence, abuse, exploitation and human trafficking are perceived as real threats with a direct impact on physical, mental and emotional health, perpetuating a cycle of precariousness and risk. This leads these women to call on emergency survival mechanisms in hostile environments, with women potentially ending up feeling forced to depend on others in order to guarantee their basic safety.

“When I arrived I was at my cousin’s house for a time and she, herself, told me to sell my body, that I had to contribute to the house or leave, I was like that for two years, until I met this man and was able to get out of there, but I don’t want to talk about that, it pains me, because a lot of us women have to do it out of need, not because we want to. Here in the slums I feel unprotected and afraid, a lot of my female friends get boyfriends in order to have a man, someone to protect you from everyone else, there have been a lot of cases of sex work and rapes. I have been lucky enough to meet a man who truly helps me and loves me, and now we are good” (M1).

“Besides, here in the slums a lot of men hit their girlfriends or wives, they treat them badly, a lot of women fled their countries of origin for these reasons and when they get here it is the same” (M3).

The testimonies also reveal a profound lack of social support— both from institutions and from within the migrant community itself. Many women feel isolated and unable to rely on formal resources or informal networks that might otherwise offer protection or assistance. The absence of a community fabric based on solidarity, along with institutional inaction, reinforces feelings of abandonment and contributes to the perpetuation of violence and vulnerability.

The conditions outlined by the gathered testimonies illustrate general insecurity which alludes to a lack of protection that impedes basic levels of health from being achieved and, further, go beyond this to reflect dangers that threaten the basic integrity of the individuals

involved:

“Now, people rob you, they hit you, they get into the slums when they are drunk and it is dangerous, you can't trust anybody. The people here don't have money to pay for gas or to have a luxury house, there are a lot of poor people. There is no electricity, nor is there gas and they can't eat, hot water doesn't exist either and, in winter, we have to put up with being very cold. I feel a lot more scared now than I did before, a week ago there was a big fire here in the field and I was next to the fire, I thought that a lot of people were going to die. It is impossible to have quality of life here, you see where we are, surrounded by rubbish and separated from everybody, most of us don't have neither water nor work.” (M8).

3.4. Job insecurity and barriers to accessing employment

Job insecurity is a constant in the life of migrant women characterised by unstable work conditions. Poor working conditions often result in occupational disorders, such as back pain and chronic pain. These afflictions are more difficult to treat due to the distance at which migrant women find themselves from main cities.

“Over time, everything has become more difficult, they only hire men because they say that us women aren't up to those jobs because men are stronger and don't get pregnant. Many women have no way of living.” (M5).

The triple penalisation of being a woman, a migrant, and undocumented severely restricts their participation in the labour market. The intersection of gender and culturally assigned roles reinforces their exclusion from certain types of work, while institutional racism hampers the recognition of foreign qualifications, reducing their chances of achieving economic autonomy.

This structural exclusion is not only linked to limited access to employment, but also impacts their perception of health, which, as previously described, is deeply rooted in their ability to care for others. When they are unable to provide for their families or send money back home, their emotional and mental well-being deteriorates, as they feel they are failing in one of their core social roles.

In addition, domestic and cultural responsibilities, combined with the fact of living in settlements, prevent many migrant women from continuing with their education or professional training. Difficulties in validating qualifications also limits their opportunities for personal and professional development.

3.5. Barriers to accessing basic services

This insecurity is heightened by living on the outskirts where informal settlements tend to spring up. This distances them from society and leaves them without access to, for example, services as essential as social protection and transport which would alleviate social and urban exclusion. Accounts alluded to financial difficulties but, also, to **limited access** to basic services. This prevented them from having certain medications and treatments and, even, stood in the way of them accessing adequate nutrition by reducing the availability of fresh and healthy foods. Lack of electricity and drinking water was outlined in the discourse as one of the most notable unmet basic needs suffered by informants. It was argued that this justified the emergence of diseases associated with malnutrition, obesity and diabetes and, even, maladaptive behaviours such as alcohol abuse. In this sense, reliance on a male figure was also observed:

“It's impossible to have quality of life here, you see where we are, we don't even have water. We have to pay some men so that they bring us water, most of us don't have work, most of all women.” (M7).

Here, multiple and overlapping forms of exclusion converge: territorial inequality, due to living in peripheral areas; legal exclusion, due to undocumented status; cultural and linguistic barriers; and gender roles.

This accumulation of disadvantages severely limits access to services, resources and protection mechanisms.

The emotional repercussions highlight the experience of loneliness which, together with fear, emerges as one of the main companions in the life of migrant women living in settlements. The distance from family and absence of a support network heightens feelings of vulnerability, in the same way that lack of a partner leaves them without physical protection.

“I feel alone and afraid, I don't have my family close and on top of it I don't have a partner.” (M6)

“We seem like animals who live in the woods but we are people.” (M6).

The feelings of loneliness and dehumanisation described by the participants are not only the result of poor living conditions, but also reflect a deeper reality of institutional abandonment. The absence of effective public responses to their needs reinforces their marginalisation and contributes to the erosion of their sense of dignity and belonging.

The irregular administrative situation experienced by participants, brought home in an extreme way in the account shared above, leads the present study to consider the potential protective role played by the healthcare system. In Spain, this system provides protection that includes full coverage of emergency services and, at the time of pregnancy, pre- and post-natal services. With regards to access to resources, testimonies provided by participating women reveal that the cultural dimension imposes a barrier that impedes them from taking advantage of such services. Interpreting access based on the nature of the healthcare system in their country of origin, participating women did not consider access to such services to be an option available to them. This lack of cultural competence illustrates the importance of considering resources from a cultural sensibility that facilitates access to them, enables them to be capitalised on and has positive repercussions on the health reality lived by these women.

4. Discussion

The present findings reveal a complex crossroads of social, economic and cultural factors that dynamically influences the health perceptions of these women, as well as their daily life experiences in the settlement. The findings of this study highlight the need to adopt a comprehensive and sensitive approach to the design of public health policies, going beyond the consideration of health as the sheer absence of disease in a person to fully account for the daily challenges faced by undocumented women living in these settlements. In this sense, the findings underline how gender does not operate in isolation but rather intersects with the structural inequalities of living in the settlement with an undocumented migratory status and its impact on employment and women's socio-economic level. The strategies many women adopt to cope with their reality—such as seeking protection through relationships or accepting precarious jobs—relates to their agency, revealing attempts to adapt and counterbalance structural forces which, connected to intersecting systems of domination, severely constrain their possibilities of action.

These findings align with those reported in previous research highlighting the influence of social determinants over migrant health (Wilkinson and Marmot, 2003). Likewise, they concur with those reported by recent studies such as that conducted by Villa-Rodríguez et al. (Villa-Rodríguez et al., 2023), who examined the life of migrant women residing in settlements and denominated this reality as a type of “hidden homelessness”. Their work reveals how living in them influences women's health through social exclusion as well as by severe obstacles which seriously hinder their access to essential health resources, such as employment and social protection. Additionally, barriers to basic health and education services, language barriers and lack of social support networks, appear as factors increasing processes of vulnerabilisation affecting migrant women (Bojorquez, 2015, Ezech et al., 2017). In line with a study published by Carruth et al. (Carruth et al., 2021), the

present study reveals that these factors, combined with exposure to job insecurity, increase the risk of suffering physical and mental illnesses. The findings show how difficulties such as losing one's job due to attending medical appointments, the absence of public transport, and unaffordable health care cost, act as meaningful barriers to accessing health services. These challenges are directly linked to the precarious living conditions in the settlements, and are closely tied to the structural mechanisms that reproduce social inequalities in health. They underscore the urgent need for social, political, and healthcare responses that are not only sensitive to the complexity of these lived realities, but also attentive to the intersecting power dynamics—including those related to gender and migration status—that shape individuals' interactions with the systems and structures affecting their daily lives.

In the absence of administrative and legal security, the lack of work permits seriously hinders employment possibilities, being negatively related with the development and enjoyment of good health (Flick et al., 2017, Lai et al., 2022). A study conducted by Castañeda et al. (Castañeda, 2022) highlighted that precarious living conditions, food insecurity and lack of access to health services comprise critical factors that affect undocumented migrants.

These challenges—especially in cases where women experienced better living conditions in their countries of origin—draw attention to the losses inherent in the migration process and life in informal settlements. The findings coincide with literature (García-Padilla et al., 2021) that shows how settlements can increase the risk of physical conditions harmful to health—such as the lack of water and extreme temperatures. However, in the present case, findings go a step further to account for ways in which such conditions may pose a threat to women at a social level, with dynamics that are threatening to them in terms of both their integrity and personal security.

In this regard, the concept of migratory mourning developed by Achotegui (Achotegui, 2009) specifically addresses the health impacts associated with the cultural and personal adjustment processes involved in migration. Precarious living conditions in settlements aggravate migratory mourning and complicate the process of cultural adaptation, affecting their dynamics of continuous deculturation and simultaneous acculturation (Ferrer et al., 2014). These circumstances generate feelings of nostalgia, emptiness, and frustration, which can interfere with daily functioning and negatively affect health (Dowling et al., 2019, Cuesta, 2019). Participants' narratives revealed perceptions and experiences tied to significant personal losses—such as separation from children and family, and the absence of basic life stability—which emerged as major contributors to emotional distress. Migration becomes a source of psychological strain when individuals become aware of their inability to meet the demands of their new circumstances, leading to heightened distress and chronic, prolonged anxiety (Niño, 2020). When such conditions persist and intensify, the adaptation process associated with migratory mourning may evolve into a more severe form of psychological suffering, known as Ulysses Syndrome (Achotegui, 2017).

In our study case, the consideration of Ulysses Syndrome requires the consideration of Eguluz's (Eguluz, 2021) work. In her work, she emphasises how it should be approached from a gender perspective that contemplates the journeys and losses that specifically shape the situation of vulnerability lived out by these women. The gender perspective is crucial for understanding the experiences of migrant women (Wimbush and Selby, 2015). Different studies (Steil et al., 2019, Grycuk, 2020) argue that in research conducted in Western contexts—such as the present study—the mere fact of being a woman constitutes a risk factor for experiencing complicated grief. In addition to the multiple and complex stressors emerging from migration-related discourse and the adjustment of expectations, participants sometimes reported feelings of vulnerability and fear stemming from experiences such as rape or other forms of professional and sexual harassment (Regata, 2019, Tesfaye et al., 2021).

Participants in this study reported feelings of constant fear of abuse and highlighted how some women may be forced to adopt strategies or

behaviors that could compromise their dignity and well-being in order to survive in the face of limited employment opportunities and legal insecurity. These testimonies illustrate the specific processes of vulnerabilisation faced by migrant women and underscore how such experiences gender the ability to cope effectively with migratory grief. Supporting this, Morina et al. (Morina et al., 2011) concluded that women are seven times more likely to suffer from complicated grief.

The findings reveal inequities stemming from the intersecting dimensions positioning undocumented migrant women living in settlements, revealing how women's perception of health, as well as their daily life experience living in these settlements, are traversed by intersecting processes of vulnerabilisation. These results underscore the importance of culturally competent healthcare approaches that are sensitive to the structural, gendered and migratory dimensions shaping these women's experiences, and that promote equitable, context-aware care (Cáceres-Titos et al., 2025).

5. Strengths and limitations

This study provides an in-depth understanding of how undocumented migrant women living in informal settlements perceive and experience their health. The qualitative approach, based on individual semi-structured interviews, allowed for the emergence of rich and nuanced narratives that might otherwise remain invisible. The collaboration of intercultural mediators was a key strength, facilitating trust, mutual understanding, and cultural and linguistic accuracy throughout the research process.

However, several limitations should be acknowledged. First, the findings are based on a small, context-specific sample of African undocumented migrant women living in one region of southern Spain, which limits the generalizability of these findings to other migrant populations or geographical settings. Second, given the sensitivity of the topic and the vulnerable situation of participants, it is possible that responses were influenced by social desirability bias, leading some women to withhold information or to frame their experiences in a way they perceived as more acceptable. Third, although great care was taken to ensure the fidelity of translation—including the participation of intercultural mediators and validation of transcripts—some meanings, emotions, or cultural nuances may have been lost or altered in the process, potentially affecting participant engagement and the interpretation of findings.

Despite these limitations, the study provides valuable insights into the lived experiences of a highly underrepresented population and highlights the importance of culturally sensitive and context-aware approaches in health research.

6. Conclusions and recommendations

This study highlights how gender fundamentally shapes health perceptions and wellbeing decisions among undocumented migrant women living in informal settlements. For these women, health transcends the mere absence of disease; it is intimately connected to their capacity to care for family and sustain their households—core aspects of their identity and daily survival.

However, residing in settlements imposes multiple layers of vulnerability. Persistent insecurity, social exclusion, and restricted access to basic services and resources deepen health inequities and hinder social integration. Moreover, the lack of legal and administrative recognition further restricts access to healthcare and employment, perpetuating cycles of marginalization.

These findings underscore the urgent necessity for policies and healthcare interventions that acknowledge and address the intersectional realities of undocumented migrant women. Tailored strategies must focus on dismantling structural barriers and fostering inclusive environments to promote health equity and social justice for this highly vulnerable population.

7. Implications for practice

The findings of this study provide essential insights to guide ethical, equitable, and culturally competent care practices in contexts marked by social vulnerability. Intersectional factors such as gender, irregular migratory status, housing insecurity, and limited support networks significantly shape women's health experiences and perceptions, as well as their access to healthcare services. Therefore, interventions aimed at migrant women living in informal settlements must acknowledge these structural realities, avoid reductionist approaches, and promote person-centered and context-sensitive care.

Healthcare professionals need specific competencies such as active listening, cultural sensitivity, self-reflection on biases, and the ability to build therapeutic relationships based on trust and respect. Adopting a gender-sensitive approach that ensures access to health services and culturally adapted psychosocial support is key, taking into account power inequalities that impact health.

To adequately address these vulnerabilities, health systems must implement structural changes to guarantee universal access to care. This includes regulatory reforms, integration of gender and diversity perspectives, intersectoral coordination, intercultural mediation, ongoing cultural competence training, and the removal of access barriers through mobile units, transportation support, and flexible hours.

These structural measures should be complemented by interventions aimed at strengthening individual and community agency and empowerment, fostering connections with community leaders and neighborhood networks that facilitate trust and continuity of care. This approach moves toward a more inclusive, just, and person-centered health system.

8. Ethical considerations

The present study followed international ethical recommendations established in the Declaration of Helsinki. Participation in the study was entirely free and voluntary. All questionnaire responses were anonymous and all collected personal information was stored in accordance with legal requirements regarding the protection of personal data and guarantee of digital rights (Organic Law 15/1999, of the 13th of December, and Organic Law 3/2018, of the 5th of December 2018). The project was approved by the Ethics Committee of the Junta de Andalucía (reference number: 0426-N/2023 PEIBA).

Funding

No funding.

CRediT authorship contribution statement

María José Cáceres-Titos: Writing – original draft, Software, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **María Cabillas-Romero:** Writing – review & editing, Writing – original draft, Visualization, Validation, Supervision, Conceptualization. **E. Begoña García-Navarro:** Writing – review & editing, Writing – original draft, Visualization, Validation, Supervision, Software, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization.

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Acknowledgements

We gratefully acknowledge the collaboration of the non-governmental organisation Cruz Roja, as well as the women who

participated in this study for their generosity and willingness to share their personal experiences. We acknowledge the value and time they dedicated to the interviews, as well as the trust placed in our research team.

References

- Abrams, J.A., Tabaac, A., Jung, S., NM, Else-Quest, 2020. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Soc. Sci. Med.* 258, 113138.
- Abrams, J.A., Tabaac, A., Jung, S., NM, Else-Quest, 2020. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Soc. Sci. Med.* 258, 113138.
- Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao.* 2009;106(4), 122-133. Disponible en: <https://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/Psiquiatría%3C3%20cultura.%2a>.
- Achotegui, J., 2017. Acerca de la psiquiatría y el sobrediagnóstico de los traumas en los inmigrantes y refugiados. *Temas Psicoanal.* 13, 1–14.
- Auwah, K.G.B., Abdulai, R.T., 2022. Urban land and development management in a challenged developing world: an overview of new reflections. *Land* 11 (1), 129. <https://doi.org/10.3390/land11010129>.
- Azhar, A., Buttrey, H., Ward, P.M., 2021. Slumification of consolidated informal settlements: a largely unseen challenge. *Curr. Urban Stud.* 9 (3), 315–342. <https://doi.org/10.4236/cus.2021.93020>.
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., Jiménez-Carrillo, M., 2022. Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Aten. Primaria* 54 (7), 102378.
- Bambra, C., 2022. Placing intersectional inequalities in health. *Health Place* 75, 102761.
- Bojorquez, I., 2015. Salud mental y migración internacional. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* 47 (2), 111–113.
- Borrell, C., Artazcoz, L., 2008. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública* 82, 241–249.
- Borrell, C., García-Calvente, M.D.M., JV, Martí-Bosca, 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac. Sanit.* 18, 02–06.
- Bowleg, L., 2012. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *Am. J. Public Health* 102 (7), 1267–1273.
- Butler J. *Gender trouble*. Routledge; 2002.
- Butler J. *Undoing gender*. Routledge; 2004.
- Bus, N., Perron, A., 2020. The quality of quality criteria: Replicating the development of the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). *Int. J. Nurs. Stud.* 102, 103452. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103452>.
- Cáceres-Titos, M.J., Porras-Santana, J.M., Cabillas-Romero, M.R., Begoña García-Navarro, E.E., 2025. Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study. *BMC Palliat. Care* 24 (1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01759-6>.
- Caruth, L., Martínez, C., Smith, L., Donato, K., Piñones-Rivera, C., Quesada, J., 2021. Structural vulnerability: migration and health in social context. *BMJ Glob. Health* 6 (Suppl 1), e005109. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005109>.
- Castañeda, H., 2022. Anthropological Approaches to Migration and Health. *Companion Med. Anthropol.* 230–244. <https://doi.org/10.1002/9781119718963.ch13>.
- Cepaim, F. Aproximación a la magnitud del fenómeno de los asentamientos de inmigrantes en España. Fundación Cepaim.; 2018.
- Chitac, M., 2022. The rationale for saturation in qualitative research: When practice informs theory. *Cross-Cult. Manag. J.* 24 (1), 29–35.
- Cuesta, C.R., 2019. La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes. *Psicosom. Psiquiatr.* (10). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum1002>.
- Deleu, H., Thys, R., Schrooten, M., 2022. The role of non-profit organisations in the support of people experiencing homelessness in Brussels. *Eur. J. Homelessness* 16 (1), 101–126. Retrieved from: <https://repository.uantwerpen.be/docstore/dirua:12347>.
- Dowling, A., Enticott, J., Kunin, M., Russell, G., 2019. The association of migration experiences on the self-rated health status among adult humanitarian refugees to Australia: An analysis of a longitudinal cohort study. *Int. J. Equity. Health* 18, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1033-z>.
- Eatough, V., Smith, J.A., 2017. Interpretative phenomenological analysis. *Sage handb. Qual. Res. Psychol.* 193–209.
- Eguluz, I., 2021. Entre Ulises y Penélope: integrar la perspectiva de género en los estudios sobre la salud mental de las mujeres migrantes. *REMHU: Rev. Interdiscip. Movilidad Hum.* 29 (63), 159–177. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006310>.
- Else-Quest and Hyde. *Psychology of women quarterly.* 2016;40(2) 155-170DOI: 10.1177/0361684316629797.
- Hernández PC. Migración, racismo y exclusión: análisis de las experiencias de mujeres latinoamericanas en Barcelona. *Oxímora. Rev. Int. Ética Polít.* 2019 80–94. <https://doi.org/10.1344/oxi.2019.115.28566>.
- Hossin MZ. International migration and health: It is time to go beyond conventional theoretical frameworks. *BMJ Glob. Health* 5 (2), 2020, e001938. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001938>.
- European Parliamentary Research Service. Briefing: EU migration and borders. key facts and figures. Brussels: European Parliamentary Research Service; 2024.
- Eyrich-Garg, K.M., Hudson, K.M., 2021. Journey of a policy change to include fathers in homeless shelters. *New Research on Parenting Programs for Low-Income Fathers.* Routledge, pp. 168–182.
- Ezeh, A., Oyebo, O., Satterthwaite, D., Chen, Y.F., Ndugwu, R., Sartori, J., et al., 2017. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people

- who live in slums. *Lancet* 389 (10068), 547–558. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31650-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31650-6).
- Fagundo-Rivera, J., Gómez-Salgado, J., Fernández-León, P., 2024. Humanitarian emergency in the Canary Islands: a comprehensive challenge to the health and social system. *Rev. Esp. Salud. Pública* 98, e202412066.
- Fernández, M.M., Quiroga, A.F., 2023. La trata en las mujeres temporeras y asentamientos en Huelva, España: nuevas vulnerabilidades, nuevos desafíos. *Rev. Espiga* 22 (46), 179–180.
- Ferrer, R., Palacio, J., Hoyos, O., Madariaga, C., 2014. Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales. *Psicol. desde Caribe* 31 (3), 557–576. <https://doi.org/10.14482/psdc.31.3.4766>.
- Flick, U., Hans, B., Hirsland, A., Rasche, S., Röhnsch, G., 2017. Migration, unemployment, and lifeworld: challenges for a new critical qualitative inquiry in migration. *Qual. Inq.* 23 (1), 77–88. <https://doi.org/10.1177/1077800416655828>.
- Fusch, P.I., Ness, L.R., 2015. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Gómez-Salgado, J., Carrión-Rico, D., García-Iglesias, J.J., Climent-Rodríguez, J.A., Miranda-Plata, R., Pichardo-Hexamer, R., et al., 2024. Psychological distress among unemployed migrants settling in southwestern Spain: A cross-sectional study. Medicine* 103 (15), e37418. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037418>.
- García-Padilla, F.M., Alcón, M.S., Galán, Á.M.O., de la Rosa, Díaz, J., Beltrán, MDPAG, Ramos-Pichardo, J.D., 2021. Condiciones de vida y salud de la población inmigrante de los asentamientos de Huelva. *Rev Esp Salud Pública* 104 (95). Retrieved from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8069473>.
- Garcíaandía, Imaz JA, Garcíaandía Roza, I., 2023. Semiología de la Migración. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 52 (3), 251–264. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.007>.
- Greenhalgh, T., 2016. Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. *World Health Organization, Regional Office for Europe*.
- Grotti V, Malakasis C, Quagliarriello Sahaoui N. Shifting vulnerabilities: gender and reproductive care on the migrant trail to Europe. *Comp. Migr. Stud.* 2028;6, 1-18.
- Gryciuk E. The impact of the difference in individualism, acculturation, and gender on migratory grief and psychological well-being: a cultural comparison (Master's thesis). 2020. Retrieved from: <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/36451>.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S., 1994. Competing paradigms in qualitative research. *Handb. Qual. Res.* 2 (163-194), 105.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., et al., 2011. How should we define health? *BMJ* 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.
- Jiménez-Lasserrotte, M.D.M., Granero-Molina, J., Lardon, Galindo V, et al., 2023. Irregular migrants' experiences of health disparities while living in informal settlements during the COVID-19 pandemic. *J. Adv. Nurs.* 79, 1868–1881. <https://doi.org/10.1111/jan.15606>.
- Lai, H., Due, C., Ziersch, A., 2022. The relationship between employment and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds: A systematic review of quantitative studies. *SSM-Popul. Health*, 101075. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101075>.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmeron, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., et al., 2020. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC. Public Health* 20, 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>.
- Llácer, A., Zunzunegui, M.V., Del Amo, J., Mazarrasa, L., Bolívar, F., 2007. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J. Epidemiol. Community Health* 61 (Suppl 2), ii4-ii10. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061770>.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., Magar, V., 2018. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bull. World Health Organ.* 96, 644–653. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607>.
- Morina, N., Von, Lersner U, Prigerson, HG., 2011. War and bereavement: consequences for mental and physical distress. *PLoS. One* 6 (7), e22140. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022140>.
- Napier, A.D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., et al., 2014. Culture and health. *Lancet* 384 (9954), 1607–1639.
- Eguiluz I. Between Ulises and Penelope: integrating the gender perspective in studies on the mental health of migrant women. *REMHU: Rev. Interdiscip. Movilidad Hum.* 29, 2022, 159. .
- National Institute of Statistics. *Estadística Continua de Población (ECP)*. 2024.
- Ngameni, E.G., Moro, M.R., Kokou-Kpolou, CK, Radjack, R., Dozio, E., El, Hussein M., 2022. An examination of the impact of psychosocial factors on mother-to-child trauma transmission in post-migration contexts using interpretative phenomenological analysis. *Child Care Pr.* 30 (3), 274–289. <https://doi.org/10.1080/13575279.2022.2071220>.
- Niño, Fuentes M., 2020. Salud y duelo en el proceso migratorio. *Educ. J. ESAMEC* 1, 47–55. <https://doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.06>.
- Plano, Clark VL, 2017. Mixed methods research. *J. Posit. Psychol.* 12 (3), 305–306. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262619>.
- Regata, C., 2019. La Salud de la Mujer inmigrante factores psicosociales y patologías más frecuentes. *Psicom. Psiquiat.* 13–19. <https://doi.org/10.34810/PsicomPsiquiatrum1002>.
- Rodríguez-Calles, L., Estrada-Villaseñor, C., 2022. La exclusión residencial de la población inmigrante: estudio de caso de Terrassa (Barcelona) y Torre-Pacheco (Murcia): residential exclusion of immigrant population: case study of Terrassa (Barcelona) and Torre-Pacheco (Murcia). *Ciudad Territ. Estud. Territ.* 54 (213), 621–640. <https://doi.org/10.37230/CyTET.2022.213.6>.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., et al., 2018. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual. Quant.* 52, 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s1135-017-0574-8>.
- Scott, J., Mason, B., Kelly, A., 2022. After god, we give strength to each other': young people's experiences of coping in the context of unaccompanied forced migration. *J. Youth. Stud.* 27 (2), 178–194. <https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2118033>.
- Speziale, H.S., Streubert, H.J., Carpenter, DR., 2011. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schouler-Ocak, M., Stangier, U., 2019. Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC. Psychiatry* 19 (1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2136-1>.
- Szocik, K., 2023. Space not for everyone: The problem of social exclusion in the concept of space settlement. *Futures*. 145, 103073. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2022.103073>.
- Tesfaye, Y., Agenagnew, L., Anand, S., Tucho, G.T., Birhanu, Z., Ahmed, G., et al., 2021. Mood symptoms, suicide, and associated factors among Jimma community. a cross-sectional study. *Front. Psychiatry* 12, 640575. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640575>.
- Vázquez-Santiago, S., Peña, FG., 2016. El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enferm. Clín.* 26 (1), 76–80. <https://doi.org/10.1016/j.encli.2015.09.003>.
- Villa-Rodríguez, K.G., de la Fuente-Roldán, I.N., Sánchez-Moreno, E., 2023. Una aproximación a la exclusión residencial que afecta a las mujeres migrantes: el sinhogarismo oculto. *OBETS Rev. Cienc. Soc.* 18 (2), 397–418. <https://doi.org/10.14198/obets22951>.
- Wilkinson, R.G., Marmot, M., 2003. *Social Determinants of health: the Solid Facts*. World Health Organization.
- Winbush, C., Selby, R., 2015. Finding home: South African migration to New Zealand. *Aotearoa N. Z. Soc. Work* 27 (1/2), 46–58. <https://doi.org/10.3316/infom.186985996991768>.
- Yuni, J., Urbano, C., 2009. *Técnicas para investigar*, 2 y 3. Brujas. Córdoba 1.

ARTÍCULO 4

MANAGING CULTURAL DIVERSITY IN END-OF-LIFE CARE: A QUALITATIVE STUDY



RESEARCH

Open Access



Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study

María José Cáceres-Titos^{1*}, Juan Miguel Porras-Santana^{1†}, María R. Cabillas-Romero^{2†} and E. Begoña García-Navarro^{1,3†}

Abstract

Background In an increasingly globalized world, multiculturalism has transformed healthcare settings, making cultural diversity an essential component of care. In end-of-life processes, this context presents unique challenges, where care extends beyond clinical skills to involve complex, sensitive, and compassionate human interactions.

Objective This study aimed to explore the difficulties perceived by nursing professionals in palliative care when caring for culturally diverse patients.

Design The study employed an exploratory qualitative design with a phenomenological approach to examine professional experiences.

Methods Semi-structured interviews were conducted to capture detailed narratives from 11 purposely selected participants, providing a rich understanding of their lived experiences as nursing professionals. The study adhered to the COREQ guidelines (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies).

Results The analysis identified five main themes, including linguistic and communicative barriers that hinder trust-building between patients, families, and professionals. Cultural differences in beliefs, rituals, and expectations surrounding death were also noted. Challenges related to support networks, professional profiles, and workplace settings—such as insufficient training in cultural competence and the emotional impact of caring for culturally diverse patients at the end of life—were found to influence the quality of care provided.

Conclusions In an increasingly multicultural world, end-of-life care should reflect the diversity it encompasses. Considering the perspectives of healthcare professionals caring for culturally diverse patients enhances the quality of care for both professionals and patients during their final moments, fostering a more inclusive and humanized care environment.

Keywords End-of-life, Barriers, Cultural care, Transcultural nursing, Qualitative design

[†]Juan Miguel Porras-Santana, María R. Cabillas-Romero and E. E. Begoña García-Navarro contributed equally to this work.

*Correspondence:
María José Cáceres-Titos
mariajose.caceres@denf.uhu.es

¹Department of Nursing, University of Huelva, Campus El Carmen s/n, Huelva 21007, Spain

²Department of Social Anthropology, Basic Psychology and Public Health, University Pablo de Olavide, Seville 41013, Spain

³Research Group ESEIS, Research Centre COIDESO, University of Huelva, Huelva 21007, Spain



© The Author(s) 2025, corrected publication 2025. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Background

In an increasingly globalized world migratory movements are on the rise. This significantly transforms many countries' demographic and cultural landscapes, leading to a plurality of traditions and beliefs that influence perceptions regarding health, illness, and no less importantly, death [1, 2]. This phenomenon poses considerable challenges to health systems, which are not always equipped to address the needs of culturally diverse populations adequately.

Culture, as a set of knowledge patterns, practices, beliefs, and behaviors shared by community members [3], plays a central role in health care, as it delineates values, decisions, expectations, and practices. Healthcare systems are thus culturally constituted and characterized by deeply rooted values, norms, and practices that may not always align with culturally diverse patients' expectations. In the context of end-of-life care, awareness about how culture affects care, and its professional practices, becomes especially relevant, as it affects personal and professional spheres in both practitioners and patients.

This cultural diversity represents both opportunities and challenges for nursing care. On the one hand, it can lead to enrichment by fostering the adoption of culturally sensitive perspectives on care and suffering [4]. On the other hand, studies conducted in the United States, the United Kingdom, and the Netherlands identify lower quality in care for ethnically minoritized groups, who face barriers that can limit their access to adequate care [5–8]. Such barriers refer for instance insufficient language proficiency, biases against palliative care, lack of cultural competence among healthcare professionals, and services that do not adapt to their needs [9, 10]. In this sense, as highlighted by Cicely Saunders, founder of the modern palliative care movement, it is important to consider how total suffering integrates physical, emotional, social, and spiritual aspects, and therefore care must be adapted to the patient's cultural background diversity [11]. Figures such as intercultural mediators [12] and chaplains [13] take on significant importance in this regard. However, they are still not established in healthcare systems, as is the case in the region where this study is conducted.

As these figures are not available, nurses play an essential role as mediators between patients and clinical practices, affected by health systems lacking cultural competence in their approach, which is delineated by Westernized values, norms, and practices [3].

The barriers stemming from this, together with prevailing ethnocentrism, can lead to the imposition of Westernized views on dying processes, and the disregard of rituals, values, and meanings which are unique to other cultures [14]. This dynamic hinders effective

communication between patients, families, and professionals, especially in the realm of palliative care [15, 16].

Communication is an essential tool in nursing care [17], as it both mediates interactions and helps to build meaningful relationships with patients [18, 19]. Research shows that effective communication facilitates trust and collaboration, directly influences the patient's health and well-being, and facilitates the process of facing emotional and cultural challenges that arise at the end of life [20]. This context presents its own specific challenges, such as the conspiracy of silence, in which patients and family tacitly avoid addressing health situations and decisions [21], agreeing to avoid telling the patient about their health situation regarding diagnosis, prognosis and severity [22]. This explains why communication becomes even more important in end-of-life care, where interactions are traversed by intense emotions and marked by the specific challenges of cultural differences. In nurses' professional practice, communication frames daily tasks of care therefore require special understanding and sensitivity towards patients' needs, experiences, and emotional concerns. When patient's and healthcare professional's respective cultures differ, this practice becomes more complex [23].

The need to understand challenges such as the ones described above has led recent studies to explore the influence of culture in the context of palliative care [24]. It is however not yet clear how such influence originates the inequities and barriers affecting minoritized groups in hosting societies. In this context, the awareness about each culture's specificity is particularly relevant, as healthcare professionals in hosting cultures can often be unaware of the cultural specificity of their perceptions and practices regarding health and healthcare ([25]). The study of different healthcare cultures, and their respective ways of leading with cultural diversity, appears as an opportunity to learn both about challenges and good practices in the context of healthcare [26]. This is of the utmost importance in the context of end-of-life care, as it involves an already sensitive area traversed by processes marked by emotions, values, and norms which are deeply rooted in each person's cultural background.

In this context, our contribution addresses the need to further develop the understanding of end-of-life care in culturally diverse populations, focusing on nurses' perceptions. More concretely, the objective of this study is to understand the difficulties perceived by nursing professionals in palliative care when providing care to patients with cultural backgrounds differing from their own. Our study is conducted in southwest of Spain, with a multicultural population of which 10% are migrants, mostly from Latin America, North Africa, and Eastern Europe [27]. Community orientated, and strongly religious, the culture of this area makes it especially interesting to study

palliative care in relation to culturally diverse groups [28]. Here, exploring nurses' views on the challenges related to cultural diversity in palliative care will help to identify factors with which to improve culturally diverse care.

Methods

Study design

Our research design followed a descriptive phenomenological approach based on in-depth, semi-structured interviews conducted in person. This methodology allowed us to gather participants' experiences, leading us to dense descriptions directly stemming from the phenomenon studied [29]. As researchers, this granted us access to participants' perspectives and world views, as well as to their accounts regarding the studied processes [30]. Our study followed the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) checklist [31].

Study participants and recruitment

This research was conducted in South-West Spain between December 2023 and March 2024. A purposive sampling method was followed to recruit participants [32]. Eligible participants were: (a) nurses working in palliative care units; (b) those who were willing to participate in the study and sign the informed consent form. We excluded nurses with no experience in this unit. None of the participants left the study. Participants' profiles considered age, sex, professional role, and training in palliative care.

Data collection

Our data was gathered in semi-structured, in-depth, face-to-face interviews (Electronic Supplementary Material). An in-depth interview is a qualitative research technique that is carried out through iterative face-to-face meetings between researchers and informants. In them, researchers seek to access the interviewees' intimacies and individualities, seeking to gain a better understanding of their views, perspectives, experiences and motivations on the topics defined in the study. Seeking to ensure the comfort and neutrality of participants during the fieldwork, we conducted the interviews in the multipurpose room of the provincial palliative care referral hospital. This room offered a quiet and private space, separated from the clinical practice.

After thoroughly reviewing existing literature, the research team designed a guide to conduct the interviews. This guide was pilot tested with two participants to assess the appropriateness and comprehension of the questions, confirming that it addressed the study objectives.

The dates and the times of the interviews were mutually agreed upon. The comfortability and the proximity of the room where the interviews were conducted facilitated

the participants' attendance. All the interviews were conducted by researchers trained in qualitative research and semi-structured interviews. Participants meeting the inclusion criteria received a presentation explaining the interview and describing the goals and procedures used in the study. This explanation particularly emphasized the voluntary nature of their participation, referring to the possibility of interrupting it at any moment with no required justification. Participants were granted anonymity, and their personal information was confidentially kept unidentified throughout the research process. Each participant signed the informed consent form before the interview took place.

During the interviews, participants were encouraged to share their personal experiences and to additionally elaborate on the topic. The collection of data continued until it reached data saturation [33]. In total, 11 in-person interviews were conducted, each with a duration that ranged between 30 and 40 min.

All interviews were recorded and transcribed literally to guarantee accuracy and consistency in the data-gathering process. Additionally, field notes were taken during the interviews to record additional information related to non-verbal communication, thus widening the approach of the context of our study. All interviews were made anonymous, assigning pseudonyms to every participant. Additionally, we ensured that the research team was not acquainted with the participants prior to their participation in this study.

Data analysis

Once transcribed, we filed data preserving their anonymity (as P1-P11). We applied discourse analysis based on the model outlined by Taylor & Bogdan [34]. Firstly, two researchers listened to the audio recording to become familiar with the context. The transcribed interview data were thoroughly read, and re-read, conducting a line-by-line codification process. At this point, the identification of relationships and potentially contradictory content within the data led to a further refinement of codes and the emergence of categories, sub-themes, and candidate themes. Researchers met regularly to review and refine these potential themes and sub-themes. These themes were carefully defined and refined to capture the essence of each interview and the specific aspects of the data they represented. Then, to ensure the accuracy of the analysis, each participant was provided with a summary of the themes and sub-themes identified in relation to their experiences, together with the quotes they provided during the interview. This review allowed them to revise the analyzed data to provide feedback on whether the themes accurately reflected their lived experiences and perspectives. After doing so, none of the participants wished to add anything. The analysis was conducted using the

qualitative data analysis software (CAQDAS) Atlas.ti version 23.

Scientific rigor

Three criteria were considered to guarantee rigor in this research: credibility, confirmability, and transferability. Credibility was approached by means of the verification process, in which participants could revise and validate identified themes and subthemes, triangulating these data with field notes. To further reinforce credibility, two independent experts in bioethics and palliative care revised and confirmed the identified themes. Periodic meetings were held to debate and reach consensus data analysis, discussing and sorting out punctual discrepancies and ambiguities among researchers. To improve confirmability, researchers actively engaged in a thorough process of self-reflection, maintaining a high degree of honesty and openness. Researchers kept a reflective diary, critically examining their role and reflecting on their previously conceived ideas/possible biases, influences and feelings throughout the study. To facilitate the transferability of our findings to other contexts, we provided a detailed description of the studied context, inclusion criteria and participants' characteristics, data gathering and data analysis processes, and a complete description of our findings. This detailed account permits readers to assess the applicability of our findings in their respective contexts of study, thus enhancing the transferability of the study findings. To ensure a precise and culturally sensitive translation, the process was meticulously designed. The translation from Spanish to English was conducted by professional translators with expertise in the study's specific terminology. Since English is a shared language among all researchers, the translated document underwent an additional review by the entire research team to ensure accuracy, fidelity, and consistency. Moreover, as the researchers share the cultural background of the interviewees, the translation process accounted not only for linguistic accuracy but also for broader

communicative elements, including implicit meanings, contextual nuances, and culturally specific expressions. This approach ensured that the translation faithfully captured the participants' experiences and perspectives.

Results

Our sample consisted of 11 nurses, with an average age of 48,646 years ($SD = \pm 9,131$ years), ages were between 30 and 61 years old, and the average work experience was 24,727 years ($SD = \pm 5,868$ years). Most participants were female (90,9%). To ensure the anonymity of the participants, age and years of experience were expressed in ranges. Participants' sociodemographic characteristics are described in Table 1.

To obtain our results we followed the discourse analysis. 8 themes and 13 sub-themes were identified, with spirituality and the size of the care network being two emerging categories that emerged from the analysis of participants' discourse. The analysis steps described above, lead us to the results described in Fig. 1.

Linguistic and communication barriers

End-of-life moments are especially sensitive for the person facing this process, but also for those surrounding them. In this sense, communication is essential to understand and care for their needs. In multicultural contexts, however, linguistic and cultural barriers can complicate the interactions involved in these care practices, negatively affecting their quality. Concerning this, participants identified the following challenges as factors threatening their ability to provide appropriate care in their professional practice.

Language barrier

Language barriers emerged as a significant challenge for the nurses participating in the study. They emphasized that the lack of a common language hinders the possibility to create effective therapeutic relationships, notably challenging the development of a patient-centered care approach. This problem is exacerbated in end-of-life care situations, where the need for clear and empathetic communication is essential to address the patient's emotional, physical, and spiritual needs.

"Although taking care of a patient from another culture already presents an additional complexity due to not being very used to it, when there is a language barrier, it is much more difficult, because you might not know how they want to be cared for but also, you can't ask them." P5.

In this sense, the language barrier both affects the quality of care and also generates a feeling of helplessness in

Table 1 Demographic characteristics

Participant	Gender	Age (Range)	Work experience (Range)
P1	Woman	50–60	30–40
P2	Woman	50–60	30–40
P3	Woman	30–40	10–20
P4	Man	60–70	30–40
P5	Woman	30–40	10–20
P6	Woman	40–50	10–20
P7	Woman	50–60	10–20
P8	Woman	40–60	20–30
P9	Woman	50–60	30–40
P10	Woman	30–40	0–10
P11	Woman	50–60	30–40

Source: Own elaboration

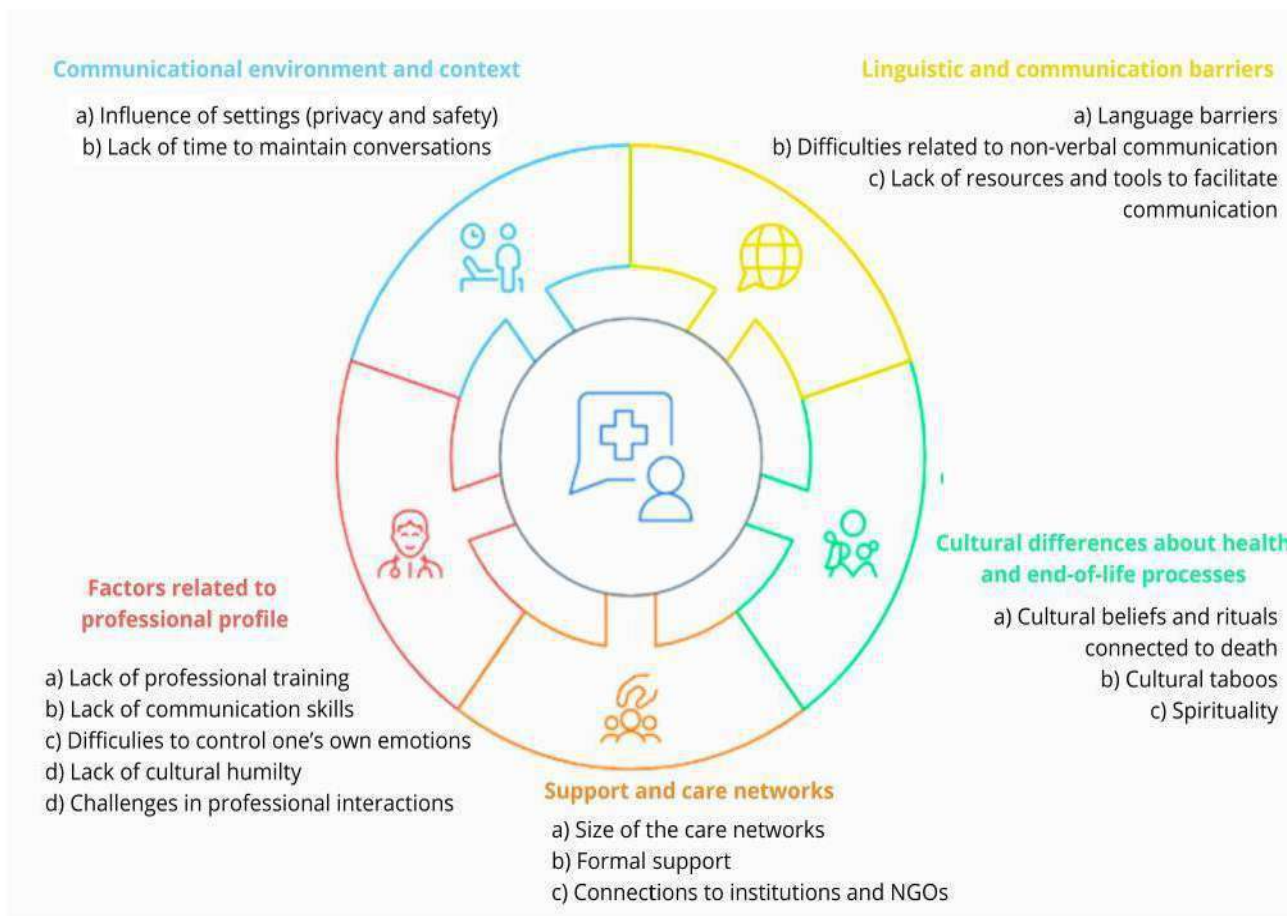


Fig. 1 Themes and subthemes representing perceived difficulties related to caring for culturally diverse patients at the end of life. Source: Own elaboration

nurses, as they cannot ensure that the interventions meet the cultural and personal expectations of the patient.

Difficulties related to non-verbal communication

End-of-life communication processes involve much more than words, as they strongly rely on non-verbal aspects such as gestures, facial expressions, and tone of voice. These elements can vary significantly between cultures and failing to properly identify these differences and solve them, can lead to misunderstandings that affect the nursing-patient relationship.

“I don't have the tools to ensure that what I want to say is conveyed. It's not only about verbal concepts, but also about non-verbal communication, tone, body language,... it's not the same thing”. P7.

“Patients may not feel good if I look them straight in the eye, or maybe they don't want to receive a hug... not sharing the culture makes it difficult to care, and even more so in moments of such vulnerability” P3.

The lack of familiarity with other cultures' non-verbal codes hinders the possibility of understanding patients'

needs, limiting nurses' ability to convey empathy and emotional support, which are essential in palliative care.

Lack of resources and tools to facilitate communication

Another key aspect identified by the informants was the insufficiency of resources and tools to facilitate effective communication. As a challenge, the language barrier is not precisely new, yet nurses consider that the resources that the system provides to overcome it are insufficient, as they do not allow them to correctly interpret the needs of patients at the end of their lives. This explains that, while 24-hour translators are a useful tool, their effectiveness is seen as partial, as literal translation does not always reflect the complexity of the message.

“In many cases, a family member or acquaintance assumes the role of mediator. However, since they are not formally recognized within the healthcare system, they often lack the necessary training, which can hinder effective communication. Moreover, patients may feel uncomfortable disclosing certain aspects of their lives in the presence of relatives.” P3.

For informants then, translators are necessary but entails significant limitations. The literal translation of words cannot possibly convey emotional aspects such as the tone of voice, facial expressions, and gestures, which are crucial in making both the patient and their family feel supported and understood.

"(We have) a 24-hour translator, but it fails to work. Language requires both literal and cultural translation. Also, communication is verbal but also non-verbal. This is why we need cultural mediators, as families are not always available, but they (cultural mediators) are not in the hospital, they depend on the NGOs." P2.

This testimony highlights the challenges of language barriers in patient care, stating that while a 24-hour translator service is available, it is not always effective. The participant emphasized that communication involves both literal and cultural translation, as well as verbal and nonverbal elements. Additionally, participants mentioned that cultural mediators are needed to bridge these gaps, particularly when families are unavailable. However, according to the participants, these mediators are not present in hospital and instead depend on NGOs.

Additionally, participants highlighted how intercultural mediators help to alleviate the emotional burden and uncertainties, and feelings of frustration and ineffectiveness, that mark their attempts to overcome cultural and linguistic barriers without proper tools.

Cultural differences regarding health and end-of-life processes

The process of dying is deeply influenced by the beliefs, values and cultural traditions of each person. The different ways in which patients and their families face death can be remarkably challenging for healthcare professionals working in end-of-life care.

Cultural beliefs and rituals related to death

Each culture has unique ways of perceiving death, which directly impacts how people and their families get ready for this moment, and how they face it. Many professionals emphasized that end-of-life care goes beyond alleviating physical pain. Their perception pointed at how caring in this context requires sensitivity to respect the patient's rituals and beliefs, which may involve the acceptance of ceremonies, prayers, the presence of symbolic objects, or the fulfillment of specific traditions.

"And when I sat next to her, I realized that woman had a way of experiencing reality very different to someone who did not believe, as she knew: "what is what God wants, that I would always have God's

support, that I have tools such as praying, which helps me to relax..." P11.

Care for patients in the end-of-life context is a complex challenge, as care is affected by cultural differences between patients, families, and healthcare workers. In some cultures, religious faith plays a central role in accepting death, offering a framework that gives meaning to loss and alleviates the fear of the unknown. Yet, in others, death can be taboo, a topic to be avoided at all costs, as openly talking about it can be connected to the possibilities of patients' improvement. In this line, nurses identified the conspiracy of silence as a challenge exacerbated in patients coming from cultures different from their own. Here the conspiracy of silence can lead to behaviors of concealment and evasion from patients' terminal reality, and it can be identified in the avoidance of direct conversations about illness, death, or the patient's condition.

"In my view, patients more prone to engage in silence conspiracy are less religious. People who have faith in God, who have religious beliefs, are those who do not engage in silence conspiracy but accept their situation, accept that their family members part to be with God, to reach a better life. They believe that the best is to come, and do not fear it." P6.

When patients and their families participate in the conspiracy of silence, they often do so, intend to protect their loved ones from the emotional pain that the truth can cause. This behavior, however, can make effective communication difficult, negatively affecting the planning of care, which can lead to misunderstanding patients, failing to properly tend their wishes and needs. For nurses, this represents a remarkable challenge, as the ethics of healthcare demand transparency and respect for patient autonomy.

"The conspiracy of silence is always difficult to handle." However, when information is not only hidden out of fear but has a cultural nuance as well, managing this situation becomes even more complicated" P9.

Cultural taboos

As referred above, while some cultures face death openly and ritualized, others conceive it as a sensitive issue that should not be mentioned directly. In the latter, cultural taboos about death can seriously hinder communication between healthcare professionals and patients.

"I have had patients with whom I could not talk directly about death because they felt this would

attract it or bring bad luck. One of the challenges in culturally diverse end-of-life care is to keep the balance between professional honesty with patients, and the respect to their, and their families' beliefs." P8.

For professional health workers, cultural taboos can bring ethical and emotional dilemmas as they need to find ways of providing information relevant for patients' care, while not failing to respect their cultural beliefs. To professionally adapt to such communication dynamics requires the adoption of a flexible and sensitive approach, as well as being able to rely on the support of intercultural mediators and their help when negotiating cultural differences.

Spirituality

Participants' narratives identified spirituality as an important challenge. It is of note that they underlined how spirituality is not always related to religion but rather refers to the patient's connection with the transcendent and their legacy. Understanding and addressing this dimension requires time, training, and communication skills which are not always available, neither easy to implement, in the clinical setting.

"In the end, it is not just the disease that we take care of. It is that need to feel at peace with what they left in this world. And we do not always know how to tackle that." P7.

Some nurses said that, in many cultures, closing the life cycle involves not only accepting death but also resolving unfinished business, passing on a legacy, and reflecting on the meaning of life.

"There are people who feel the need to close cycles: reconcile with family members, share their story, or ensure they leave something positive behind, as if they want to guarantee that their life had meaning. These decisions are deeply personal, but at the same time, they are marked by each person's cultural beliefs." P3.

This illustrates how spiritual agents or religious mediators, professional roles already recognized in northern Spain, are crucial to facilitate communication and care. When not available, nurses are compelled to assume responsibilities for which they are not always prepared. In addition to this, our results reveal some resistance among certain professionals who do not consider spirituality as a dimension to consider in their care. One of our participants disagrees with this view:

"Some colleagues do not see spirituality as part of care, but I believe that for some patients it is as important as their pharmacological treatment." P2.

Support and care networks

The size of the care network that includes family, compatriots, and formal care (institutions and NGOs), as well as cultural and religious resources available, are essential elements in end-of-life care, especially in multicultural contexts. The diversity in the experiences shared by the participants confirms the need to adapt the provision of care to each patient's specific needs.

Size of the care network

Family accompaniment is essential in care processes, and its role varies significantly depending on culture. In the Spanish context, accompanying the patient throughout the entire process is common. In contrast, in other cultures, accompaniment is marked by a more institutional approach, trusting professionals for nights and resting breaks.

"If you have cared for non-Spanish patients, especially those coming from Northern countries, you see that at night they go home, leaving patients under the care of health workers. Here, families accompany the patient 24 hours, but they can feel alone if there is silence conspiracy." P4.

The lack of company in migrant patients is often explained by the absence of close family networks in the host country, not necessarily being related to restrictive limitations in healthcare centers. In these situations, the lack of a family network compels nurses to adopt a more direct and open communicative approach. They need to strive to provide patients with an accompaniment that seeks to cover as much as possible the support that families would offer.

In addition to the lack of family support in critical moments, nurses refer to the conspiracy of silence as a challenge that, in this context, can affect the quality of care, negatively affecting patients' experience. In these cases, and despite the presence of the families, participants refer to how effective communication processes about patients' health are scarce, if not non-existent. This silence can provoke a deep feeling of emotional isolation in patients, who can feel that their condition and their needs are not being properly understood, neither approached.

"Caring for patients who are here alone makes it impossible for you to create silence conspiracy. You need to talk to them clearly so that they can decide

what to do in this situation, whether they go back to their country or face it here, to the end.” P9.

The absence of family members both transforms communication dynamics, as well as brings aside additional challenges related to emotional support and critical processes of decision-making. Informants described how this absence demands an imperative for honesty and clarity, especially in the cases of terminal patients and those in highly vulnerable situations.

“Seeing them alone, without their family close by supporting them, when this is something so essential... it is difficult to manage because everyone would want to have their family nearby. Moreover, some face the fact that they may never see their family again because they know they are going to die here, and their family cannot come.” P7.

Connection to formal support networks (institutions and NGOs)

In our data, institutions providing formal care, NGOs and compatriot networks emerged as key elements in care in cases in which patients lacked close family support. Compatriot networks have an essential role here, as they provide both emotional and cultural support, lessening the isolation perceived by patients. On the other side, formal care institutions and NGOs provide resources and services that help them to deal with practical needs in their daily lives.

“When there are no family members, it is often compatriots who provide company, even when they do not have a direct relationship. This emotional support is essential because it makes patients feel understood, and less alone.” P7.

“Some NGOs do amazing work, and yet sometimes we do not know how to coordinate with them. I feel we make parallel efforts, when we could join forces and do more.” P12.

Confirming the important role of formal support, our results highlight the need to develop integrative strategies which are designed to promote collaboration and to join efforts from different sides, facilitating accompaniment considering patients' needs.

Factors related to professional profile

End-of-life care, especially in culturally diverse contexts, requires a set of skills, attitudes, and knowledge that are not always present in professionals' backgrounds. Our narratives reveal the difficulties that nurses face in this regard. Their perceptions point to their lack of training, of communication skills and cultural competence, and the emotional challenges they need to undergo.

Lack of training

One of the most predominant themes in our narratives was nurses' perception of themselves as not being properly equipped to approach patients and families' suffering at the end of life, especially in culturally diverse contexts. Such a lack of training is seen as a factor that affects both the care they provide and their own ability to manage their emotions.

“To tackle those aspects that are so related to the patient's suffering..., you need to be prepared to tackle that suffering. And that requires professionals' training in knowledge, skills, and attitudes.” P2.

End-of-life care requires hands-on knowledge, but also interpersonal and emotional skills that help manage suffering effectively. The lack of this fundamental training leads to a disconnection between patients and professionals, affecting the quality of the care they provide.

Lack of communication skills

Our results confirm communication as a fundamental challenge. Professionals reported often feeling forced to share information in abrupt ways, feeling unequipped to perform this task properly, and being aware of the negative impact this can have both in patients and their families. The testimonies collected in our study reveal that the urgency that they feel when fulfilling all their duties, together with this awareness regarding their unpreparedness to communicate effectively, can lead to the development of a personal blockage, in which they avoid feeling empathy and sensitivity.

“In the end, to fulfill the legal requirements, the doctors overwhelm the patients with technical information, without a proper explanation. That's because they are not ready to communicate it appropriately, but they are legally required to inform.” P2.

Difficulty in managing one's own emotions

Providing care to patients at the end of their lives often makes professionals face their own vulnerabilities. In their narratives, they refer how constant exposure to suffering can lead to emotional overload, affecting both their personal lives and their ability to maintain an appropriate professional relationship with the patient.

“Ultimately, when the healthcare professional provides the information and sits in front of a vulnerable person... In that situation, they become very vulnerable as well. Logically, this causes them to suffer both in relation to the suffering of the person facing them and concerning their own suffering, coming from excessively understanding and empathizing

with the other, which leads to suffering in the end.” P2.

This vulnerability is not always recognized, neither is it always adequately managed, which increases the risk of burnout. As a coping mechanism, some testimonies mentioned the need to resort to emotional disconnection:

“You are not aware, as you engage in work dynamics in which... Well, yes, ok, even with that capacity to separate, say, as if drawing a curtain and coming home as if nothing would have happened, well, there are times when that works and times when it does not. And when it does not and you cannot get over it, then you turn to diversity of ways, it can be sports or it can be, I do not know, meditation or any other way that helps you a bit, because in the end, it affects you even at a family level, at a family level and also and in your relation to society, and even with yourself.” P3.

Lack of cultural humility

The lack of cultural humility was also identified as another fundamental challenge in the provision of care. Some professionals pointed out that patients from different cultures do not often fully understand their medical situation. If in these cases professionals cannot recognize their own cultural competence shortcomings, they will surely fail to address this patient's need, leaving them to suffer in solitude. Interestingly, participants state that, although it is common for patients to nod during their interactions with healthcare professionals, this does not always indicate that they are truly understanding what is being communicated to them. Importantly, participants perceived that behind patients' superficial responses may lie a lack of critical knowledge about their medical condition, about available treatment options, and even about their possible outcomes. When professionals fail to acknowledge this dynamic, there is a risk that patients will be left with unresolved questions, feeling helpless in their decision-making process.

“A nursing intervention I often turn to is the support in decision-making processes because it usually works very well. However, I have encountered patients who I tried to support in making decisions while already in a difficult situation, and throughout their treatment they have been unaware of their situation because it has been explained to them in the quickest way possible, using very technical terms without taking the time to explain what they mean, or because they have built a barrier to avoid understanding.” P11.

Moreover, the lack of cultural humility is exacerbated by the tendency of some professionals to rely on stereotypes or prejudices that can cloud their judgment. These stereotypes, which are often based on generalizations about given cultures, can lead professionals to adopt a condescending or paternalistic attitude. This attitude affects the quality of care and can also erode trust between the patient and the healthcare professional, which is an essential basis in effective care. Some participants reported how some situations can be tricky in this sense, reflecting on how then taking a step back to reset priorities is essential:

“There are situations that make you end up prejudging a culture or family, and you have to pause to refocus on that person's needs and rights.” P4.

Challenges in professional relations

Caring for patients from different cultures in the context of end-of-life care presents significant challenges, partly due to differences in opinions and approaches among healthcare professionals themselves. Diverging views can generate tensions among team members, especially when providing care for patients coming from culturally diverse backgrounds.

“Your colleagues may think in terms that differ very much from yours and criticize you because of this. Caring for a patient from a different culture, at the end of their life, is very difficult in this sense.” P6.

Addressing these differences is crucial, as establishing a trusting relationship between the nurse and the patient is fundamental to providing effective care. Trust in professionals allows patients to feel safer and more willing to share their fears, doubts, and wishes, which facilitates their engagement in informed decision-making. As one of our participants states, this requires time and effort:

“The least you can grant them is the time they need, and of course, this will not happen in just one session or visit, yet it is when that trusting bond is established, that everything becomes much easier.” P3.

The time invested in getting to know the patient is essential to offer personalized care, tailored to individual needs and preferences. However, nursing professionals must also develop skills to actively listen and be open to patients' questions and answers.

“You need to start explaining to patients about their conditions. And for that you need, and this is why I believe it is not done, (you need) to know what the patient wants to know, and how far they want to go.

And for that, you need to know the person, and for that you need time; you need skills to remain open to any answer the patient may give you, or any question they may ask you.” (P2).

Communication environment and context

The environment framing the interactions between professionals and patients emerged as a crucial factor due to its influence on the quality of communication. In this regard, professionals expressed concern about lacking physical resources (for instance, adequate rooms to preserve privacy during conversations). Furthermore, it was deemed that they did not have enough time to properly build effective and respectful communication with patients who were already in difficult situations.

Influence of the physical environment

The setting framing end-of-life processes of information is essential to guarantee that conversations take place in effective and sensitive formats. Our Informants highlighted that the lack of private and appropriate spaces for such discussions can create significant barriers, affecting both the quality of communication and the well-being of the patient and family. An environment conducive to end-of-life discussions should be intimate, quiet, and free from interruptions. The possibility of disposing of a room where professionals can talk openly with the patient and their family is hence essential. Without adequate space, there is a risk that conversations will take place in an environment fraught with distractions, which can hinder the expression of emotions and the possibility to address sensitive issues.

“If they don't give you the resources, like the time or the training or the possibility of having a space or a room where you have enough privacy, without interruptions or anything, so that you can talk about something so intimate, so unique, for that person and for that family member...then, if you can't work on that because there is another patient next door, because room-consultations are going on,... because obviously you will never be able to work on that conspiracy... (then) it's impossible.” (P3).

Lack of time to interact with patients

The lack of time is a recurring theme in our narratives. It represents an obstacle that significantly impacts the quality of communication between healthcare professionals and patients, especially in sensitive contexts such as end-of-life care. Professionals refer to how they face challenges in carrying out adequate communication processes due to the time constraints imposed by the high demands and volume of patients they must tend to. Such pressure can lead to superficial interactions, limiting

professionals' capability to provide the support and information that both patients and families truly need.

When it comes to patients from other cultures, the lack of time becomes an even greater challenge. Cultural differences can profoundly affect perceptions of health, illness, and the dying process. Healthcare professionals must devote additional time to understanding their patients' cultural beliefs and values, as well as to establish effective communication that considers language barriers and cultural expectations. Without this additional time, interactions can be ineffective, failing to meet the patient's needs. Without the necessary time to establish open and empathetic dialogue, professionals may miss the opportunity to identify and respect the patient's preferences regarding their care and end-of-life decisions. One of our participants addresses this difficulty, reporting on their experience:

“Many times, I have seen professionals who are information bombardiers. Information can be a bomb, poorly delivered information because I still say that you should not just give information; you need to communicate it, and it involves a process. It is difficult to carry out a communication process when you have 20 patients scheduled for an oncology consultation; I can understand the difficulties.” P11.

This lack of time, even when being understandable, can lead to misunderstandings and feelings of frustration for both professionals and patients. Patients from other cultures may feel misunderstood or ignored if their needs are not adequately addressed. This can erode trust in the nurse-patient relationship, resulting in a less effective and more painful care experience during an already difficult time.

Discussion

Rates of elderly immigrants are increasing in Europe and other developed countries, which emphasizes the need to adapt the health system to diverse populations [35]. In this context, and independently of ethnicity, religion, and culture, the efforts to facilitate access to healthcare should be aligned with the perspective of the Sustainable Development Goals (SDG), concretely with SDG 3 and 10. In the context of end-of-life processes, the adoption of a culturally competent approach to care is essential, as it encompasses processes of care that tend to physical needs, while equally including the emotional, social, and spiritual needs of migrant patients [4, 36]. From this perspective, tackling such needs requires skills that enable healthcare professionals to provide end-of-life care adequately considering patients' perspectives, and gaining their trust. The importance of this is confirmed by studies

that show how patients who trust their healthcare professionals report more beneficial behaviors, fewer symptoms, a higher quality of life, and more satisfaction with their treatments [37, 38].

In our study, our results concur with these ideas. Regarding the importance of linguistic and cultural obstacles in terminal patients, our data concur with existing studies [39], referring that the absence of a common language can be a fundamental obstacle hindering effectiveness in communication. Concerning this, they also refer to the importance of non-verbal language. As research shows, non-verbal language (including facial expression and voice intonation, among others) can encompass up to 93% of interpersonal communication [39, 40]. Healthcare professionals therefore need to learn that their gestures, positions, and non-verbal expressions can reveal empathy and trust, or contrariwise, reflect their discomfort or disinterest.

The diversity in attitudes and practices connected to death was another factor that our data revealed as significantly relevant. Differences in this point can lead to misunderstandings and conflicts if they are not dealt with appropriately. Despite some cultural beliefs about how “bad things happen once you talk about them” may lead to avoiding talking about death openly, or that talking to patients about their death and dying processes abolishes their hopes [41], patients often have their own preferences when talking about death [42]. It is hence essential to carefully examine how they do so, adjusting to their style of communication and to their needs for information at each moment. Concurring with similar studies, our results identified that for nurses, hiding information from patients represented a challenge, as it contradicted assumptions on their autonomy which are characteristic of Western culture [43]. The complexity that these factors encompass in end-of-life communicational processes confirms the urgent need to revise the resources presently available in healthcare settings. In this line, our data also confirms the need to implement interpreting resources that go beyond the mere translation of words, and here the figure of intercultural mediators appears as a viable solution [44, 45].

In addition to the previous factors, our data also highlights the importance of considering the diverse social networks providing support for terminal migrant patients, as many lack families in the hosting country. Our reports referred to the need to include compatriots in the care plan. The role of NGOs and community initiatives in the provision of social and practical support emerged as an essential factor as well. In social networks, or in the absence of them, these two elements cover needs that, among others, can include practical assistance and emotional accompaniment [46, 47].

In agreement with existing research, our data highlighted that healthcare professionals saw the need to be sensitive and respectful regarding patients' spiritual, religious, and cultural needs, even when they differ from one's own [27, 48]. Our findings reinforce the importance of addressing spiritual concerns in holistic nursing care. Nurses need to develop competencies to engage in meaningful conversations about spirituality while respecting diverse beliefs. Collaborating with trained spiritual care providers, such as chaplains, can enhance the quality of end-of-life care by offering tailored spiritual support, alleviating existential distress, and guiding patients through end-of-life decisions. Integrating chaplaincy services into palliative care teams ensures that patients receive culturally and spiritually appropriate support, fostering a sense of peace and dignity in their final moments [49].

Notwithstanding this, our data further concurred with studies that identify sociocultural influences, subtle racism, and prejudices, as factors causing a lack of trust in the interactions between medical care providers and patients in vulnerable populations [50]. The potential threat that such distrust can represent can be connected to another concern identified by the participants: the lack of time and space. Our narratives reveal professionals' daily realities as being traversed by the lack of appropriate spaces and enough time to build adequate processes of communication with terminal patients and their families. Additionally, the spaces available fail to offer terminal patients and their families an intimate environment to engage in such processes safely. This is particularly problematic in culturally diverse contexts, where communication may require more time and sensitivity when building trust-based connections [51].

In addition to all these factors, our data reveals barriers which need to be considered to achieve effective communication. In this area, nurses identify an important lack regarding specific training and skills concerning intercultural communication among nursing professionals. Furthermore, they state that this training needs to include skills regarding their own emotional self-management. In this line, studies confirm the importance of fulfilling this professional weakness, referring that professionals keep on asking for culturally specific tools in their daily practice [52]. Additionally, care providers lack of skills to cope with linguistic and cultural barriers can lead to lower levels of empathy, social conversation, and bonding with migrants and patients coming from ethnic minorities [53, 54]. Despite training in palliative care emerging as a developing area in the academy curriculum, there is a remarkable absence regarding culturally sensitive palliative care, and professors teaching in this field often feel unequipped to train students in this area [55].

In an increasingly multicultural world, end-of-life care should reflect the diversity it encompasses. Considering

the perspectives of nurses caring for culturally diverse patients enhances the quality of care for both professionals and patients during their final moments, fostering a more inclusive and humanized care environment. Bearing on this, our results delineate how nurses' perceptions align well with obstacles that hinder an idea of care that is well aligned with patients' real needs. Directly and indirectly, they reflect an awareness about how patients' experiences and perspectives influence their needs, values and objectives. On this evidence, it can be considered that the golden rule of treating others as one would like to be treated can be called into question. Following Chochinov's [56] *Platinum rule*, we concur with the need to treat patients as they themselves would like to be treated, considering their values and beliefs. In this line, the concept of cultural humility in healthcare appears especially relevant, as it refers to the need to keep a permanent self-evaluation, remain aware of power imbalances, and the development of mutually beneficial connections in the provision of care [57]. In this context, the obstacles identified here would be particularly helpful as a departing point in thinking of possible solutions to improve care in culturally diverse patients in the context of end-of-life care.

Conclusion

Among the difficulties perceived by nurses when providing care to patients from different cultures at the end of life, the need to incorporate cultural competence training into nursing education and continuous professional development stands out. This is crucial for improving intercultural communication and end-of-life care. Additionally, it is suggested to implement intercultural mediation resources that facilitate communication between healthcare professionals and patients from diverse cultures. Recognizing and utilizing social support networks for terminal patients, integrating compatriots and community organizations into the care process, is also essential to address their emotional and practical needs. The study highlights the importance of reviewing the structure of care environments and time management, creating appropriate spaces for private and meaningful communication that cater to the patient's needs. Furthermore, it emphasizes the necessity of addressing the spiritual dimension of care, promoting collaboration with chaplains and spiritual care providers to offer adequate support to patients in their final moments. Finally, we advocate for cultural humility among healthcare professionals, which involves ongoing self-evaluation and the development of mutually respectful relationships with patients. By integrating these findings into clinical practice, potential benefits could be expected for both patients and their families, directly in the care received and indirectly through their ability to trust healthcare

providers. On the other hand, nurses would see their daily lives improved, being better equipped to overcome obstacles and to self-manage when dealing with negative emotions.

Limitations

This study has some limitations. Further development of our work could benefit from a wider geographical area that would allow us to examine a wider context and thus consider more dimensions in the study. Despite this limitation, our findings offer an in-depth revision of nurses' perceptions regarding identified difficulties and obstacles in their daily practice. They can be particularly beneficial to improve end-of-life care, in culturally diverse contexts.

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01759-6>.

Supplementary Material 1

Acknowledgements

The research team would like to thank the participants for their selfless collaboration in the study.

Author contributions

Made a substantial contribution to the concept or design of the work: MJCT, JMPS, MRCR and EBGN. Data collection and data analysis were done by: JMCT and JMPS. EBGN, drafted the manuscript. All authors revised the manuscript critically for important intellectual content. All authors approved the final manuscript to be published and have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content.

Funding

The authors have not declared a specific grant for this research from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Data availability

The datasets for this study are not publicly available because of the risk that individual privacy could be compromised; however, the datasets are available from the corresponding author on reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This study followed the international ethical recommendations set out in the Declaration of Helsinki. All participants received an information sheet with relevant details about the study, along with a consent form, which they signed to confirm their voluntary participation. All personal information provided was stored in a way that complied with the legal requirements for the protection of personal data and the guarantee of digital rights (Organic Law 15/1999 of 13 December 1999 and Organic Law 3/2018 of 5 December 2018). This project was approved by the Ethics Committee of the Andalusian Government (PEIBA) with the code Acomp_findevida/23.

Consent for publication

Participants provided informed consent for publication of the quotes.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Received: 30 January 2025 / Accepted: 17 April 2025

Published online: 04 May 2025

References

1. Segal UA. Globalization, migration, and ethnicity. *Public Health*. 2019;172:135–42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.011>.
2. Phillimore JA, Bradby H, Brand T. Superdiversity, population health and health care: opportunities and challenges in a changing world. *Public Health*. 2019;172:93–8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.007>.
3. Lambert E, Strickland K, Gibson J. Cultural considerations at end-of-life for people of culturally and linguistically diverse backgrounds: A critical interpretative synthesis. *J Clin Nurs*. 2023. <https://doi.org/10.1111/jocn.16710>.
4. García-Navarro EB, García Navarro S, Cáceres-Titos MJ. How to manage the suffering of the patient and the family in the final stage of life: A qualitative study. *Nurs Rep*. 2023;13(4):1706–20. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040141>.
5. Krakauer EL, Crenner C, Fox K. Barriers to optimum End-of-life care for minority patients. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(1):182–90. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50027.x>.
6. De Graaff FM, Francke AL. Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by gps and nurses: a survey. *BMC Palliat Care*. 2009;8(1):3.
7. Worth A, Irshad T, Bhopal R, Brown D, Lawton J, Grant E, et al. Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2009;338(1):b183–183. <https://doi.org/10.1136/bmj.b183>.
8. Razum O, Bozorgmehr K. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: the example of Germany. *Glob Soc Policy*. 2016;16(3):321–4. <https://doi.org/10.1177/1468018116655267>.
9. Jansky M, Owusu-Boakye S, Nauck F. An odyssey without receiving proper care—experts' views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):8. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0392-y>.
10. Periyakoil VJ. The need of the hour: culturally competent care for seriously ill patients. *J Palliat Med*. 2020;23(4):440–1. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0087>.
11. Rattner M. Total pain: reverence and reconsideration. *Front Sociol*. 2023;8:1286208. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1286208>.
12. García-Navarro EB, Da Costa EMT. Intercultural mediation at the end of life. Different perceptions of the same process. *Procedia-Social Behav Sci*. 2017;237:649–53. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.036>.
13. Klitzman R, Di Sapia Natarelli G, Garbuzova E, et al. Pacientes musulmanes En Los EE. UU. que Enfrentan desafíos relacionados Con El final de La Vida y Los Cuidados Paliativos: Las experiencias y Los roles de Los capellanes de hospital. *BMC Palliat Care*. 2023;22(28). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01144-1>.
13. Tu J, Shen M, Li Z. When cultural values Meets professional values: a qualitative study of Chinese nurses' attitudes and experiences concerning death. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):181. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01067-3>.
13. Abedini NC, Downey L, Engelberg RA, Curtis JR, Sharma RK. End-of-life healthcare utilization and palliative care use among older adults with limited english proficiency. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70(10):2847–57. <https://doi.org/10.1111/jgs.17913>.
14. Gerber K, Maharaj E, Brijnath B, Antoniadis J. End-of-life care for older first-generation migrants: a scoping review. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14(e1):e211–9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002617>.
15. Kwame A, Petrucka PM. Universal healthcare coverage, patients' rights, and nurse-patient communication: a critical review of the evidence. *BMC Nurs*. 2022;21(1):54. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00833-1>.
16. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health*. 2009;17(5):339–53. <https://doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1>.
17. Högländer J, Holmström IK, Lövenmark A, Van Dulmen S, Eide H, Sundler AJ. Registered nurse-patient communication research: an integrative review for future directions in nursing research. *J Adv Nurs*. 2023;79(2):539–62. <https://doi.org/10.1111/jan.15548>.
18. Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, Stone PC, Low JT. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliat Med*. 2019;33(8):926–41. <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>.
19. Testoni I, Wieser MA, Kapelis D, Pompele S, Bonaventura M, Crupi R. Lack of Truth-Telling in palliative care and its effects among nurses and nursing students. *Behav Sci*. 2020;10(5):88. <https://doi.org/10.3390/bs10050088>.
20. Carrió-Fito J, Terrón-Pérez M. Knowledge and training among nursing students regarding the conspiracy of silence in palliative care: A participatory action research. *Nurse Educ Pract*. 2024;79:104086. <https://doi.org/10.1016/j.nep.2024.104086>.
21. Macdonald LM. Expertise in everyday Nurse-Patient conversations: the importance of small talk. *Glob Qual Nurs Res*. 2016;3:2333393616643201. <https://doi.org/10.1177/2333393616643201>.
22. Norouzinia R, Aghabaraei M, Shirri M, Karimi M, Samami E. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Glob J Health Sci*. 2015;8(6):65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>.
23. Mian R, Rejnö Å. The meaning of culture in nursing at the end of life— an interview study with nurses in specialized palliative care. *BMC Palliat Care*. 2024;23:166. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01493-5>.
24. Rahemi Z, Parker V. Does culture matter? Young and middle-aged Iranian-American adults' perspectives regarding end-of-life care planning. *Am J Hospice Palliat Med*. 2021;39(5):555–61. <https://doi.org/10.1177/10499091211036894>.
25. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía. Portal de Datos Estadísticos y Geoespaciales del IECA. 2025. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/operaciones/consulta/anual/78108?CodOper=b3_151&codConsulta=78108.
26. Ortega-Galán AM, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega MI, Ruiz-Fernández MD. Spiritual dimension at the end of life: A phenomenological study from the caregiver's perspective. *J Relig Health*. 2020;59(3):1510–23. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00896-6>.
27. Abraham DM. A methodological framework for descriptive phenomenological research. *West J Nurs Res*. 2024;01939459241308071. <https://doi.org/10.1177/01939459241308071>.
28. Williams H. The meaning of phenomenology: qualitative and philosophical phenomenological research methods. *Qual Rep*. 2021;25(2):366–85. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.4587>.
29. Dossert LA, Kaji AH, Cochran A. SRQR and COREQ reporting guidelines for qualitative studies. *JAMA Surg*. 2021;156(9):875. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0525>.
30. Martínez-Salgado C. El Muestreo En investigación cualitativa: principios básicos y Algunas controversias. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):613–9. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>.
31. Braun V, Clarke V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2021;13(2):201–16. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>.
32. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación Barcelona: Paidós. 1987;348.
33. Ciobanu RO, Nedelcu M, Ammann ES, Van Holten K. Intersections between ageing and migration: current trends and challenges. *Swiss J Sociol*. 2020;46(2):187–97. <https://doi.org/10.2478/sjs-2020-0010>.
34. Suurmond J, Lanting K, De Voogd X, Queslati R, Boland G, Van Den Muijsenbergh M. Twelve tips to teach culturally sensitive palliative care. *Med Teach*. 2021;43(7):845–50. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1832650>.
35. Mata ÁNDS, De Azevedo KPM, Braga LP, De Medeiros GCBS, De Oliveira Segundo VH, Bezerra INM, et al. Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2021;19(1):30. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>.
36. Patemotte E, Van Dulmen S, Van Der Lee N, Scherpier AJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(4):420–45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.018>.
37. Barr KR, Hawker P, Winata T, Wang S, Smead M, Ignatius H, et al. Family member and service provider experiences and perspectives of a digital surveillance and service navigation approach in multicultural context: a qualitative study in identifying the barriers and enablers to watch me Grow-Electronic (WMG-E) program with a culturally diverse community. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07243-0>.
38. Wanko Keutchafo EL, Kerr J, Baloyi OB. A model for effective nonverbal communication between nurses and older patients: A grounded theory inquiry. *Healthcare*. 2022;10(11):2119.
39. Hayes B, Fabri AM, Coperchini M, Parkar R, Austin-Crowe Z. Health and death literacy and cultural diversity: insights from hospital-employed interpreters. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10(1):e8–8. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001225>.

40. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*. 2004;328(7452):1343. <https://doi.org/10.1136/bmj.38103.423576.5>.
41. Österlind J, Henoch I. The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nurs Philos*. 2021;22(2):e12334. <https://doi.org/10.1111/nup.12334>.
42. Těšínová JK, Dobiášová K, Jelínková M, Tulupova E, Koščík M. Professionals' and intercultural mediators' perspectives on communication with Ukrainian refugees in the Czech healthcare system. *Health Expect*. 2024;27(4):e14171. <https://doi.org/10.1111/hex.14171>.
43. Pokom NK, Mikošič Južnič T. Community interpreters versus intercultural mediators: is it really all about ethics? *Transl Interpret Stud*. 2020;15(1):80–107. <https://doi.org/10.1075/tis.20027.koc>.
44. Barclay JS, Blackhall LJ, Tulsy JA. Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *J Palliat Med*. 2007;10(4):958–77. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.9929>.
45. Oosterveld-Mug MG, Francke AL, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. How should realism and hope be combined in physician–patient communication at the end of life? An online focus-group study among participants with and without a Muslim background. *Palliat Support Care*. 2017;15(3):359–68. <https://doi.org/10.1017/s1478951516000833>.
46. de Diego-Cordero R, Tarrino-Concejero L, Magdalena Vargas-Martinez A, Garcia-Carpintero Munoz MA. Effects of an educational intervention on nursing students' attitudes towards Gypsy women: A non-randomized controlled trial. *NURSE Educ TODAY*. 2022;113. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105383>.
47. Jaiswal J, Halkitis PN. Towards a more inclusive and dynamic Understanding of medical mistrust informed by science. *Behav Med*. 2019;45(2):79–85. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1619511>.
48. Magaña D. Local Voices on Health Care Communication Issues and Insights on Latino Cultural Constructs. *Hisp J Behav Sci*. 2020;42(3):300–23. <https://doi.org/10.1177/0739986320927387>.
49. Batstone E, Bailey C, Hallett N. Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2020;29(19–20):3609–24. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>. Epub 2020 Jul 27. PMID: 32645236.
50. Kaihlanen AM, Hietapakka L, Heponiemi T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nurs*. 2019;18(1):38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>.
51. Kee JWY, Khoo HS, Lim J, Koh MYH. Communication skills in patient-Doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Prof Educ*. 2018;4(2):97–106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>.
52. Elliott AM, Alexander SC, Mescher CA, Mohan D, Bamato AE. Differences in physicians' verbal and nonverbal communication with black and white patients at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(1):1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.008>.
53. Ellman MS, Schulman-Green D, Blatt L, Asher S, Viveiros D, Clark J, et al. Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students. *J Palliat Med*. 2012;15(11):1240–7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0038>.
54. Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. Palliative care in undergraduate medical Education—How Far have we come?? *Am J Hosp Palliat Med*. 2017;34(8):762–73. <https://doi.org/10.1177/1049909116659737>.
55. Lu PY, Tsai JC, Tseng SYH. Clinical teachers' perspectives on cultural competence in medical education. *Med Educ*. 2014;48(2):204–14. <https://doi.org/10.1111/medu.12305>.
56. Chochinov HM. The platinum rule: A new standard for Person-Centered care. *J Palliat Med*. 2022;25(6):854–6. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0075>.
57. Lekas HM, Pahl K, Fuller Lewis C. Rethinking cultural competence: shifting to cultural humility. *Health Serv Insights*. 2020;13:1178632920970580. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>.

Publisher's note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS



1. Fase 1. Experiencia migratoria como factor de vulnerabilidad

En el estudio participaron 17 mujeres migrantes de América Latina. La mayoría tenía entre 29 y 39 años y estaban casados o en una relación estable. La mayoría eran madres y tenían un nivel de educación medio-alto. Este perfil sociodemográfico sugiere un grupo con importantes recursos personales, cuyas trayectorias migratorias han estado marcadas por la vulnerabilidad derivada de la situación administrativa irregular y la precariedad social. Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes (N = 17).

Seudónimo	Edad	País de origen	Estado civil	Niños	Nivel educativo*
RE1	38	Venezuela	Divorciada	No	Superior
RE2	19	Colombia	Soltera	No	medio
RE3	37	Perú	Casada	Si	Básico
RE4	40	Nicaragua	Divorciada	Si	Superior
RE5	22	Colombia	Soltera	No	Superior
RE6	33	Cuba	Casada	Si	básico
RE7	36	Venezuela	Casada	Si	Básico
RE8	47	Perú	Casada	Si	Medio
RE9	28	Nicaragua	Casada	No	Medio
RE10	44	Venezuela	Divorciada	Si	Superior
RE11	31	Venezuela	Casada	No	básico
RE12	24	Colombia	Soltera	No	Medio
RE13	33	Perú	soltera	No	Superior
RE14	42	Cuba	Casada	Si	básico
RE15	45	Nicaragua	Casada	Si	Superior
RE16	39	Colombia	divorciada	Si	Medio
RE17	53	Venezuela	casada	si	Medio

*Los niveles educativos se clasificaron en Básico (educación primaria o secundaria inferior), Medio (secundaria superior o postsecundaria no terciaria) y Superior (educación terciaria).

El análisis de las experiencias de las participantes permitió identificar dos temas centrales que estructuran las narrativas de las mujeres refugiadas involucradas en este estudio: (1) la experiencia migratoria como una experiencia de pérdida acumulada, y (2) procesos de reconstrucción y ganancias significativas. A través de un enfoque fenomenológico interpretativo,

surgieron subtemas que revelan el profundo impacto subjetivo de la migración forzada y las estrategias empleadas por los participantes para hacer frente a este proceso.

3.1. La experiencia migratoria como experiencia de pérdida acumulada

Este primer tema revela un proceso complejo y continuo de pérdida que experimentan las mujeres refugiadas desde una perspectiva existencial. La migración se configura como un proceso de duelo acumulativo que abarca dimensiones identitarias, emocionales, relacionales, materiales y sociales. Los participantes describieron la experiencia migratoria como una ruptura profunda con sus referentes vitales anteriores, generando un sentimiento persistente de desarraigo y vacío.

3.1.1. Fragmentación del yo y desestabilización de la identidad

Varios participantes describieron una interrupción significativa en su sentido de identidad después de la migración. Esta interrupción a menudo se relacionó con la pérdida de roles sociales significativos, como ser cuidador, profesional o miembro de la comunidad, y la imposibilidad de mantener una narrativa de vida coherente. La experiencia migratoria condujo a una erosión del sentido del yo, vivido como una fragmentación entre quiénes eran, quiénes son ahora y quiénes nunca volverán a ser. Es una pérdida íntima y a menudo tácita que se extiende más allá de la privación material, afectando el sentido de identidad y la autopercepción de los participantes.

"No soy la misma persona desde que dejé mi país. Toda mi imagen cambió. Perdí el sentido de la felicidad. Solo muestro una parte de mí mismo, algo que no siento. Me despierto todos los días con una sonrisa falsa porque tengo una hija, una hija que grita que no esté aquí". (RE1)

Este testimonio revela una de las consecuencias de la migración forzada: una discontinuidad biográfica que interrumpe la narrativa de la vida, creando una división entre la identidad emocional y la social. Esto puede resultar en una profunda crisis existencial, una pérdida de propósito frente a las pérdidas acumuladas.

"Perdí el sentido de la vida. He vivido tanto dolor... a veces me pregunto por qué y para qué sigo aquí". (RE3)

3.1.2. Ruptura de lazos y desarraigo emocional

El sufrimiento emocional fue descrito por muchos participantes como un estado persistente y silencioso. A pesar de mantener una apariencia de fortaleza, muchas mujeres expresaron sentimientos de tristeza, ansiedad y agotamiento emocional. La constante sensación de

vulnerabilidad, la lucha por mantener la autoestima y la desconexión entre lo que muestran y lo que realmente sienten internamente revelan un profundo desequilibrio emocional.

"Me emociono porque veo algo que no me gusta. O porque no puedo pagar algo. O porque no me siento valorado". (RE7)

La falta de reconocimiento y aprecio se convierte en una herida abierta que deteriora su autopercepción y afecta la regulación emocional. También se refleja, como en el siguiente testimonio, en un cuerpo emocional hipersensible, saturado, constantemente en alerta y vulnerable:

"Así que cualquier cosa, un grito, una palabra, una mirada que ni siquiera fue intencional, y luego lo sientes, ¡boom! ¡Caos!" (RE5)

"Mi mamá no sabe que dormí en la calle. Hay muchas cosas que no le dices a tu familia para que no se preocupen, porque todos en casa están ansiosos por lo que está sucediendo. Dejé el país solo. Estoy solo". (RE14)

Todo esto pone de manifiesto un autoaislamiento emocional utilizado para proteger a sus seres queridos, lo que intensifica aún más la soledad y el dolor.

3.1.3. Vulnerabilidad estructural y pérdida de autonomía

El contexto migratorio se describió como un ambiente de desconfianza y exposición constante. Los participantes indicaron que habían perdido la capacidad de formar intimidad emocional con los demás, así como la seguridad básica necesaria para establecer vínculos protectores.

"Creo que una de las cosas que más se ve afectada es la autoestima. Pierdes mucho. Tu valor, tu dignidad, incluso el sentido de que importas. Estás al límite". (RE9)

La sensación de estar "al límite" sugiere un desbordamiento emocional donde la autoestima carece de anclajes externos o validación interna. La erosión constante de la confianza inhibe la reconstrucción de vínculos seguros y redes de apoyo social cruciales para promover la resiliencia y la gratitud. La pérdida de autoestima no es, por lo tanto, meramente cognitiva, sino un estado cargado de afecto que refleja una crisis en la autoestima y la coherencia de la identidad.

"Aquí, no puedes confiar en nadie. Tienes que cuidarte las espaldas todo el tiempo. Incluso cuando alguien sonrío, te preguntas si es real. Es como vivir con la guardia alta constantemente, como un muro que no puedes derribar. ¿Quién realmente se va a preocupar por mí?". (RE5)

Esta declaración destaca cómo la pérdida de confianza opera no solo como una barrera cognitiva, sino como una profunda fractura social y emocional que sustenta los sentimientos de

aislamiento y fragilidad emocional. En este contexto, la desconfianza se convierte en un síntoma y un perpetuador de la precariedad, ya que obstruye la formación de relaciones protectoras y refuerza un sentimiento de exclusión social. Desde una perspectiva de atención médica, esta desconfianza generalizada y la erosión de la autoestima dan forma directamente a la forma en que los participantes se relacionan con los sistemas y profesionales de la salud.

La renuencia de los participantes a confiar se extiende a los proveedores de atención médica, a quienes pueden percibir como parte del mismo entorno estructural que no los ha protegido. La incapacidad de establecer relaciones clínicas seguras, empáticas y culturalmente sintonizadas no solo limita el acceso a la atención, sino que también profundiza el retraimiento emocional y la sensación de invisibilidad dentro del sistema. Para los profesionales de la salud, esta dinámica desafía la creación de alianzas terapéuticas y puede conducir a conflictos dialécticos, subregistro de síntomas o falta de adherencia al tratamiento.

Todo esto se intensifica aún más por la inestabilidad laboral y la precariedad económica, factores transversales que configuran las experiencias cotidianas de muchas mujeres migrantes. La imposibilidad de acceder al empleo formal, las barreras burocráticas para regularizar su situación y la dependencia de la ayuda social se describieron como experiencias que refuerzan los sentimientos de inutilidad y agotamiento psicológico.

"Perdemos nuestro campo profesional, lo que hace que la caída de la autoestima sea aún peor. Soy enfermera en mi país. Tengo experiencia en el cuidado de personas mayores, pero aquí solo quieren trabajadores internos. No ofrecen trabajos a tiempo parcial o completo. Como no tengo papeles, es muy difícil encontrar un trabajo decente". (RE1)

"Me siento frustrado. Estudiamos para ayudar a nuestro país a progresar. Ser médicos, abogados... Y renunciar a eso y salir del país, sabiendo lo difícil que es conseguir que se reconozcan nuestros títulos, es complicado". (RE10)

En conjunto, estas narrativas revelan que el entorno migratorio actúa como un contexto implacable de amenaza e inestabilidad que restringe severamente las oportunidades de validación de la conexión emocional y la reconstrucción de un autoconcepto positivo.

3.1.4. Invisibilidad simbólica y exclusión cultural

Una de las pérdidas más profundas que experimentan las mujeres migrantes es la separación forzada de sus seres queridos, especialmente de padres, hijos y hermanos. La incapacidad de estar presente durante momentos críticos como la enfermedad o la muerte genera una profunda impotencia y dolor. Esta ausencia de presencia física, y la imposibilidad de participar en rituales

de despedida culturalmente significativos, da como resultado una forma de duelo privado de derechos, no reconocido por la sociedad anfitriona y, por lo tanto, intensificado por el aislamiento y el silencio.

"La migración me ha quitado mucho. No vi nacer a mis hermanos, no pude estar en el funeral de mi abuela, no pude estudiar lo que quería..." (RE2)

Estas ausencias marcan no solo rupturas relacionales, sino también una pérdida de continuidad y de roles potenciales, socavando la agencia y la autoestima. El duelo se extiende más allá de las personas perdidas para incluir a la persona en la que podrían haberse convertido. Desde una perspectiva de atención médica, reconocer estas experiencias acumulativas de pérdida permite un enfoque más compasivo y centrado en la persona que valida los elementos del duelo que no siempre son visibles o culturalmente reconocidos.

"Cuando vine aquí, estaba muy cerca de mi familia. Y eso se pierde, se rompe. Sueño mucho con mi mamá. Extraño mucho, mucho a mi madre, de verdad, y a mi padre". (RE3)

Los sueños emergen como espacios simbólicos de duelo no resuelto, reflejando un proceso de duelo interno en ausencia de reconocimiento colectivo. En estas narrativas íntimas, los participantes se esfuerzan por mantener la conexión y la identidad en el desplazamiento.

"Tuve que soportar la muerte de mi hermano. Eso se sumó al dolor que ya tenía por perder a mi familia, por estar lejos de mi casa, mi hijo, mis padres. Y además de eso, me llamaron y tuve que ver a mi hermano muerto, asesinado, desde la distancia". (RE3)

Presenciar la muerte de forma remota, a través de pantallas o llamadas, puede introducir una forma de daño moral, evocando culpa, vergüenza y dislocación emocional. El participante se enfrenta a una proximidad impotente: emocionalmente cercano, pero físicamente excluido. La mediación tecnológica de la pérdida, desprovista de rituales comunitarios, fractura los marcos morales y narrativos que apoyan el duelo, complicando el procesamiento emocional y el cierre. La incapacidad de actuar, de proteger o de llorar en persona, trastoca la lógica narrativa que normalmente acompaña a la muerte, dificultando el proceso de duelo sano o no patológico.

Reconocer cómo se experimenta el duelo a través de las fronteras y los silencios es clave para abrir un espacio para la creación de significado y el acompañamiento emocional, más allá de los síntomas clínicos, y ofrecer un apoyo culturalmente receptivo.

La distancia espacial y emocional denota un estado liminal, emblemático de la precariedad migrante, donde el participante está físicamente separado, pero psicológicamente enredado con

eventos traumáticos. Este es un profundo desafío para el cierre y la creación de significado, que perpetúa la angustia emocional.

A través de las narrativas, los participantes describieron esto como una forma de "duelo invisible", donde su dolor permaneció en gran medida sin ser reconocido por su sociedad anfitriona. Sin embargo, las narrativas también sugieren resiliencia emergente, a medida que los participantes navegan y reconstruyen el significado dentro de contextos socioculturales y migratorios limitados. Estos esfuerzos sugieren que, incluso en contextos de exclusión estructural, persiste la búsqueda de coherencia, pertenencia y reparación biográfica.

3.1.5. Desplazamiento, exclusión y pérdida de pertenencia

Una de las dimensiones más profundas de la pérdida descrita por los participantes es la erosión de las estructuras sociales y simbólicas que anteriormente anclaban su sentido de pertenencia. En el país de acogida, la desaparición de los barrios familiares, las rutinas y los tejidos relacionales no es solo una disrupción práctica, sino una forma de dolor colectivo, un duelo compartido a través de los cuerpos y las fronteras.

"Pero también siento un dolor colectivo, porque muchas personas dejaron sus hogares, sus alrededores, tuvieron que cambiar de territorio. Así que sufro por todas esas personas, lo que intensifica mi propio dolor. Entornos destruidos, no tengo hogar y gente... Pero cuando hay guerra, la gente toma lo que no es suyo. 'Esto es mío, ahora es mío porque yo lo digo'. Y eso crea un sentimiento de ira y frustración. Porque no solo pierdo mi espacio personal, sino también mi familia, mi cultura, mi sociedad, etc." (RE9)

La sensación de no tener un lugar propio se expresa tanto física como emocionalmente. La naturaleza forzada de la partida implica una ruptura en la agencia, el propósito y el compromiso con la comunidad, resonando con la interrupción narrativa y el exilio como una fractura biográfica. Del mismo modo, muchos participantes describieron el hogar no como una ubicación geográfica sino como un espacio relacional y afectivo, ahora perdido. La ausencia de hogar no es meramente material sino también existencial.

Los participantes expresaron una forma de duelo transpersonal: una identificación empática con otros que han sufrido pérdidas similares. La pérdida del "hogar" se convierte en una condensación simbólica de múltiples ausencias: territorio, cultura, seguridad y comunidad.

Además, a esta condición de desarraigo se suman las experiencias de xenofobia y rechazo social en el país de acogida, que niegan activamente la posibilidad de reconstruir la pertenencia.

"También pierdes la confianza en ti mismo. Se ha perdido porque hay mucha xenofobia en muchos países en torno a la migración. Y es difícil, no solo como inmigrante, dejar tu país, tu entorno, tu comodidad, e irte a otro país. Y ellos... ¿Cómo puedo explicarlo? Se lo toman mal, como... 'Qué estás haciendo aquí, vete a otro lugar'". (RE12)

Las actitudes xenófobas socavan no solo el sentido de seguridad del individuo, sino también su autoimagen, desafiando su derecho a existir y pertenecer. La internalización del rechazo corroe la confianza en uno mismo, reforzando un estado liminal de "intermediación", típico de la precariedad migratoria.

3.2. Procesos de reconstrucción y ganancias significativas

A pesar de la acumulación de pérdidas, el segundo gran tema refleja cómo las mujeres refugiadas activan los recursos internos y relacionales para reconstruir sus vidas en el país de acogida. Esta capacidad de agencia se expresa en tres dimensiones interrelacionadas: reconstrucción práctica y simbólica de la vida, anclaje de recursos espirituales y emocionales, y aprendizaje vital que emerge del sufrimiento.

3.2.1. Reconstrucción y nuevos comienzos

Varios participantes compartieron experiencias de "reinención" personal. Reconstruir sus vidas en un nuevo país implica redefinir objetivos, asumir nuevos roles y crear nuevas expectativas. Esta reconstrucción se lleva a cabo en condiciones precarias, pero también va acompañada de esperanza y apertura a nuevas posibilidades.

"Una de las ganancias que pude haber tenido es conocerme mejor, identificar mis necesidades y emociones". (RE2)

Este testimonio ilustra cómo la conciencia del paisaje emocional de uno puede convertirse en un primer paso hacia la curación. En algunos casos, esto llevó a una redefinición de la maternidad, la feminidad o la identidad profesional, marcando el inicio de una nueva narrativa de dignidad y autonomía, incluso en contextos de alta vulnerabilidad.

3.2.2. Anclaje de recursos espirituales y emocionales

La fe y la espiritualidad desempeñaron un papel central como fuente de fortaleza. Algunas mujeres expresaron que su conexión con Dios o fuerzas superiores les dio significado, esperanza y energía para soportar la adversidad. Esta dimensión espiritual se entrelaza con una actitud diaria de lucha y resistencia emocional.

"Pero Dios nos hace más fuertes, y si estamos aquí en este momento, es gracias a la misericordia de Dios. Porque de lo contrario, la verdad, algunas cosas nos destruirían, nos derribarían. Pero somos hijas de Dios, y el Señor nos mira con misericordia". (RE12)

Los participantes describieron esta resiliencia espiritual como una fuerza activa que les ayudó a resistir la desesperación, mantener la esperanza y encontrar refugio emocional durante los momentos de dolor y soledad. La espiritualidad se identificó como un recurso clave para restaurar la autoestima y la solidaridad y para mantener el significado en medio de la pérdida y las dificultades.

Sin embargo, los participantes reconocieron que las barreras estructurales como el racismo, la irregularidad legal, la precariedad económica y el acceso limitado a la atención médica restringieron sus oportunidades de crecimiento personal y pusieron a prueba la sostenibilidad de su afrontamiento espiritual. Estos factores estresantes crónicos formaron un contexto adverso en el que se expresó la resiliencia, destacando la compleja interacción entre la fuerza individual y los desafíos sistémicos.

3.2.3. Búsqueda de sentido y crecimiento personal

Los participantes describieron el sufrimiento asociado con la migración como una oportunidad para el crecimiento interior y la reflexión moral. Muchos enfatizaron la necesidad de "trabajar en el yo interior", desarrollar autonomía emocional y establecer límites personales como pasos esenciales en su proceso de aprendizaje.

"Una de las cosas que he ganado es convertirme en una mejor persona. Cuando venimos aquí y vamos a una agencia gubernamental para pedir ayuda, no todos deben ser puestos en la misma caja que las personas a las que simplemente les gusta pedir cosas. Necesitamos ser empáticos, porque muchas veces no sé qué está pasando dentro de la otra persona, y una sola palabra mía podría incluso empujarla al suicidio. Hemos visto que eso sucede con dos de nuestros compañeros". (RE15)

Este testimonio articula una ética relacional del cuidado, nacida de la vulnerabilidad compartida. La capacidad de conectar su propio sufrimiento con el sufrimiento de los demás, revela una mayor sintonía con la fragilidad emocional y las consecuencias de la indiferencia.

"Desde que dejé mi país, he comenzado a ver las cosas de manera diferente. Quiero convertirme en una mejor persona todos los días porque no sé qué podría pasar mañana. El hecho de que estemos en un país del primer mundo no significa que estemos exentos de dificultades, como lo que sucedió durante la DANA en Valencia". (RE15)

La migración aquí actúa como una ruptura que permite nuevos modos de percepción y conexión. El testimonio sugiere que el aprendizaje moral puede surgir de la adversidad, pero no sin costo. Estas ideas desafían las narrativas simplificadas de resiliencia, apuntando en cambio a un complejo trabajo moral de creación de significado, basado en la injusticia social y la exposición emocional.

"Aprendes a ser humilde. Hagas lo que hagas, si lo haces con amor, y de eso se trata, de llevar ese amor a la gente. A veces la gente lo mira con sospecha, como si lo estuvieras haciendo por alguna razón oculta, pero en realidad, es solo la pura intención de dar amor a aquellos que están dispuestos a recibirlo. E incluso si el trabajo parece muy humilde, se da mucho amor". (RE4)

Esta segunda narrativa refuerza la idea de la agencia emocional: la capacidad de actuar con compasión incluso en posiciones sociales infravaloradas o precarias. Juntos, estos relatos revelan que la búsqueda de significado no es un viaje individualista, sino un proceso profundamente social y ético. Al mismo tiempo, esto requiere una conciencia estructural, asegurando que los sistemas de cuidado no se basen solo en la fuerza personal, sino que apoyen activamente las condiciones que permiten que dicho crecimiento ocurra con dignidad, seguridad y reconocimiento.

2. Fase 2. Duelo migratorio en diferentes contextos

2A. Experiencia migratoria de refugiados y solicitantes de asilo

En cuanto al origen geográfico, la muestra está compuesta predominantemente por individuos de América Latina, seguidos de participantes de África y Europa Occidental/Asia, lo que indica una rica diversidad cultural (Tabla 6). La distribución por género es equilibrada, con una representación equitativa de hombres y mujeres. Además, el análisis muestra que casi la mitad de los participantes no tienen hijos.

Tabla 6. Descripción de las variables sociodemográficas de los participantes (n=126)

Variables	Categorías	N	%
País de Origen	América latina	59	47.2
	África	38	28.3
	Oeste de Europa/Asia	29	22.9
Hijos	Cero	50	41.3
	Uno	42	34.7
	Dos	22	18.2
	Tres	7	5.8
Genero	Hombre	60	47.6
	Mujer	66	52.3
Tiempo de residencia en el país	<3 meses	17	13.4
	4-6 meses	16	12.7
	7-12 meses	21	16.6
	Más de 1 año	72	57.1
Duración del trayecto migratorio	1-6 meses	23	18.2
	Más de 1 año	5	3.8
	Más de 6 meses	37	29.3
	Menos de 1 mes	61	48.4
Estado civil	Casado	44	34.9
	Comprometido	1	0.7
	Divorciado	15	11.9
	Soltero	65	52.2
Edad (rango)	18-20	6	4.8

	21-30	54	42.9
	31-40	36	28.6
	41-50	19	15.1
	>50	11	8.7
Nivel educativo	Primaria	21	16.6
	Secundaria	56	44.4
	Estudios universitarios	49	38.9
Fase de protección internacional	Fase 0	18	14.3
	Fase I	31	24.6
	Fase II	23	18.2
	No está en el programa	20	15.8
	Ya completó el programa	34	26.9
Tipo de protección	Internacional	86	68.2
	Temporal		
Nivel de español	Lengua materna	43	34.1
	Nivel avanzado	22	17.4
	Nivel básico	20	15.8
	Nivel intermedio	28	22.2
	Sin conocimiento del idioma	13	10.3
Causa migratoria	Asilo político	53	42.0
	Búsqueda de una mejor educación/oportunidades	24	19.0
	Guerra	34	26.9
	Esclavitud	1	0.7
	Extorsión	3	2.3
	Inseguridad. Peligro de muerte	3	2.3
	Razones económicas	1	0.7
	Muerte de un hijo	1	0.8
	Orientación sexual	2	1.6
	Reunificación familiar	1	0.8
Violencia de género	3	2.3	
Medio de llegada	Andando	4	3.1

Bus	16	12.7
Avión	66	52.3
Coche	5	3.9
Nadando	2	1.5
Barco	27	21.4
Tren	6	4.7

La duración del viaje migratorio es especialmente destacable, ya que más de la mitad de los encuestados informaron de viajes de más de 6 meses. Estos viajes prolongados a menudo se asocian con una amplia gama de experiencias personales y emocionales. La mayoría de los participantes son adultos jóvenes con educación secundaria o universitaria. En particular, aunque más de un tercio de la muestra habla español como lengua materna, principalmente los de América Latina, casi un tercio informa que necesita mejorar sus habilidades lingüísticas.

El componente cualitativo del estudio se realizó a través de entrevistas semiestructuradas con 34 refugiados y solicitantes de asilo (20 mujeres y 14 hombres), con edades comprendidas entre los 18 y los 56 años. Los participantes se distribuyeron en 14 entrevistas individuales y 2 grupos focales de 10 participantes cada uno. Para garantizar el anonimato, las respuestas se codificaron con las iniciales "RE" seguidas del número de entrevista. Por lo tanto, "RE1-14" denota entrevistas individuales y "RE15-35" se refiere a los participantes del grupo focal.

El análisis temático de las entrevistas reveló tres líneas generales de argumentación que estructuran las narrativas de los participantes: (1) complejidad y sufrimiento emocional, (2) expectativas y (3) estrategias de afrontamiento. Estos temas ofrecen una comprensión integral de las dimensiones emocionales y psicológicas de la experiencia migratoria (Tabla 7). Cada tema está organizado en categorías y subcategorías que reflejan la diversa gama de experiencias descritas por los participantes.

Tabla 7. Descripción de las líneas argumentales, categorías y subcategorías.

Línea argumental	Categorías	Subcategorías
<i>Complejidad/sufrimiento emocional</i>	Miedo	Inseguridad
		Incertidumbre / inestabilidad
		Proyecto migratorio (motivo y viaje)
		Vínculo con lugares y objetos
		Melancolía y añoranza
	Nostalgia	Apego al propio país
		Preservación de las tradiciones
		Amor por el país
		Situación del país
		Bienestar familiar
Preocupación	Barreras legales y administrativas	
	Repatriación	
	Muerte	
	Etnocentrismo del cuidado	
	Pérdida de conexiones culturales (idioma)	
	Adaptación al nuevo sistema de valores	
	Redefinición de la identidad	
Pérdida de identidad	Cambios en la identidad propia y el autoconcepto	
	Causa del exilio	
	Discriminación	
	Estatus legal	
Impotencia	Estabilidad financiera	
	Oportunidades educativas	
	Pacto de silencio	
<i>Expectativas</i>	Deseo de permanecer en el país de acogida	
	Deseo de regresar	
<i>Estrategias</i>	Interacción social	Culpa
		Apoyo social
	Bienestar	Participación en la comunidad
		Cuidado personal
		Religiosidad

Línea argumental	Categorías	Subcategorías
		Espiritualidad

El primer tema, la complejidad y el sufrimiento emocional, abarca emociones como el miedo, la nostalgia, la preocupación y la pérdida de identidad. Estos están relacionados con desafíos como la inseguridad, la incertidumbre futura, las barreras culturales y legales y el apego al país de origen. Por ejemplo, las preocupaciones sobre la preservación de las tradiciones y el mantenimiento de los lazos familiares revelan la profundidad emocional de estos desafíos. El segundo tema, las expectativas, destaca las aspiraciones de los participantes, como permanecer en el país anfitrión, lograr estabilidad financiera o educativa o, en algunos casos, regresar a su país de origen. Un subtema notable es el "pacto de silencio", que refleja la renuencia de los participantes a revelar completamente sus luchas a sus familias, lo que agrega tensión emocional. El tercer tema, estrategias de afrontamiento, incluye recursos personales y comunitarios que ayudan a los participantes a navegar la adversidad. Subcategorías como apoyo social y espiritualidad ilustran cómo las personas dependen de las relaciones interpersonales, las prácticas religiosas y las estrategias de autocuidado para preservar el bienestar emocional.

El análisis de las variables relacionadas con la migración en la muestra estudiada (n = 126) proporciona una visión detallada de las experiencias y sentimientos experimentados por los participantes sobre su proceso migratorio (Tabla 8).

Tabla 8. Descripción de las variables migratorias en la muestra del estudio (n=126)

Variable migratoria	Categoría	N	%
Angustia del proceso general de migración	Ninguna	46	36.5
	Algo	33	26.2
	Bastante	36	28.5
	Extrema	11	8.7
Puede mantener las tradiciones de su país de origen	No puede	33	26.1
	Poco	16	12.7
	Bastante	29	23.0
	Completamente	48	38.1
Emigró con un familiar y/o amigos cercanos	No	17	13.5
	Si	109	86.5
Miembros de la familia y/o amigos cercanos todavía viven en tu país de origen	No	57	45.2
	Si	69	54.8
Querer regresar a tu país de origen de forma permanente en el futuro	No	93	73.8
	Si	33	26.2
Extrañar tu país de origen	Nada	23	18.2
	Algo	20	15.8
	Bastante	42	33.3
	Completamente	41	32.5
Las cosas eran más agradables en mi país	Nada	46	36.5
	Algo	33	26.2
	Bastante	27	21.4
	Completamente	20	15.9
Sueño con regresar a mi país	Nada	47	37.3
	Algo	31	24.6
	Bastante	23	18.3
	Completamente	25	19.8
Pienso y me preocupo por mi país y su gente	Nada	17	13.4
	Algo	16	12.7
	Bastante	21	16.6
	Completamente	72	57.1
Me siento triste por estar lejos	Nada	50	39.6
	Algo	28	22.2

	Bastante	18	14.3
	Completamente	30	23.8
Me siento perdido	Nada	58	46.0
	Algo	27	21.4
	Bastante	19	15.0
	Completamente	22	17.4
Me siento impotente por la causa de mi exilio	Nada	37	29.3
	Algo	29	23.0
	Bastante	23	18.2
	Completamente	37	29.3

Los resultados indican que casi el 40% de los participantes experimentan angustia durante su proceso migratorio, sintiéndose bastante o extremadamente angustiados. Este hallazgo está respaldado por los testimonios cualitativos, donde los participantes describen las complejas emociones asociadas con la migración.

"La angustia es un sentimiento constante; se siente como una carga emocional que llevamos con nosotros. Extrañar el hogar y enfrentarse a lo desconocido aquí genera mucha ansiedad" (RE5).

Entre las razones que explican esta angustia está la incapacidad de mantener las tradiciones de su país. Otra razón podría ser la complejidad de su relación emocional con su país de origen. Aunque el 66% muestra un apego considerable, el 57,3% expresa una alta preocupación y sentimientos hacia su país de origen, revelando una dualidad de sentimientos donde el amor por el país de origen convive con la preocupación por su situación.

"Amo a mi país, pero siento una profunda impotencia al ver cómo es. No poder hacer nada es muy difícil. No puedo volver; no es una opción" (RE9).

El 47,7% de los participantes experimenta una sensación de impotencia debido a la causa de su exilio. Los testimonios refuerzan esta experiencia, describiendo cómo la obligación de salir del país genera una sensación de impotencia, también a menudo asociada a situaciones de discriminación. Sin embargo, a pesar de este sentimiento, el 73,8% no expresa un deseo inmediato de regresar permanentemente a su país de origen en el futuro. Esta alta cifra puede estar asociada al hecho de que la mayoría (86,5%) migra con un familiar y/o amigo cercano, aunque casi la mitad de los participantes (54,8%) tienen familiares y/o amigos cercanos que aún residen en su país de origen.

Antes de realizar análisis ANOVA, se probaron los supuestos de normalidad y homogeneidad de las varianzas. Las pruebas de Shapiro-Wilk confirmaron la distribución normal de los residuos ($p > 0,05$), y las pruebas de Levene mostraron homogeneidad de las varianzas entre los grupos ($p > 0,05$). Además, se informan intervalos de confianza del 95% cuando corresponde. Para comprender la influencia de las variables sociodemográficas en el desencadenamiento del duelo migratorio, se realizó un análisis de asociación entre estas variables y los factores del duelo migratorio (Tabla 9). Se destaca una relación significativa entre la nacionalidad, la edad, el estatus legal y el tiempo de residencia con los demás factores del duelo migratorio.

Tabla 9. Correlaciones entre las características sociodemográficas y las dimensiones del duelo migratorio

Variables	Miedo			Nostalgia			Preocupación			Pérdida de identidad		
	R	95%CI	p-valor	R	95%CI	p-valor	R	95%CI	p-valor	R	95%CI	p-valor
<i>Edad</i>	-0.09	[-0.64, 0.45]	0.34	0.12	[-1.56, 0.62]	0.20	-0.13	[-1.62, 2.15]	0.15	0.10	[-1.89, 0.03]	0.25
<i>Hijos</i>	0.06	[-1.14, 0.84]	0.52	0.14	[-0.04, 1.64]	0.11	0.07	[-0.19, 0.49]	0.46	-0.06	[0.28, 0.46]	0.53
<i>Sexo (Hombre, Mujer)</i>	0.06	[-0.84, 0.39]	0.48	0.05	[-0.78,-0.48]	0.60	-0.08	[-5.81, 1.80]	0.40	0.19*	[-1.38,-0.36]	0.04
<i>Estado civil (Casado/en pareja, otros)</i>	0.07	[-3.47, 3.49]	0.43	0.11	[-9.33,-0.50]	0.22	0.16	[-0.19, 0.49]	0.08	-0.05	[-1.82, -1.65]	0.61
<i>Rango de edad (18-20, 21-30, 31-40, 41-50, >50)</i>	-0.10	[-1.48, 1.21]	0.29	0.10	[-3.41, 1.45]	0.29	-0.15	[-1.62, 2.15]	0.09	0.14	[-2.01, 2.22]	0.13
<i>Nivel de estudios (Bajo, Medio, Alto)</i>	0.01	[-1.14, 0.68]	0.89	0.01	[0.25, -0.58]	0.92	-0.16	[-0.10, 1.26]	0.08	0.09	[-1.13,-0.03]	0.33
<i>Razón para migrar</i>	-0.05	[-2.45, 3.63]	0.59	0.03	[-6.24, 5.49]	0.70	0.12	[-5.72, 0.36]	0.20	0.03	[-8.46, 7.56]	0.73
<i>Medio de llegada</i>	-0.07	[-0.26, 2.67]	0.46	-0.09	[-4.32, 0.37]	0.31	0.07	[-2.92, 1.44]	0.45	-0.14	[-4.27, 0.90]	0.12
<i>Tiempo de residencia</i>	0.22**	[-2.26, -0.31]	<0.01	- 0.17*	[-0.51, 1.68]	0.05	0.17*	[-0.35, 0.89]	0.05	-0.05	[-1.26, 0.73]	0.58
<i>Duración del viaje</i>	0.00	[-0.80, 2.42]	1.00	0.03	[-2.89, 0.11]	0.74	0.03	[-1.83, 0.56]	0.74	0.09	[-2.98, 0.33]	0.34
<i>Fase de protección</i>	0.16	[-3.47, 3.49]	0.07	-0.05	[-1.49, 0.45]	0.54	0.13	[-1.86, 0.30]	0.16	-0.06	[-0.09, 2.16]	0.49
<i>Tipo de protección (internacional, temporal)</i>	-0.20*	[0.09, 1.44]	0.03	0.05	[-0.85, 0.45]	0.55	-0.11	[-0.24, 1.09]	0.22	0.21*	[-1.64,-0.11]	0.02
<i>Nivel de lenguaje</i>	-0.14	[-1.48, 1.68]	0.13	0.00	[-1.76, -1.14]	0.96	0.02	[-0.35, 3.03]	0.81	-0.05	[-1.89, 0.03]	0.56

*La correlación es significativa al nivel de 0,05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel de 0,01 (bilateral). Nota: Las variables dicotómicas se codificaron de la siguiente manera: Sexo (0 = Masculino, 1 = Femenino), Estado civil (0 = Casado/Conviviente, 1 = Otro), Motivo de la migración (0 = Forzada, 1 = Otro), Tipo de protección (0 = Internacional, 1 = Temporal).

El análisis de correlación identificó asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las dimensiones del duelo migratorio, como lo indican los asteriscos en las tablas correspondientes. Estos hallazgos deben interpretarse con precaución, ya que reflejan patrones asociativos en lugar de relaciones causales. Además, varios de los coeficientes de correlación indican solo una fuerza modesta. Los hallazgos más relevantes se pueden agrupar en tres áreas clave.

El primer aspecto es la edad y la duración de la estancia en el país de acogida. La duración de la residencia muestra una relación positiva significativa con el factor "Miedo" ($R = 0,22, p = 0,01$), asociándose estancias más cortas con mayores niveles de miedo. La protección temporal, en comparación con la protección internacional, también aumenta el miedo ($R = -0,20, p = 0,03$). El segundo es la pérdida de identidad. Ser hombre se asocia modestamente con un mayor sentido de pérdida de identidad ($R = 0,19, p = 0,04$). La protección internacional puede servir como factor de protección, ya que se ha notificado una menor pérdida de identidad entre las personas a las que se concede protección internacional en comparación con la protección temporal ($R = 0,21, p = 0,02$). Además, los participantes casados o divorciados y los que tienen educación secundaria muestran puntajes más altos en pérdida de identidad. Es importante tener en cuenta que estas asociaciones son moderadas en magnitud y no se deben hacer inferencias causales. Finalmente, el dominio del idioma y la preocupación. Un mayor dominio del idioma se asocia modestamente con una mayor preocupación emocional. Este hallazgo podría reflejar una mayor conciencia de los desafíos legales y sociales entre las personas más competentes lingüísticamente, aunque las explicaciones alternativas también pueden explicar esta relación. Una vez más, estas asociaciones deben considerarse a la luz de su limitada fuerza estadística. Estos hallazgos subrayan las formas matizadas en que los factores sociodemográficos se cruzan con las dimensiones emocionales del duelo migratorio.

En cuanto a las variables migratorias, los resultados de la Tabla 10 revelan cuatro patrones específicos: miedo y conexión con el país de origen, nostalgia y deseo de retorno, preocupación y migración acompañada, y finalmente, testimonios relevantes. El miedo se asocia significativamente con extrañar el país ($R = 0,25, p < 0,01$), soñar con regresar ($R = 0,26, p < 0,01$)

y preocuparse por el país y su gente ($R = 0,20$, $p = 0,02$). Estos hallazgos sugieren que el miedo se intensifica con el apego emocional y una conexión persistente con el lugar de origen. La nostalgia se asocia positivamente con soñar con regresar ($R = - 0.29$, $p < 0.01$) y negativamente con el deseo de regresar permanentemente ($R = - 0.24$, $p = 0.01$). Esto indica que la nostalgia puede ser una emoción ambivalente, que oscila entre el anhelo de volver y la resignación a la imposibilidad de hacerlo. Con respecto a la preocupación y la migración acompañada, migrar con un familiar o amigo cercano reduce significativamente la preocupación ($R = - 0,19$, $p = 0,03$).

Tabla 10. Correlaciones entre las experiencias migratorias y las dimensiones del duelo migratorio.

Preguntas	Miedo		Nostalgia			Preocupación			Identidad			
	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p
¿Qué tan angustioso fue el proceso de migración para usted en general?	0.09	[- 1,74, 0,58]	0.31	- 0,10	[- 1,93, 0,94]	0.25	- 0,03	[- 2.89, 0.15]	0.75	0.02	[- 0.72, 1.11]	0.86
¿Puedes mantener las tradiciones de tu país de origen?	0.01	[- 1.55, 0.83]	0.84	0.03	[- 2.29, 1.38]	0.69	- 0,11	[- 0,62, 1,82]	0.18	- 0,04	[- 1,76, 0,33]	0.58
¿Emigró con un pariente y/o amigo cercano?	-0.09	[- 0,28, 0,98]	0.28	- 0,01	[- 0,57, 0,67]	0.88	- 0,19*	[0.07, 1.35]	0.03	- 0,07	[- 0,86, 0,48]	0.41

Preguntas	Miedo		Nostalgia			Preocupación			Identidad			
	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p
¿Alguno de sus familiares y/o amigos cercanos todavía vive en su país de origen?	-0.07	[0.48, 1.32]	0.38	- 0,01	[- 1.4, 0.01]	0.94	- 0,06	[- 0,55, 0,95]	0.44	0.11	[- 0,96, 0,40]	0.20
¿Desea regresar permanentemente a su país de origen en el futuro?	0.17	[- 1.39, 0.23]	0.05	- 0,24*	[0.28, 1.70]	0.01	0.16	[- 1.4, 0.01]	0.07	- 0,04	[- 0,55, 0,95]	0.61
Extraño mi país	0.25**	[- 1,87, 0,04]	< 0,01	- 0,23**	[- 0.37, 1.13]	0.01	- 0,07	[- 0,89, 1,37]	0.40	0.10	[- 1.56, 0.45]	0.22
Las cosas estaban mejor en mi país	0.15	[- 1.17, 0.04]	0.09	- 0,18	[- 0.59, 1.99]	0.03	0.04	[- 0,89, 0,97]	0.98	0.04	[- 1.56, 0.45]	0.58

Preguntas	Miedo		Nostalgia			Preocupación			Identidad			
	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p	(R)	IC del 95%	Valor p
Sueño con volver a mi país	0.26**	[- 2.07, 0.77]	< 0,01	- 0,29**	[0.56, 2.62]	0.01	0.09	[- 1.05, 1.58]	0.30	- 0,09	[- 1.38, 0.74]	0.31
Pienso y me preocupo por mi país y su gente	0.20*	[- 1.91, 0.03]	0.02	0.25	[- 0,73, 0,96]	0.01	- 0,14	[- 1.27, 1.44]	0.10	- 0,03	[- 0.41, 1.90]	0.70
Me siento molesto por estar lejos	0.04	[- 1.88, 0.87]	0.62	- 0,21*	[- 0,98, 0,95]	0.01	- 0,01	[- 1.27, 0.55]	0.90	- 0,00	[- 0.81, 1.11]	0.74
Me siento perdido	0.10	[- 1.75, 0.25]	0.24	- 0,14	[- 0,40, 1,79]	0.11	- 0,08	[- 0.46, 2.56]	0.34	0.09	[- 1.00, 2.02]	0.30
Me siento impotente por mi exilio	0.01	[- 1.51, 0.21]	0.85	- 0,17	[- 2.30, 1.69]	0.05	- 0,06	[- 0.75, 1.27]	0.47	0.01	[- 1.17, 0.92]	0.84

* La correlación es significativa en el nivel de 0.05 (2 colas).

**La correlación es significativa en el nivel de 0.01 (2 colas).

Los testimonios de las entrevistas complementan los datos cuantitativos destacando experiencias personales, como la inseguridad jurídica.

"Esta espera sin saber una fecha [...] es aterrador. No puedo regresar a mi país" (RE10).

El impacto económico es otro tema importante, ya que los trabajos mal pagados generan frustración y preocupaciones sobre la supervivencia. Además, muchas personas describen sentimientos de silencio y soledad, expresando una renuencia a compartir sus emociones con los miembros de la familia para evitar causarles preocupación. Estos hallazgos subrayan la compleja interacción entre las experiencias emocionales y las circunstancias externas en la configuración de los desafíos de la migración.

En términos de pérdida de identidad, el análisis revela asociaciones estadísticamente significativas pero modestas con el género y el tipo de protección. Ser hombre se relaciona con una mayor probabilidad de experimentar pérdida de identidad ($p < 0,04$), mientras que las personas bajo protección internacional tienden a reportar menos pérdida de identidad en comparación con las personas con protección temporal ($p < 0,02$). El estado civil, el nivel educativo y el dominio del idioma también están asociados: estar casado o divorciado, tener educación secundaria y dominio del idioma intermedio están relacionados con niveles más altos de pérdida de identidad. Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con cautela dado el diseño no experimental y la modesta magnitud de los coeficientes de correlación.

Los participantes a menudo sienten que son un riesgo o una carga para sus seres queridos, tanto en su país de origen como en el país de acogida. También experimentan culpa por no poder resolver su situación, que sigue marcada por la pobreza, la persecución y el conflicto. Esta separación conduce a sentimientos de abandono.

"Ahora sé que mi madre está viva, porque no hace mucho no sabía nada de ella, como no tiene teléfono no sabía si había muerto allí, siento que la he dejado sola" (RE9).

En términos de pérdida de identidad, el análisis revela correlaciones significativas con el género y el tipo de protección. Ser hombre aumenta la probabilidad de experimentar pérdida de identidad ($p < 0,04$), y las personas con protección internacional tienden a experimentar menos pérdida de identidad en comparación con las personas con protección temporal ($p < 0,02$). El estado civil, el nivel educativo y el dominio del idioma también se correlacionan significativamente, de modo que estar casado o divorciado, tener educación secundaria y dominio del idioma intermedio se relacionan con una mayor pérdida de identidad asociada al proceso migratorio.

Por otro lado, la falta de deseo de regresar se asocia a estar acompañado de estos familiares, así como a la ansiedad de enfrentar un futuro desconocido, especialmente en relación con el estatus migratorio, lo que provoca una falta de estabilidad y claridad en términos legales y administrativos, ya que potencia la autopercepción de improductividad y fracaso en el proyecto migratorio. Los trabajos a los que estas personas son elegibles hasta que sean legales son principalmente trabajos agrícolas, de limpieza o como cuidadores, con salarios mínimos insuficientes para pagar necesidades como vivienda, comida o electricidad, lo que es una fuente de considerable preocupación y frustración.

"La incertidumbre sobre el futuro es algo que siempre está presente. No sé qué me depara el destino y esto me asusta un poco, pero espero que todo salga bien, tanto para mí como para mi familia" (RE12).

"Hoy, por ejemplo, trabajé una hora como limpiador, la hora se paga a 5 euros".... "Pero imagina que gano 300 euros al mes, cómo vamos a sobrevivir con dos hijos" (RE11).

Además de la situación legal, la soledad que experimentan y el apoyo social que reciben, pero del que se sienten agobiados o dependientes, son factores que contribuyen al estrés y la incertidumbre continuos. Estos factores, a su vez, intensifican el sufrimiento emocional durante el proceso de migración e integración. El resultado es un entorno marcado por la ansiedad y el miedo, a menudo vinculado a experiencias traumáticas y conflictos. Esto crea un "pacto de silencio", donde las personas no pueden abrirse o discutir su calidad de vida en España, ya sea con sus familiares o dentro de la comunidad de acogida. La mayoría de los informantes compartieron su renuencia a comunicar sus verdaderos sentimientos a sus seres queridos, especialmente a sus madres, por temor a preocuparlos. Expresaron la dificultad de encontrar el equilibrio entre la necesidad de apoyo emocional y el deseo de no cargar a sus familias con sus propios problemas.

El factor miedo tiene una correlación significativa con extrañar el país, soñar con regresar y pensar y preocuparse por el país y su gente. Por lo tanto, los niveles más altos de miedo en el contexto de la migración tienden a ser experimentados por aquellos que extrañan su país, aquellos que sueñan con regresar a su país de origen y aquellos que se preocupan por su país y su gente.

En el análisis de sus discursos se observó que mantener la celebración de festividades y prácticas religiosas, así como poder mantener hábitos y costumbres fueron identificados como estrategias importantes para mantener la conexión con la cultura de origen. Estos eventos proporcionaron

un sentido de pertenencia y arraigo cultural. Los participantes mencionaron que esto les dio consuelo y un recordatorio tangible de sus raíces.

"Cocinar platos típicos de mi país es mi forma de traer un pedacito de hogar a mi vida diaria. Cada sabor me transporta y me hace imaginar estar en casa con mi familia, comiendo juntos" (RE30).

Otros temores relacionados con la posibilidad de ser repatriados o enfrentar situaciones de peligro o discriminación también se reflejaron en sus discursos.

El factor de la nostalgia está fuertemente ligado al deseo de regresar permanentemente al país de origen, ya que los participantes expresan con frecuencia extrañar su patria, idealizarla como mejor que su situación actual y sentirse angustiados por la distancia. El análisis estadístico muestra una correlación significativa entre la nostalgia y la capacidad de mantener solo unas pocas tradiciones culturales ($p < 0,01$), así como la ausencia de impotencia con respecto a la causa del exilio ($p < 0,01$). Los hallazgos cualitativos refuerzan esta conexión, revelando que la migración a menudo está impulsada por la búsqueda de derechos, oportunidades y seguridad, pero se produce a costa de recursos personales: económicos, sociales u ocupacionales. Esta compensación fomenta sentimientos de nostalgia e impotencia, junto con una profunda necesidad de preservar las tradiciones culturales. Las principales causas del exilio incluyen experiencias traumáticas, a menudo vinculadas a conflictos armados, y malas condiciones de vida en sus países de origen, en particular las dificultades económicas y la ausencia de derechos humanos fundamentales, como la libertad de expresión, la seguridad y los derechos de las mujeres. Estos hallazgos ponen de manifiesto una doble motivación: la búsqueda de seguridad y oportunidades en España y el coste emocional de dejar atrás su identidad cultural y su estabilidad personal.

"Me fui de allí porque mi tío quería hacerme eso (gestos referentes a la mutilación genital femenina)" (RE11).

Además, tener que enfrentar numerosas pérdidas, como empleos e incluso pérdidas humanas, hizo que los participantes se sintieran molestos por estar lejos y extrañar su país de origen. Esto los llevó a experimentar sentimientos de tristeza, soledad y anhelo, lo que afectó su bienestar emocional durante la adaptación.

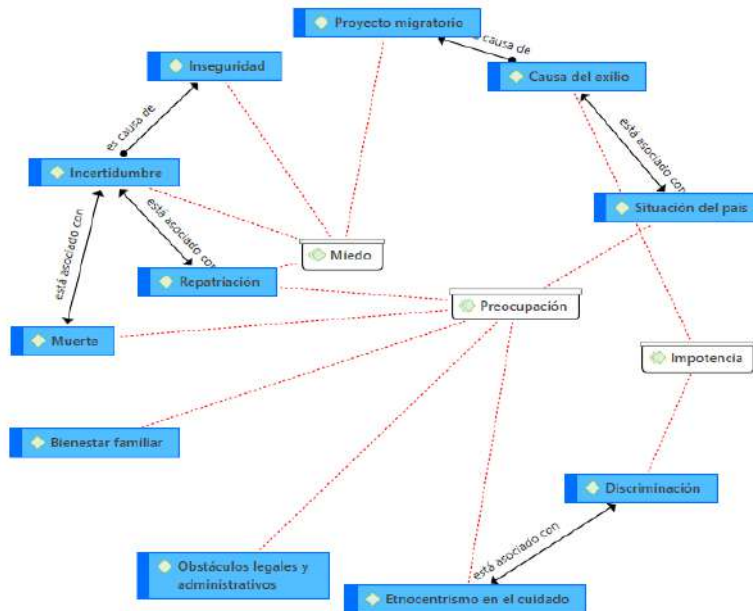
"Dejar atrás a mi familia y amigos fue la parte más difícil de este viaje. Las videollamadas ayudan, pero no es lo mismo que estar allí, sentir sus abrazos y compartir momentos juntos. Es un poco agridulce" (RE9).

Por último, en cuanto a la preocupación, existe una correlación negativa significativa con la inmigración con familiares y/o amigos. Además, se observa una relación notable con la angustia asociada al proceso migratorio, que se percibe como "algo" o "bastante" angustioso, así como percibir las cosas en el país de origen como mucho más bonitas y sentirse bastante perdido.

Desde una perspectiva cualitativa, se observó que el establecimiento de conexiones y el mantenimiento de redes de apoyo en el país de acogida eran esenciales para la adaptación. Los participantes mencionaron la importancia de tener amigos, familiares y grupos comunitarios que brinden apoyo emocional y práctico. Algunos participantes se enfrentaron a problemas de discriminación y prejuicios en el país de acogida, lo que generó sentimientos de exclusión y dificultades en la integración social. Además, otra preocupación expresada en su discurso se refería a la incertidumbre sobre cómo serían tratados en caso de enfermedad.

Estos sentimientos no aparecen de forma aislada, sino que hay múltiples factores interconectados. La Figura 6 proporciona una representación visual de las interconexiones entre las tres dimensiones emocionales (miedo, preocupación e impotencia) y los temas asociados. Esta figura fue desarrollada como una herramienta para ilustrar la complejidad emocional experimentada por los participantes del estudio. Las dimensiones del miedo, la preocupación y la impotencia se colocan en el centro. Esto subraya su papel central en las experiencias emocionales de los refugiados y solicitantes de asilo. Rodeando cada dimensión, los nodos reflejan los aspectos específicos o las manifestaciones concretas de estas emociones, según lo descrito por los participantes. Por ejemplo, en el caso del miedo, se incluyen temas como la incertidumbre sobre su futuro, el miedo a la deportación o la preocupación por los familiares que permanecen en el país de origen. En la dimensión de preocupación, los nodos cubren temas como la estabilidad económica, el acceso a la atención médica y la búsqueda de vivienda. Finalmente, en la impotencia, los nodos se relacionan con la sensación de no poder lidiar con los sistemas burocráticos o las dificultades en la comunicación. Además, la figura resalta las conexiones entre los nodos a través de diferentes dimensiones. Por ejemplo, el miedo a la deportación puede estar relacionado con la impotencia, ya que los participantes sienten que no tienen control sobre los procesos legales de inmigración. Del mismo modo, la preocupación por el bienestar familiar puede intensificar el miedo o generar una sensación de impotencia, creando un efecto acumulativo sobre el estrés emocional.

Figura 6. Mapa relacional entre las dimensiones de miedo, preocupación e impotencia y sus nodos.



Fuente: Elaboración propia a partir del software Atlas. Ti.

Este mapa relacional tiene como objetivo proporcionar una visión holística de cómo interactúan estas dimensiones emocionales y sus nodos, formando una imagen compleja pero cohesiva de las cargas emocionales que enfrentan los participantes. La interconexión de estas emociones refleja que no existen de forma aislada, sino que están profundamente interrelacionadas.

En conjunto, estas experiencias revelan un panorama complejo del impacto emocional, físico y conductual que la situación ha tenido en la salud y el bienestar de los entrevistados e ilustran la importancia de abordar no solo las necesidades materiales, sino también las emocionales y psicológicas de los afectados.

2.2 Fase 2B. Experiencia migratoria de mujeres indocumentadas residentes en asentamientos informales

En cuanto a los resultados sociodemográficos de la muestra seleccionada, cabe destacar que se entrevistó a nueve mujeres migrantes, todas ellas sin escolaridad o con escolarización hasta los 16 años, indocumentadas y residentes en asentamientos de la provincia de Huelva (MA). Todos ellos llevaban menos de tres años viviendo en España. La edad promedio de la muestra fue de 34,78 años (DE 6,60). En cuanto a la distribución de nacionalidades, que es representativa del contexto en sí, la más prevalente pertenecía al África subsahariana (Nigeria, Guinea Ecuatorial, Libia, Senegal, Costa de Marfil y Ghana). Con respecto a la religión, la mayoría de las mujeres participantes eran musulmanas. El 55,56 % estaban casados (Tabla 11).

Tabla 11. Descripción de las variables sociodemográficas de los participantes.

Participante	Lugar de origen	Edad	Estado civil	Número de niños	Religión
M1	Nigeria	27	Soltero	2	Cristiano
M2	Guinea Ecuatorial	43	Casado	3	Cristiano
M3	Libia	30	Soltero	1	Musulmán
M4	Nigeria	38	Casado	2	Musulmán
M5	Costa de Marfil	32	Casado	2	Cristiano
M6	Ghana	24	Soltero	1	Musulmán
M7	Argelia	41	Casado	3	Musulmán
M8	Ghana	35	Casado	2	Musulmán
M9	Senegal	43	Casado	2	Musulmán

Con base en esta información, se asume que las participantes representan un recurso esencial que permite obtener información confiable para poder identificar y comprender las percepciones y experiencias vividas de las mujeres migrantes que residen en asentamientos informales y el efecto de esta condición en relación con su salud.

El análisis de datos produjo cinco temas superiores de estudio. Una vez identificado el "émic" de los informantes, se hicieron interpretaciones de la perspectiva de los informantes y los significados que atribuían a los elementos intercesores de sus percepciones de salud y al papel que desempeñaban en su vida actual como mujer migrante indocumentada que vive en un asentamiento.

3.1. Percepciones y creencias atribuidas a la salud

Los relatos que esculpieron el concepto de salud de las mujeres participantes comprendieron tanto dimensiones personales como influencias socioculturales. Estos se reflejan en sus decisiones y comportamientos moldeados por el género, que surgieron como un factor transversal que influyó no solo en cómo se percibía la salud, sino también en cómo se tomaban las decisiones sobre el bienestar personal y el cuidado de los demás. Esto revela una compleja encrucijada entre las expectativas socioculturales y los determinantes estructurales de la salud. El grado en que se internalizó el cuidado incluso llevó a algunos participantes a equiparar la salud con la capacidad de continuar cuidando a sus seres queridos:

"Para mí, la salud es sentirse bien, que no me duela nada, que pueda seguir cuidando de mi familia durante muchos años más" (M5).

Los informantes definieron su salud, no solo en términos de ausencia de enfermedad, sino también como un recurso esencial para sostener la vida familiar y mantener sus roles dentro del hogar. En varias narrativas, la capacidad de cuidar a los demás apareció no solo como un valor personal, sino como una expectativa, que a menudo era difícil de cumplir frente al acceso limitado a la atención médica y el apoyo social, particularmente en el contexto de los asentamientos. Los participantes describieron tensiones entre la demanda de cuidar a los demás y su incapacidad para abordar sus propias necesidades de salud, lo que provocó sentimientos de culpa, frustración y agotamiento emocional.

Además, los informantes expresaron claras preocupaciones con respecto a su salud física y mental, que estaban relacionadas con el trabajo, la vida en un asentamiento y la falta de recursos para poder cuidarse a sí mismos. En este sentido, las experiencias de los participantes reflejaron las intersecciones entre género, estatus migratorio y exclusión socioeconómica, que condicionaron su acceso a la atención y su capacidad para mantener la salud.

Existían claras diferencias en función del género. Esto se traduce en actividades diarias que conllevan responsabilidades de cuidado y les llevan, en muchas ocasiones, a priorizar las necesidades de los demás por encima de las propias. La internalización de estas

responsabilidades de cuidado apareció como una identidad profundamente arraigada y un papel estructuralmente impuesto, reforzado por un contexto en el que su propia salud a menudo no es priorizada, ya sea por ellos mismos o por los sistemas que los rodean.

La salud, o en realidad, la falta de ella, se manifiesta en conductas desadaptativas que revelan una falta extrema de recursos que conduce a problemas que se acentúan en los casos en los que se dan otras condiciones propicias para la vulnerabilidad dentro de este grupo. Un ejemplo son los problemas de adicción:

"Mucha gente solo quiere beber para olvidar sus problemas y hay un problema muy grande con el alcohol en los barrios marginales. Antes no era un problema, la gente no bebía tanto y la gente de afuera no venía aquí. Ahora, mucha gente viene aquí de fuera, trabajadoras sexuales que buscan hombres para trabajar y drogadictos que vienen vendiendo drogas, porque aquí también se toman muchas drogas. Creo que la gente lo hace para escapar, pero en realidad es realmente horrible aquí por la noche, no puedes salir de la barriada" (M4).

3.2. Condiciones de vida

Como se puede ver en el discurso de los informantes, los desafíos expresados por los participantes revelan que la situación administrativa irregular, condiciona significativamente su salud, afectando aspectos esenciales de su vida como la vivienda:

"Nos prometieron una casa allí. Si no tienes papeles, no puedes tener una casa e, incluso entonces, es muy difícil tener una. Vivir en un asentamiento no es vida". (M4).

La ausencia de estatus legal no solo restringe el acceso a una vivienda adecuada y al empleo formal, sino que también coloca a las mujeres en una posición de invisibilidad estructural, donde se ven privadas de derechos básicos y viven en condiciones de abandono sistemático.

Una situación administrativa irregular amplifica las dificultades para acceder a los servicios de apoyo, incluido el asesoramiento legal para solicitudes de residencia o protección internacional, oportunidades de capacitación y vías hacia la empleabilidad y la inclusión social. Varios participantes señalaron los desafíos involucrados en navegar por sistemas burocráticos desconocidos o no saber cómo acceder a ciertos recursos, especialmente cuando las diferencias lingüísticas y culturales funcionan como una barrera adicional.

La necesidad de emplear estrategias ocultas a lo largo de su ruta migratoria también ilustra las barreras adicionales que deben enfrentar, incluido el riesgo constante de detención y deportación. Su situación actual contrasta fuertemente con sus expectativas insatisfechas que,

lejos de justificar los desafíos que han superado, los coloca en una trayectoria aún más desesperada y desesperada:

"La travesía en barco es muy dura, cuatro o cinco días sin comer, siete días en el agua. Yo tampoco podía dormir. Mucha gente murió durante el viaje, otro fue estafado y los dejaron varados, pero lo tomamos pensando en todo lo bueno que pasaría cuando llegáramos y mira dónde estoy viviendo..." (M6).

Estos testimonios exponen no solo el costo físico y emocional de la vida en estas condiciones, sino también la naturaleza sistémica de la negligencia que da forma a sus entornos cotidianos, donde el acceso a la salud, la seguridad y la dignidad permanece fuera de su alcance.

3.3. Inseguridad y riesgos en el entorno de asentamientos informales

Los asentamientos como espacio vital conllevan inseguridad, mientras que los riesgos del medio ambiente son una preocupación constante. En este sentido, los testimonios recabados revelan la forma en que la vida en un asentamiento implica la exposición a estos riesgos antes mencionados, lo que puede exacerbar la vulnerabilidad de las mujeres migrantes. Así, la violencia sexual, el abuso, la explotación y la trata de personas se perciben como amenazas reales con un impacto directo en la salud física, mental y emocional, perpetuando un ciclo de precariedad y riesgo. Esto lleva a estas mujeres a recurrir a mecanismos de supervivencia de emergencia en entornos hostiles, y las mujeres pueden terminar sintiéndose obligadas a depender de otros para garantizar su seguridad básica.

"Cuando llegué estuve un rato en casa de mi prima y ella misma me dijo que vendiera mi cuerpo, que tenía que aportar a la casa o irme, estuve así durante dos años, hasta que conocí a este señor y pude salir de ahí, pero no quiero hablar de eso, Me duele, porque muchas de nosotras las mujeres tenemos que hacerlo por necesidad, no porque queramos. Aquí en los barrios marginales me siento desprotegida y asustada, muchas de mis amigas consiguen novios para tener un hombre, alguien que te proteja de todos los demás, ha habido muchos casos de trabajo sexual y violaciones. He tenido la suerte de conocer a un hombre que realmente me ayuda y me ama, y ahora estamos bien" (M1).

"Además, aquí en los barrios marginales muchos hombres golpean a sus novias o esposas, las tratan mal, muchas mujeres huyeron de sus países de origen por estas razones y cuando llegan aquí es lo mismo" (M3).

Los testimonios también revelan una profunda falta de apoyo social, tanto de las instituciones como de la propia comunidad migrante. Muchas mujeres se sienten aisladas e incapaces de

depender de recursos formales o redes informales que de otro modo podrían ofrecer protección o asistencia. La ausencia de un tejido comunitario basado en la solidaridad, junto con la inacción institucional, refuerza los sentimientos de abandono y contribuye a la perpetuación de la violencia y la vulnerabilidad.

Las condiciones descritas por los testimonios recopilados ilustran la inseguridad general que alude a una falta de protección que impide alcanzar los niveles básicos de salud y, además, van más allá para reflejar peligros que amenazan la integridad básica de las personas involucradas:

"Ahora, la gente te roba, te golpea, se mete en los barrios marginales cuando están borrachos y es peligroso, no puedes confiar en nadie. La gente aquí no tiene dinero para pagar la gasolina o para tener una casa de lujo, hay mucha gente pobre. No hay electricidad, ni hay gas y no pueden comer, tampoco existe el agua caliente y, en invierno, tenemos que aguantar el frío. Me siento mucho más asustado ahora que antes, hace una semana hubo un gran incendio aquí en el campo y yo estaba al lado del fuego, pensé que mucha gente iba a morir. Es imposible tener calidad de vida aquí, ya ves dónde estamos, rodeados de basura y separados de todos, la mayoría de nosotros no tenemos ni agua ni trabajo". (M8).

3.4. Precariedad laboral y barreras para acceder al empleo

La precariedad laboral es una constante en la vida de las mujeres migrantes caracterizada por condiciones de trabajo inestables. Las malas condiciones de trabajo a menudo resultan en trastornos ocupacionales, como dolor de espalda y dolor crónico. Estas aflicciones son más difíciles de tratar debido a la distancia a la que se encuentran las mujeres migrantes de las principales ciudades.

"Con el tiempo, todo se ha vuelto más difícil, solo contratan hombres porque dicen que las mujeres no estamos a la altura de esos trabajos porque los hombres son más fuertes y no quedan embarazadas. Muchas mujeres no tienen forma de vivir". (M5).

La triple penalización de ser mujer, migrante e indocumentado restringe severamente su participación en el mercado laboral. La intersección de los roles asignados por género y cultura refuerza su exclusión de ciertos tipos de trabajo, mientras que el racismo institucional dificulta el reconocimiento de las calificaciones extranjeras, reduciendo sus posibilidades de lograr la autonomía económica.

Esta exclusión estructural no solo está vinculada al acceso limitado al empleo, sino que también afecta su percepción de la salud, que, como se describió anteriormente, está profundamente arraigada en su capacidad para cuidar a los demás. Cuando no pueden mantener a sus familias

o enviar dinero a casa, su bienestar emocional y mental se deteriora, ya que sienten que están fallando en uno de sus roles sociales fundamentales.

Además, las responsabilidades domésticas y culturales, combinadas con el hecho de vivir en asentamientos, impiden que muchas mujeres migrantes continúen con su educación o formación profesional. Las dificultades para validar las cualificaciones también limitan sus oportunidades de desarrollo personal y profesional.

3.5. Obstáculos para acceder a los servicios básicos

Esta inseguridad se ve agravada por vivir en las afueras, donde tienden a surgir asentamientos informales. Esto los aleja de la sociedad y los deja sin acceso a, por ejemplo, servicios tan esenciales como la protección social y el transporte que aliviarían la exclusión social y urbana. Los relatos aludieron a dificultades financieras, pero, también, al acceso limitado a los servicios básicos. Esto les impidió tener ciertos medicamentos y tratamientos e, incluso, les impidió acceder a una nutrición adecuada al reducir la disponibilidad de alimentos frescos y saludables. La falta de electricidad y agua potable fue señalada en el discurso como una de las necesidades básicas insatisfechas más notables que sufren los informantes. Se argumentó que esto justificaba la aparición de enfermedades asociadas con la desnutrición, la obesidad y la diabetes e, incluso, comportamientos desadaptativos como el abuso del alcohol. En este sentido, también se observó dependencia de una figura masculina:

"Es imposible tener calidad de vida aquí, ves dónde estamos, ni siquiera tenemos agua. Tenemos que pagar a algunos hombres para que nos traigan agua, la mayoría de nosotras no tenemos trabajo, la mayoría de las mujeres". (M7).

Aquí convergen formas múltiples y superpuestas de exclusión: la desigualdad territorial, por vivir en zonas periféricas; exclusión legal, debido a la condición de indocumentado; barreras culturales y lingüísticas; y roles de género. Esta acumulación de desventajas limita gravemente el acceso a los servicios, recursos y mecanismos de protección.

Las repercusiones emocionales ponen de manifiesto la experiencia de la soledad que, junto con el miedo, emerge como uno de los principales compañeros de vida de las mujeres migrantes que viven en asentamientos. La distancia de la familia y la ausencia de una red de apoyo aumenta los sentimientos de vulnerabilidad, de la misma manera que la falta de pareja los deja sin protección física.

"Me siento sola y asustada, no tengo a mi familia cerca y encima no tengo pareja". (M6)

"Parecemos animales que viven en el bosque, pero somos personas". (M6).

Los sentimientos de soledad y deshumanización descritos por los participantes no son solo el resultado de las malas condiciones de vida, sino que también reflejan una realidad más profunda de abandono institucional. La ausencia de respuestas públicas efectivas a sus necesidades refuerza su marginación y contribuye a la erosión de su sentido de dignidad y pertenencia.

La situación administrativa irregular experimentada por los participantes, llevada a casa de manera extrema en el relato compartido anteriormente, lleva al presente estudio a considerar el potencial papel protector desempeñado por el sistema de salud. En España, este sistema proporciona una protección que incluye la cobertura total de los servicios de emergencia y, en el momento del embarazo, los servicios pre y postnatales. En cuanto al acceso a los recursos, los testimonios de las mujeres participantes revelan que la dimensión cultural impone una barrera que les impide aprovechar dichos servicios. Al interpretar el acceso en función de la naturaleza del sistema de salud en su país de origen, las mujeres participantes no consideraron que el acceso a dichos servicios fuera una opción disponible para ellas. Esta falta de competencia cultural ilustra la importancia de considerar los recursos desde una sensibilidad cultural que facilite el acceso a ellos, permita capitalizarlos y repercuta positivamente en la realidad sanitaria que viven estas mujeres.

3. Fase 3. Perspectiva y abordaje profesional desde la enfermería

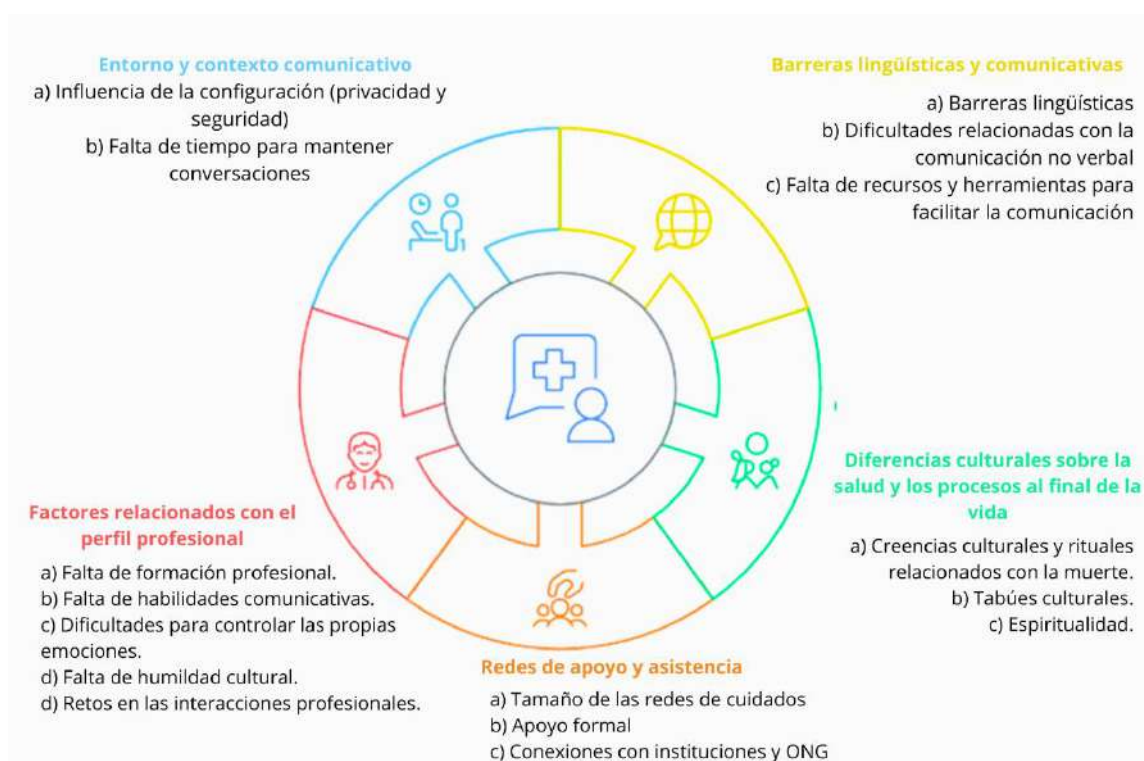
La muestra estuvo conformada por 11 enfermeras, con una edad promedio de 48.646 años (DE = \pm 9.131 años), edades comprendidas entre 30 y 61 años y la experiencia laboral promedio fue de 24.727 años (DE = \pm 5.868 años). La mayoría de los participantes eran mujeres (90,9%). Para garantizar el anonimato de los participantes, la edad y los años de experiencia se expresaron en rangos. Las características sociodemográficas de los participantes se describen en la Tabla 12.

Tabla 12. Descripción de las variables sociodemográficas de los participantes de la Fase 3.

Participante	Género	Edad (rango)	Experiencia laboral (rango)
P1	Mujer	50-60	30-40
P2	Mujer	50-60	30-40
P3	Mujer	30-40	10-20
P4	Hombre	60-70	30-40
P5	Mujer	30-40	10-20
P6	Mujer	40-50	10-20
P7	Mujer	50-60	10-20
P8	Mujer	40-50	20-30
P9	Mujer	50-60	30-40
P10	Mujer	30-40	0-10
P11	mujer	50-60	30-40

Para obtener nuestros resultados seguimos el análisis del discurso. Se identificaron 8 temas y 13 subtemas, siendo la espiritualidad y el tamaño de la red de cuidados dos categorías emergentes que surgieron del análisis del discurso de los participantes. Los pasos de análisis descritos anteriormente nos llevan a los resultados descritos en la Figura 7.

Figura 7. Temas y subtemas identificados tras analizar los testimonios.



3.1 Barreras lingüísticas y de comunicación

Los momentos del final de la vida son especialmente sensibles para la persona que se enfrenta a este proceso, pero también para quienes la rodean. En este sentido, la comunicación es fundamental para comprender y atender sus necesidades. Sin embargo, en contextos multiculturales, las barreras lingüísticas y culturales pueden complicar las interacciones involucradas en estas prácticas de cuidado, afectando negativamente su calidad. Con respecto a esto, los participantes identificaron los siguientes desafíos como factores que amenazan su capacidad para brindar una atención adecuada en su práctica profesional.

Barrera idiomática

Las barreras lingüísticas surgieron como un desafío importante para las enfermeras que participaron en el estudio. Enfatizaron que la falta de un lenguaje común dificulta la posibilidad de crear relaciones terapéuticas efectivas, lo que dificulta notablemente el desarrollo de un enfoque de atención centrado en el paciente. Este problema se agrava en situaciones de atención al final de la vida, donde la necesidad de una comunicación clara y empática es esencial para abordar las necesidades emocionales, físicas y espirituales del paciente.

"Aunque cuidar a un paciente de otra cultura ya presenta una complejidad adicional por no estar muy acostumbrado, cuando hay una barrera del idioma, es mucho más difícil, porque es posible que no sepas cómo quieren ser atendidos, pero además, no puedes preguntarles". (P5).

En este sentido, la barrera del idioma afecta tanto la calidad de la atención como también genera un sentimiento de impotencia en los enfermeros, ya que no pueden garantizar que las intervenciones cumplan con las expectativas culturales y personales del paciente.

Dificultades relacionadas con la comunicación no verbal

Los procesos de comunicación al final de la vida implican mucho más que palabras, ya que dependen en gran medida de aspectos no verbales como los gestos, las expresiones faciales y el tono de voz. Estos elementos pueden variar significativamente entre culturas y no identificar adecuadamente estas diferencias y resolverlas, puede llevar a malentendidos que afectan la relación enfermera-paciente.

"No tengo las herramientas para asegurarme de que se transmita lo que quiero decir. No se trata solo de conceptos verbales, sino también de comunicación no verbal, tono, lenguaje corporal ... no es lo mismo". (P7).

"Es posible que los pacientes no se sientan bien si los miro directamente a los ojos, o tal vez no quieran recibir un abrazo... no compartir la cultura hace que sea difícil cuidar, y más aún en momentos de tanta vulnerabilidad" (P3).

La falta de familiaridad con los códigos no verbales de otras culturas dificulta la posibilidad de comprender las necesidades de los pacientes, limitando la capacidad de los enfermeros para transmitir empatía y apoyo emocional, que son esenciales en los cuidados paliativos.

Falta de recursos y herramientas para facilitar la comunicación

Otro factor clave identificado por los informantes fue la falta de recursos y herramientas para facilitar la comunicación. Como desafío, la barrera del idioma no es exactamente nueva, sin embargo, los enfermeros creen que los recursos que el sistema proporciona para superarla son insuficientes, ya que no les permiten interpretar correctamente las necesidades de los pacientes al final de sus vidas. Esto explica por qué, aunque los traductores disponibles las 24 horas son una herramienta útil, su efectividad se considera parcial, ya que la traducción literal no siempre refleja la complejidad del mensaje.

"En muchos casos, un miembro de la familia o un conocido asume el papel de mediador. Sin embargo, dado que no están reconocidos formalmente dentro del sistema de salud, a menudo

carecen de la capacitación necesaria, lo que puede dificultar una comunicación efectiva. Además, los pacientes pueden sentirse incómodos al revelar ciertos aspectos de sus vidas en presencia de familiares.” (P3).

Para los informantes, entonces, los traductores son necesarios, pero conllevan limitaciones significativas. La traducción literal de palabras no puede transmitir aspectos emocionales como el tono de voz, las expresiones faciales y los gestos, que son cruciales para que tanto el paciente como su familia se sientan apoyados y comprendidos.

“(Tenemos) un traductor las 24 horas, pero no funciona. El lenguaje requiere traducción tanto literal como cultural. Además, la comunicación es verbal pero también no verbal. Por eso necesitamos mediadores culturales, ya que las familias no siempre están disponibles, pero ellos (los mediadores culturales) no están en el hospital, dependen de las ONG”. (P2).

Este testimonio destaca los desafíos de las barreras lingüísticas en la atención al paciente, afirmando que si bien hay un servicio de traducción disponible las 24 horas, no siempre es efectivo. El participante enfatizó que la comunicación implica tanto la traducción literal como cultural, así como elementos verbales y no verbales. Además, los participantes mencionaron que se necesitan mediadores culturales para cerrar estas brechas, particularmente cuando las familias no están disponibles. Sin embargo, según los participantes, estos mediadores no están presentes en el hospital y, en cambio, dependen de las ONG.

Además, los participantes destacaron cómo los mediadores interculturales ayudan a aliviar la carga emocional y las incertidumbres, y los sentimientos de frustración e ineficacia, que marcan sus intentos de superar las barreras culturales y lingüísticas sin las herramientas adecuadas.

3.2 Diferencias culturales en materia de salud y procesos al final de la vida

El proceso de morir está profundamente influenciado por las creencias, valores y tradiciones culturales de cada persona. Las diferentes formas en que los pacientes y sus familias enfrentan la muerte pueden ser un desafío notable para los profesionales de la salud que trabajan en la atención al final de la vida.

Creencias culturales y rituales relacionados con la muerte

Cada cultura tiene formas únicas de percibir la muerte, lo que afecta directamente la forma en que las personas y sus familias se preparan para este momento y cómo lo enfrentan. Muchos profesionales enfatizaron que la atención al final de la vida va más allá de aliviar el dolor físico. Su percepción apuntó a cómo el cuidado en este contexto requiere sensibilidad para respetar los

rituales y creencias del paciente, lo que puede implicar la aceptación de ceremonias, oraciones, la presencia de objetos simbólicos o el cumplimiento de tradiciones específicas.

"Y cuando me senté a su lado, me di cuenta de que la mujer tenía una forma de experimentar la realidad muy diferente a la de alguien que no creía, ya que sabía: "qué es lo que Dios quiere, que siempre tenga el apoyo de Dios, que tenga herramientas como la oración, que me ayude a relajarme..." (P11).

La atención a los pacientes en el contexto del final de la vida es un desafío complejo, ya que la atención se ve afectada por las diferencias culturales entre los pacientes, las familias y los trabajadores de la salud. En algunas culturas, la fe religiosa juega un papel central en la aceptación de la muerte, ofreciendo un marco que da sentido a la pérdida y alivia el miedo a lo desconocido. Sin embargo, en otros, la muerte puede ser un tabú, un tema que debe evitarse a toda costa, ya que hablar abiertamente de ella puede estar relacionado con las posibilidades de mejora de los pacientes. En esta línea, los enfermeros identificaron la conspiración del silencio como un desafío exacerbado en pacientes provenientes de culturas diferentes a la suya. Aquí la conspiración del silencio puede conducir a comportamientos de ocultamiento y evasión de la realidad terminal de los pacientes, y puede identificarse en la evitación de conversaciones directas sobre la enfermedad, la muerte o la condición del paciente.

"En mi opinión, los pacientes más propensos a participar en la conspiración del silencio son menos religiosos. Las personas que tienen fe en Dios, que tienen creencias religiosas, son aquellas que no se involucran en la conspiración del silencio, sino que aceptan su situación, aceptan que los miembros de su familia se separen para estar con Dios, para alcanzar una vida mejor. Creen que lo mejor está por venir, y no le temen". (P6).

Cuando los pacientes y sus familias participan en la conspiración del silencio, a menudo lo hacen, con la intención de proteger a sus seres queridos del dolor emocional que la verdad puede causar. Este comportamiento, sin embargo, puede dificultar la comunicación efectiva, afectando negativamente la planificación de la atención, lo que puede llevar a malinterpretar a los pacientes, no atender adecuadamente sus deseos y necesidades. Para las enfermeras, esto representa un desafío notable, ya que la ética de la atención médica exige transparencia y respeto por la autonomía del paciente.

"La conspiración del silencio siempre es difícil de manejar". Sin embargo, cuando la información no solo se oculta por miedo, sino que también tiene un matiz cultural, manejar esta situación se vuelve aún más complicado" (P9)

Tabúes culturales

Como se mencionó anteriormente, mientras que algunas culturas enfrentan la muerte abiertamente y ritualizada, otras la conciben como un tema delicado que no debe mencionarse directamente. En este último, los tabúes culturales sobre la muerte pueden dificultar seriamente la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes.

"He tenido pacientes con los que no podía hablar directamente sobre la muerte porque sentían que esto la atraería o traería mala suerte. Uno de los desafíos en la atención al final de la vida culturalmente diversa es mantener el equilibrio entre la honestidad profesional con los pacientes y el respeto a sus creencias y las de sus familias". (P8).

Para los trabajadores profesionales de la salud, los tabúes culturales pueden traer dilemas éticos y emocionales, ya que necesitan encontrar formas de proporcionar información relevante para la atención de los pacientes, sin dejar de respetar sus creencias culturales. Adaptarse profesionalmente a estas dinámicas de comunicación requiere la adopción de un enfoque flexible y sensible, así como poder contar con el apoyo de mediadores interculturales y su ayuda a la hora de negociar las diferencias culturales.

Espiritualidad

Las narrativas de los participantes identificaron la espiritualidad como un desafío importante. Cabe destacar que subrayaron cómo la espiritualidad no siempre está relacionada con la religión, sino que se refiere a la conexión del paciente con lo trascendente y su legado. Comprender y abordar esta dimensión requiere tiempo, capacitación y habilidades de comunicación que no siempre están disponibles, ni son fáciles de implementar, en el entorno clínico.

"Al final, no es solo la enfermedad de la que nos ocupamos. Es esa necesidad de sentirse en paz con lo que dejaron en este mundo. Y no siempre sabemos cómo abordar eso". (P7).

Algunas enfermeras dijeron que, en muchas culturas, cerrar el ciclo de la vida implica no solo aceptar la muerte, sino también resolver asuntos pendientes, transmitir un legado y reflexionar sobre el significado de la vida.

"Hay personas que sienten la necesidad de cerrar ciclos: reconciliarse con los miembros de la familia, compartir su historia o asegurarse de dejar algo positivo, como si quisieran garantizar que su vida tuvo sentido. Estas decisiones son profundamente personales, pero al mismo tiempo, están marcadas por las creencias culturales de cada persona". (P3).

Esto ilustra cómo los agentes espirituales o mediadores religiosos, roles profesionales ya reconocidos en el norte de España, son cruciales para facilitar la comunicación y la atención. Cuando no están disponibles, las enfermeras se ven obligadas a asumir responsabilidades para las que no siempre están preparadas. Además de esto, nuestros resultados revelan cierta resistencia entre ciertos profesionales que no consideran la espiritualidad como una dimensión a considerar en su cuidado. Uno de nuestros participantes no está de acuerdo con este punto de vista:

"Algunos colegas no ven la espiritualidad como parte de la atención, pero creo que para algunos pacientes es tan importante como su tratamiento farmacológico". (P2).

3.3 Redes de apoyo y atención

El tamaño de la red de atención que incluye a la familia, los compatriotas y la atención formal (instituciones y ONG), así como los recursos culturales y religiosos disponibles, son elementos esenciales en la atención al final de la vida, especialmente en contextos multiculturales. La diversidad en las experiencias compartidas por los participantes confirma la necesidad de adaptar la prestación de cuidados a las necesidades específicas de cada paciente.

Tamaño de la red de atención

El acompañamiento familiar es esencial en los procesos de cuidado, y su papel varía significativamente según la cultura. En el contexto español, es habitual acompañar al paciente durante todo el proceso. En cambio, en otras culturas, el acompañamiento está marcado por un enfoque más institucional, confiando en los profesionales para las noches y los descansos.

"Si has atendido a pacientes no españoles, especialmente a los que vienen de países del Norte, ves que por la noche se van a casa, dejando a los pacientes bajo el cuidado de los trabajadores sanitarios. Aquí, las familias acompañan al paciente las 24 horas, pero pueden sentirse solos si hay una conspiración de silencio". (P4).

La falta de compañía en los pacientes migrantes se explica a menudo por la ausencia de redes familiares cercanas en el país de acogida, no necesariamente relacionada con limitaciones restrictivas en los centros de salud. En estas situaciones, la falta de una red familiar obliga a los enfermeros a adoptar un enfoque comunicativo más directo y abierto. Deben esforzarse por brindar a los pacientes un acompañamiento que busque cubrir tanto como sea posible el apoyo que ofrecerían las familias.

Además de la falta de apoyo familiar en momentos críticos, los enfermeros se refieren a la conspiración del silencio como un desafío que, en este contexto, puede afectar la calidad de la atención, afectando negativamente la experiencia de los pacientes. En estos casos, y a pesar de la presencia de las familias, los participantes refieren cómo los procesos de comunicación efectivos sobre la salud de los pacientes son escasos, si no inexistentes. Este silencio puede provocar un profundo sentimiento de aislamiento emocional en los pacientes, que pueden sentir que su condición y sus necesidades no están siendo comprendidas adecuadamente, ni abordadas.

"Cuidar a los pacientes que están aquí solos hace que sea imposible crear una conspiración de silencio. Necesitas hablar con ellos claramente para que puedan decidir qué hacer en esta situación, si regresan a su país o lo enfrentan aquí, hasta el final". (P9).

La ausencia de miembros de la familia transforma la dinámica de la comunicación, así como deja de lado desafíos adicionales relacionados con el apoyo emocional y los procesos críticos de toma de decisiones. Los informantes describieron cómo esta ausencia exige un imperativo de honestidad y claridad, especialmente en los casos de pacientes terminales y aquellos en situaciones de alta vulnerabilidad.

"Verlos solos, sin su familia cerca apoyándolos, cuando esto es algo tan esencial... Es difícil de manejar porque todos querrían tener a su familia cerca. Además, algunos enfrentan el hecho de que es posible que nunca vuelvan a ver a su familia porque saben que van a morir aquí y su familia no puede venir". (P7).

Conexión con redes de apoyo formales (instituciones y ONG)

En nuestros datos, las instituciones que brindan atención formal, las ONG y las redes de compatriotas surgieron como elementos clave en la atención en los casos en que los pacientes carecían de apoyo familiar cercano. Las redes de compatriotas tienen un papel esencial aquí, ya que brindan apoyo emocional y cultural, disminuyendo el aislamiento percibido por los pacientes. Por otro lado, las instituciones de atención formal y las ONG brindan recursos y servicios que les ayudan a hacer frente a las necesidades prácticas en su vida diaria.

"Cuando no hay familiares, muchas veces son los compatriotas los que les hacen compañía, incluso cuando no tienen una relación directa. Este apoyo emocional es esencial porque hace que los pacientes se sientan comprendidos y menos solos". (P7).

"Algunas ONG hacen un trabajo increíble y, sin embargo, a veces no sabemos cómo coordinarnos con ellas. Siento que hacemos esfuerzos paralelos, cuando podríamos unir fuerzas y hacer más". (P12).

Confirmando el importante papel del apoyo formal, nuestros resultados destacan la necesidad de desarrollar estrategias integradoras que estén diseñadas para promover la colaboración y unir esfuerzos desde diferentes lados, facilitando el acompañamiento considerando las necesidades de los pacientes.

3.4 Factores relacionados con el perfil profesional

La atención al final de la vida, especialmente en contextos culturalmente diversos, requiere un conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos que no siempre están presentes en los antecedentes de los profesionales. Nuestras narrativas revelan las dificultades que enfrentan los enfermeros en este sentido. Sus percepciones apuntan a su falta de capacitación, de habilidades de comunicación y competencia cultural, y los desafíos emocionales que deben experimentar.

Falta de capacitación

Uno de los temas más predominantes en nuestras narrativas fue la percepción de las enfermeras de que no están adecuadamente equipadas para abordar el sufrimiento de los pacientes y las familias al final de la vida, especialmente en contextos culturalmente diversos. Tal falta de capacitación se considera un factor que afecta tanto la atención que brindan como su propia capacidad para manejar sus emociones.

"Para abordar esos aspectos que están tan relacionados con el sufrimiento del paciente..., hay que estar preparado para hacer frente a ese sufrimiento. Y eso requiere capacitación de profesionales en conocimientos, habilidades y actitudes". (P2).

La atención al final de la vida requiere conocimientos prácticos, pero también habilidades interpersonales y emocionales que ayuden a manejar el sufrimiento de manera efectiva. La falta de esta formación fundamental conduce a una desconexión entre pacientes y profesionales, afectando la calidad de la atención que brindan.

Falta de habilidades de comunicación

Nuestros resultados confirman la comunicación como un desafío fundamental. Los profesionales informaron que a menudo se sienten obligados a compartir información de manera abrupta, no se sienten equipados para realizar esta tarea correctamente y son conscientes del impacto negativo que esto puede tener tanto en los pacientes como en sus familias. Los testimonios

recogidos en nuestro estudio revelan que la urgencia que sienten al cumplir con todos sus deberes, junto con esta conciencia respecto a su falta de preparación para comunicarse de manera efectiva, puede llevar al desarrollo de un bloqueo personal, en el que evitan sentir empatía y sensibilidad.

"Al final, para cumplir con los requisitos legales, los médicos abruma a los pacientes con información técnica, sin una explicación adecuada. Eso es porque no están listos para comunicarlo adecuadamente, pero están legalmente obligados a informar". (P2).

3.5 Dificultad para manejar las propias emociones

Brindar atención a los pacientes al final de sus vidas a menudo hace que los profesionales enfrenten sus propias vulnerabilidades. En sus narrativas, refieren cómo la exposición constante al sufrimiento puede conducir a una sobrecarga emocional, afectando tanto su vida personal como su capacidad para mantener una relación profesional adecuada con el paciente.

"En última instancia, cuando el profesional de la salud proporciona la información y se sienta frente a una persona vulnerable... En esa situación, también se vuelven muy vulnerables. Lógicamente, esto les hace sufrir tanto en relación con el sufrimiento de la persona que se enfrenta a ellos como con respecto a su propio sufrimiento, proveniente de una excesiva comprensión y empatía con el otro, lo que conduce al sufrimiento al final". (P2).

Esta vulnerabilidad no siempre se reconoce, ni siempre se gestiona adecuadamente, lo que aumenta el riesgo de agotamiento. Como mecanismo de afrontamiento, algunos testimonios mencionaron la necesidad de recurrir a la desconexión emocional:

"No eres consciente, ya que te involucras en dinámicas de trabajo en las que... Bueno, sí, está bien, incluso con esa capacidad de separar, digamos, como si corriera una cortina y volviera a casa como si nada hubiera pasado, bueno, hay momentos en que eso funciona y momentos en los que no. Y cuando no lo hace y no puedes superarlo, entonces recurre a la diversidad de formas, puede ser el deporte o puede ser, no sé, la meditación o cualquier otra forma que te ayude un poco, porque al final, te afecta incluso a nivel familiar, a nivel familiar y también y en tu relación con la sociedad, e incluso contigo mismo". (P3).

Falta de humildad cultural

La falta de humildad cultural también se identificó como otro desafío fundamental en la prestación de cuidados. Algunos profesionales señalaron que los pacientes de diferentes culturas a menudo no comprenden completamente su situación médica. Si en estos casos los

profesionales no pueden reconocer sus propias deficiencias de competencia cultural, seguramente no abordarán la necesidad de este paciente, dejándolo sufrir en soledad. Curiosamente, los participantes afirman que, aunque es común que los pacientes asientan durante sus interacciones con los profesionales de la salud, esto no siempre indica que realmente estén entendiendo lo que se les comunica. Es importante destacar que los participantes percibieron que detrás de las respuestas superficiales de los pacientes puede haber una falta de conocimiento crítico sobre su condición médica, sobre las opciones de tratamiento disponibles e incluso sobre sus posibles resultados. Cuando los profesionales no reconocen esta dinámica, existe el riesgo de que los pacientes se queden con preguntas sin resolver, sintiéndose impotentes en su proceso de toma de decisiones.

"Una intervención de enfermería a la que recorro a menudo es el apoyo en los procesos de toma de decisiones porque suele funcionar muy bien. Sin embargo, me he encontrado con pacientes a los que he intentado apoyar en la toma de decisiones mientras ya estaban en una situación difícil, y a lo largo de su tratamiento no han sido conscientes de su situación porque se les ha explicado de la manera más rápida posible, utilizando términos muy técnicos sin tomarse el tiempo de explicar lo que quieren decir, o porque han construido una barrera para evitar la comprensión". (P11).

Además, la falta de humildad cultural se ve exacerbada por la tendencia de algunos profesionales a confiar en estereotipos o prejuicios que pueden nublar su juicio. Estos estereotipos, que a menudo se basan en generalizaciones sobre culturas determinadas, pueden llevar a los profesionales a adoptar una actitud condescendiente o paternalista. Esta actitud afecta la calidad de la atención y también puede erosionar la confianza entre el paciente y el profesional de la salud, que es una base esencial para una atención eficaz. Algunos participantes informaron cómo algunas situaciones pueden ser complicadas en este sentido, reflexionando sobre cómo es esencial dar un paso atrás para restablecer las prioridades:

"Hay situaciones que hacen que termines prejuzgando una cultura o una familia, y tienes que hacer una pausa para volver a enfocarte en las necesidades y derechos de esa persona". (P4).

Desafíos en las relaciones profesionales

La atención a pacientes de diferentes culturas en el contexto de la atención al final de la vida presenta desafíos significativos, en parte debido a las diferencias de opiniones y enfoques entre los propios profesionales de la salud. Desviar las opiniones puede generar tensiones entre los miembros del equipo, especialmente cuando se brinda atención a pacientes que provienen de orígenes culturalmente diversos.

"Tus colegas pueden pensar en términos que difieren mucho de los tuyos y criticarte por esto. Cuidar a un paciente de una cultura diferente, al final de su vida, es muy difícil en este sentido". (P6).

Abordar estas diferencias es crucial, ya que establecer una relación de confianza entre la enfermera y el paciente es fundamental para brindar una atención efectiva. La confianza en los profesionales permite que los pacientes se sientan más seguros y dispuestos a compartir sus miedos, dudas y deseos, lo que facilita su participación en la toma de decisiones informadas. Como afirma uno de nuestros participantes, esto requiere tiempo y esfuerzo:

"Lo mínimo que puedes concederles es el tiempo que necesitan, y por supuesto, esto no sucederá en una sola sesión o visita, pero es cuando se establece ese vínculo de confianza, que todo se vuelve mucho más fácil". (P3).

El tiempo invertido en conocer al paciente es fundamental para ofrecer una atención personalizada, adaptada a las necesidades y preferencias individuales. Sin embargo, los profesionales de enfermería también deben desarrollar habilidades para escuchar activamente y estar abiertos a las preguntas y respuestas de los pacientes.

"Es necesario comenzar a explicar a los pacientes sobre sus condiciones. Y para eso necesitas, y por eso creo que no se hace, saber lo que el paciente quiere saber y hasta dónde quiere llegar. Y para eso, necesitas conocer a la persona, y para eso necesitas tiempo; necesitas habilidades para permanecer abierto a cualquier respuesta que el paciente te pueda dar, o cualquier pregunta que te pueda hacer". (P2).

3.6 Entorno y contexto de comunicación

El entorno que enmarca las interacciones entre profesionales y pacientes surgió como un factor crucial debido a su influencia en la calidad de la comunicación. En este sentido, los profesionales expresaron su preocupación por la falta de recursos físicos (por ejemplo, salas adecuadas para preservar la privacidad durante las conversaciones). Además, se consideró que no tenían tiempo suficiente para construir adecuadamente una comunicación efectiva y respetuosa con los pacientes que ya se encontraban en situaciones difíciles.

Influencia del entorno físico

El entorno que enmarca los procesos de información al final de la vida útil es esencial para garantizar que las conversaciones tengan lugar en formatos efectivos y sensibles. Nuestros informantes destacaron que la falta de espacios privados y apropiados para tales discusiones

puede crear barreras significativas, afectando tanto la calidad de la comunicación como el bienestar del paciente y la familia. Un entorno propicio para las discusiones sobre el final de la vida debe ser íntimo, tranquilo y libre de interrupciones. Por lo tanto, la posibilidad de disponer de una sala donde los profesionales puedan hablar abiertamente con el paciente y su familia es esencial. Sin un espacio adecuado, existe el riesgo de que las conversaciones tengan lugar en un entorno plagado de distracciones, lo que puede dificultar la expresión de las emociones y la posibilidad de abordar temas delicados.

"Si no te dan los recursos, como el tiempo o la capacitación o la posibilidad de tener un espacio o una habitación donde tengas suficiente privacidad, sin interrupciones ni nada, para que puedas hablar de algo tan íntimo, tan único, para esa persona y para ese familiar... luego, si no puedes trabajar en eso porque hay otro paciente al lado, porque se están llevando a cabo consultas en la habitación,... porque obviamente nunca podrás trabajar en esa conspiración... (entonces) es imposible". (P3).

Falta de tiempo para interactuar con los pacientes

La falta de tiempo es un tema recurrente en nuestras narrativas. Representa un obstáculo que impacta significativamente en la calidad de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, especialmente en contextos sensibles como los cuidados al final de la vida. Los profesionales se refieren a cómo enfrentan desafíos para llevar a cabo procesos de comunicación adecuados debido a las limitaciones de tiempo impuestas por las altas demandas y el volumen de pacientes que deben atender. Tal presión puede conducir a interacciones superficiales, limitando la capacidad de los profesionales para brindar el apoyo y la información que tanto los pacientes como las familias realmente necesitan.

Cuando se trata de pacientes de otras culturas, la falta de tiempo se convierte en un desafío aún mayor. Las diferencias culturales pueden afectar profundamente las percepciones de la salud, la enfermedad y el proceso de muerte. Los profesionales de la salud deben dedicar tiempo adicional a comprender las creencias y valores culturales de sus pacientes, así como a establecer una comunicación efectiva que considere las barreras del idioma y las expectativas culturales. Sin este tiempo adicional, las interacciones pueden ser ineficaces y no satisfacer las necesidades del paciente. Sin el tiempo necesario para establecer un diálogo abierto y empático, los profesionales pueden perder la oportunidad de identificar y respetar las preferencias del paciente con respecto a su atención y decisiones al final de la vida. Uno de nuestros participantes aborda esta dificultad, informando sobre su experiencia:

"Muchas veces, he visto profesionales que son bombarderos de información. La información puede ser una bomba, información mal entregada porque sigo diciendo que no solo hay que dar información, sino que hay que comunicarla, y eso implica un proceso. Es difícil llevar a cabo un proceso de comunicación cuando tienes 20 pacientes programados para una consulta de oncología; Puedo entender las dificultades". (P11).

Esta falta de tiempo, incluso cuando es comprensible, puede generar malentendidos y sentimientos de frustración tanto para los profesionales como para los pacientes. Los pacientes de otras culturas pueden sentirse incomprendidos o ignorados si sus necesidades no se abordan adecuadamente. Esto puede erosionar la confianza en la relación enfermera-paciente, lo que resulta en una experiencia de atención menos efectiva y más dolorosa durante un momento ya difícil.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN



La presente tesis doctoral tuvo como objetivo general conocer las experiencias vividas por las personas migrantes internacionales respecto a su salud relacionada con las condiciones de vulnerabilidad, así como comprender las dificultades percibidas por profesionales sanitarios en el cuidado de pacientes culturalmente diversos, con el propósito de visibilizar necesidades, recursos de afrontamiento y retos para el cuidado enfermero en un contexto multicultural. Para abordar este objetivo general, se propusieron cuatro objetivos específicos, enmarcados en tres fases. A continuación, se discuten los resultados obtenidos a lo largo de estos cuatro estudios presentados.

Los resultados analizados en la Fase 1 dieron respuesta al primer objetivo específico, explorar las pérdidas vitales experimentadas por mujeres migrantes solicitantes de protección internacional, identificando las dimensiones de estas pérdidas y las estrategias empleadas para favorecer su salud. Estos resultados nos permitieron destacar el papel crítico de las narrativas personales como herramientas terapéuticas y formas de resistencia para las mujeres migrantes en situaciones vulnerables. En consonancia con los hallazgos de Eastmond (2007), compartir sus historias permite a estas mujeres reconstruir sus identidades y percibirse menos invisible. A través de la narración, las mujeres transforman activamente su subjetividad, dando voz a experiencias a menudo silenciadas o marginadas.

La migración conlleva múltiples pérdidas interconectadas, incluida la identidad, los lazos relacionales, los recursos materiales y los significados simbólicos, que afectan profundamente la salud mental y el bienestar emocional. Los participantes describieron sentimientos de invisibilidad, inutilidad y soledad. En esta línea, Bhugra & Becker (2005), exponen que la migración forzada interrumpe las estructuras simbólicas que sustentan la continuidad y la pertenencia. Estas pérdidas acumuladas, exacerbadas por la inseguridad legal, la pobreza y la discriminación, contribuyen a la angustia psicológica persistente (Kirkbride et al., 2024; Nakphong et al., 2022; Selvarajah et al., 2022).

Por lo tanto, los enfoques de salud mental deben incorporar intervenciones basadas en la compasión y culturalmente sensibles que aborden las barreras estructurales como el idioma, la burocracia y el racismo, que impiden el acceso a la atención (Kirmayer et al., 2013; Summers et al., 2022). Una perspectiva de identidad social (Ballentyne et al., 2021) dilucida cómo la migración rompe las conexiones con la familia, la comunidad y la cultura, desestabilizando las identidades individuales y colectivas. Esta interrupción de la identidad se alinea con la teoría de la autoestima de Rosenberg (1965), ya que la pérdida de roles profesionales y capacidades de cuidado socava el valor personal y la función social (Wickramage et al., 2018).

Emocionalmente, los participantes experimentaron un "duelo migratorio" (Achotegui, 2009), caracterizado por tristeza, culpa, ansiedad y desarraigo, a menudo silenciado debido al miedo o

la vergüenza. Como señalaron varios participantes, "aquí no se puede confiar en nadie" (RE5). La teoría del apego (Bowlby, 1980) explica además cómo la separación de los demás significativos debilita la seguridad emocional y la confianza, mientras que la erosión de las redes sociales aumenta el aislamiento y la desconfianza, incluso dentro de las comunidades migrantes (Schweitzer et al., 2006).

Las pérdidas económicas y ocupacionales también surgieron como vulnerabilidades importantes, ya que los participantes se enfrentaron a la devaluación profesional y al empleo precario; Esto fue particularmente pronunciado entre las mujeres refugiadas que enfrentan desventajas interseccionales de género, etnia, religión y estatus legal (Ager & Strang, 2008; Brell et al., 2020; Fasani et al., 2022; Liebig & Tronstad, 2018; Senthana et al., 2021; Tomlinson, 2010). A pesar de estos desafíos, muchas mujeres demuestran la resiliencia como un proceso dinámico e integrado en el contexto respaldado por recursos sociales, culturales y espirituales (Hawkes et al., 2021; Panter-Brick & Leckman, 2013). Esta resiliencia se manifiesta a través del apoyo mutuo, las prácticas espirituales, el replanteamiento de las experiencias migratorias y una orientación hacia la gratitud y el crecimiento, reflejando las teorías del crecimiento postraumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). Una participante resumió esto cuando afirmó: "Una pérdida conlleva una ganancia. He aprendido a ser una mejor persona" (RE10).

La cultura juega un papel fundamental en la configuración de los mecanismos de afrontamiento, con marcos religiosos y espirituales que brindan significado y pertenencia comunitaria (Kirmayer et al., 2009; Van der Hoek, 2022). Tales estrategias culturalmente situadas tienen importantes implicaciones clínicas. Los profesionales de la salud deben adoptar enfoques culturalmente sensibles y basados en la compasión que reconozcan las dimensiones emocionales y simbólicas del duelo migratorio (Cáceres-Titos et al., 2025). Esto significa crear espacios seguros y sin prejuicios donde las mujeres se sientan escuchadas en sus experiencias de pérdida y lucha espiritual. Las intervenciones basadas en la narrativa, como la narración guiada o el diálogo reflexivo, pueden ayudar a procesar el dolor invisible y reconstruir la identidad. Incorporar la investigación espiritual respetuosa en la atención y garantizar la capacitación intercultural de los profesionales es clave para promover la confianza, la empatía y el apoyo culturalmente sintonizado.

Este estudio también invita a una reflexión crítica sobre cómo se conceptualiza la vulnerabilidad: no es un rasgo inherente sino una condición relacional moldeada por asimetrías de poder, abandono institucional y exclusión social, que hacen visibles algunas formas de sufrimiento e invisibles otras (Smith et al., 2018; Virokannas et al., 2018). Los marcos interseccionales son esenciales para comprender los traumas de los refugiados específicos de género, como la

violencia de género y la pérdida de autonomía reproductiva, que a menudo se pasan por alto en los entornos clínicos (Taheri et al., 2024).

Desde un enfoque de capacidades, el duelo migratorio refleja no solo el sufrimiento psicológico sino la injusticia estructural, que abarca la erosión de libertades fundamentales como la elección, la participación social y el reconocimiento (Renner et al., 2024). Comprender esta complejidad es vital para desarrollar intervenciones que trasciendan el manejo de los síntomas y promuevan la reparación social, la justicia y la inclusión epistémica. Reconocer a las mujeres migrantes como agentes activos cuyas historias de vida y estrategias de afrontamiento encarnan la resistencia y la esperanza es fundamental para este esfuerzo.

El segundo objetivo específico, se centró en identificar los principales desafíos emocionales experimentados por los migrantes refugiados o solicitantes de asilo que llegan en los últimos dos años y determinar los factores que contribuyen a esa angustia emocional. Esto fue abordado a través del segundo estudio, cuyos resultados revelan una perspectiva menos conocida sobre la complejidad emocional del duelo entre las personas refugiadas y solicitantes de asilo. El tipo de protección que se busca surge como un componente crítico para el bienestar mental de los migrantes. Aunque el miedo a la pérdida de identidad se informó con poca frecuencia en un estudio similar publicado en España (De la Revilla et al., 2011), la protección internacional buscada por la población de este estudio se asocia con una menor pérdida de identidad en comparación con la protección temporal (Stran & Quinn, 2021). Un estudio realizado en Australia demostró niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión asociados con las condiciones de visa y las condiciones de vida adversas posteriores (Momartin et al., 2006), enfatizando la importancia de la estabilidad y la seguridad de la salud mental. Esto subraya la necesidad de que las políticas migratorias no solo aborden la seguridad jurídica inmediata, sino que también consideren las implicaciones psicológicas a largo plazo de los diferentes estados de protección. La pérdida de identidad mencionada también se correlaciona con el género masculino, contrariamente a algunos estudios previos que lo asocian con el género femenino (Moreno et al., 2007; Jarallah & Baxter, 2019). Este hallazgo exige un examen más profundo de la dinámica de género en el contexto migratorio, lo que sugiere que las experiencias emocionales y psicológicas pueden variar considerablemente entre géneros, lo que puede afectar diferentes facetas de su salud (Choi et al., 2021; Nesterko et al., 2020).

Estas dinámicas de género también afectan la distribución de género en el país, que actualmente está equilibrada. Este equilibrio se debe en gran medida al hecho de que cuatro de las cinco principales nacionalidades de las personas que buscan protección internacional provienen de América Latina. Esto refleja un patrón de migración más familiar (Accem, 2023). Sin embargo, en 2021 se produjo un aumento significativo del número de hombres que buscan protección, ya

que los hombres representan el 64% del total. Este cambio se vio influenciado por la presencia de tres países africanos (Marruecos, Malí y Senegal) entre los cinco principales países de origen. Esto indica un patrón de migración más masculinizado (Zubrzycki & Alvarado, 2015). Como resultado, la nacionalidad destaca claras diferencias en las experiencias de las personas de América Latina y las del África subsahariana. El duelo de la primera experiencia está marcado por preocupaciones relacionadas con el estrés social vinculado a las dificultades para lograr el proyecto migratorio, junto con la nostalgia que esto conlleva (Kananian et al., 2021).

Este duelo se intensifica debido a las similitudes entre países (de origen y de acogida), en el idioma y algunas tradiciones, pero muy diferentes en aspectos culturales, paisajes, etc. Por el contrario, los procedentes del África subsahariana se enfrentan a un miedo más pronunciado, posiblemente relacionado con las características del viaje migratorio, a menudo marcado por amenazas constantes de mafias y medios de transporte asociados (como barcos, natación, saltar la valla fronteriza desde Marruecos, etc.). (Achotegui, 2021; De la Revilla et al., 2011). Esto plantea una mayor dificultad para encajar sus recuerdos o aspiraciones en formas aceptables que cumplan con los criterios para la ciudadanía plena en la mayoría de los estados (Appadurai, 2019)

Variables como el estado civil se asocian con la pérdida de identidad. Estar casado o divorciado puede estar relacionado con tener una mayor carga familiar. La responsabilidad adicional de la vida familiar podría contribuir a una percepción más intensa de la pérdida de identidad, posiblemente debido a la necesidad de equilibrar las expectativas y los roles familiares con las demandas del nuevo entorno cultural.

Del mismo modo, el nivel educativo y el dominio del idioma juegan un papel crucial en la pérdida de identidad. La transición de un país a otro, especialmente con la educación secundaria, puede resultar en validaciones lentas y desafíos para obtener trabajos calificados. Este proceso a menudo conduce a ocupar trabajos más precarios y físicos, lo que afecta la percepción del estatus y los logros personales (Hasan et al., 2021). Además, el dominio intermedio del idioma está relacionado con dejar atrás el idioma nativo, un componente fundamental de la identidad cultural (Feinberg et al., 2020). Este desafío lingüístico agrega una capa adicional de complejidad al proceso de adaptación, afectando potencialmente la autoimagen y el sentido de pertenencia cultural y, según varios estudios (Gleeson et al., 2020; Watkins et al., 2012), incluso la depresión. El análisis de los factores emocionales asociados a la migración destacado en este estudio revela una tríada emocional compuesta por el miedo, la nostalgia y la preocupación por el país de origen. Los migrantes que experimentan intensos sentimientos de nostalgia y anhelo, acompañados de un fuerte deseo de regresar permanentemente, tienden a experimentar niveles más altos de miedo. Un estudio publicado en Italia (Battaglia et al., 2023) amplía esta

comprensión explicando cómo el miedo puede conducir a una mayor activación, ansiedad, estrés o incluso trastornos psiquiátricos y una difícil regulación emocional.

Entre los hallazgos, también destacan los sentimientos de culpa y la conspiración de silencio para evitar el sufrimiento familiar. Este sentimiento se enmarca en las emociones autoconscientes, que están relacionadas con la psicopatología y situaciones vulnerables como el trauma (Vallejo-Martín et al., 2021), así como reacciones de duelo como arrepentimiento, culpa, vergüenza y niveles altos a extremos de angustia con respecto a asuntos no resueltos (Lee et al, 2022). Así, se observan relaciones entre culpa, angustia, miedo, ansiedad, estrés e incluso trauma.

Esta conexión sugiere que las emociones están interconectadas, y la intensidad de una puede amplificar otras, influyendo en la percepción general del proceso migratorio (Garcíandía-Imaz & Garcíandía-Rozo, 2023; Villaceros, 2020). La relación temporal de la residencia en el país de destino también afecta la salud (Lebano et al., 2020). Si bien el tiempo puede mejorar la adaptación, reduciendo los temores iniciales al familiarizarse con las normas culturales y los estándares sociales, las preocupaciones persistentes a largo plazo relacionadas con los desafíos económicos, las incertidumbres legales y la discriminación (Costello & Foster, 2022) puede deteriorar la salud (Berchet & Jusot, 2012). Este aspecto subraya la necesidad de intervenciones continuas y adaptativas que aborden las necesidades cambiantes de los migrantes a lo largo del tiempo, ya que el tiempo en sí mismo no resuelve necesariamente todas las dificultades, y algunos problemas pueden persistir o empeorar con el tiempo, especialmente si existen barreras estructurales en el nuevo país que dificultan la integración o el acceso a oportunidades.

La relación entre la nostalgia y el deseo de regresar permanentemente pone de manifiesto la profunda conexión emocional que algunos migrantes mantienen con su país de origen. Aquellos que extrañan intensamente su tierra natal pueden experimentar una mayor sensación de pérdida y añoranza, lo que afecta significativamente su bienestar psicológico y su capacidad para adaptarse al nuevo entorno. Es relevante señalar que la intensidad de la nostalgia parece disminuir entre quienes perciben su país de origen a través de una lente más positiva u optimista, lo que sugiere que las percepciones subjetivas del país de origen juegan un papel crucial en la forma en que los migrantes procesan sus experiencias emocionales asociadas con la migración (Frank-Job, 2020).

El papel del apoyo social en la migración actúa como un factor atenuante de las preocupaciones y ansiedades asociadas con el proceso migratorio. La presencia de seres queridos durante la migración parece actuar como un amortiguador emocional, reduciendo la ansiedad y la preocupación relacionadas con el cambio cultural y la adaptación a un nuevo entorno.

Sin embargo, a pesar de los desafíos emocionales evidenciados, cabe destacar que la mayoría de los participantes no expresan un deseo inmediato de regresar permanentemente a sus países de

origen en el futuro, lo que indica una resiliencia significativa de los migrantes frente a las dificultades emocionales asociadas con la migración (Bilecen & Vacca, 2021; Li et al., 2021).

La integración de métodos cuantitativos y cualitativos en este estudio ha permitido un examen exhaustivo del duelo migratorio. Los datos cuantitativos proporcionaron un marco sólido para identificar tendencias generales y asociaciones entre variables, como el impacto del estado de protección, el género y el nivel educativo en la experiencia del duelo, mientras que los datos cualitativos enriquecieron estos hallazgos al ofrecer información detallada sobre las experiencias vividas y los procesos emocionales subyacentes. Por ejemplo, la evidencia cualitativa iluminó cómo las condiciones legales y la proximidad cultural influyen en el sentido de identidad y la adaptación emocional de uno. De esta manera, la combinación de ambos enfoques no solo mejora la validez de nuestros hallazgos, sino que también informa el desarrollo de intervenciones y políticas de apoyo más efectivas. Estos conocimientos son cruciales para diseñar estrategias que aborden las necesidades integrales: físicas, emocionales y psicológicas de estas poblaciones vulnerables, guiando en última instancia mecanismos de afrontamiento y sistemas de apoyo más efectivos.

Una vez estudiadas las pérdidas, sus repercusiones y las estrategias empleadas para favorecer su salud y bienestar, el tercer objetivo específico se centró en profundizar en las vulnerabilidades más significativas, como es el hecho de residir en un asentamiento informal en situación se pretendió con el tercer objetivo específico, abordar vulnerabilidades destacadas, como es la experiencia de residir en un asentamiento como migrante indocumentado, teniendo en cuenta la perspectiva de género e interseccionalidad que permitiera comprender la complejidad y diversidad de estas vivencias.

Los hallazgos revelan una compleja encrucijada de factores sociales, económicos y culturales que influyen dinámicamente en las percepciones de salud de estas mujeres, así como en sus experiencias de la vida cotidiana en el asentamiento. Los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de adoptar un enfoque integral y sensible para el diseño de políticas de salud pública, que vaya más allá de la consideración de la salud como la ausencia total de enfermedad en una persona para dar cuenta de los desafíos diarios que enfrentan las mujeres indocumentadas que viven en estos asentamientos. En este sentido, los hallazgos subrayan cómo el género no opera de forma aislada, sino que se cruza con las desigualdades estructurales de vivir en el asentamiento con un estatus migratorio indocumentado y su impacto en el empleo y el nivel socioeconómico de las mujeres. Las estrategias que muchas mujeres adoptan para hacer frente a su realidad, como buscar protección a través de relaciones o aceptar trabajos precarios, se relacionan con su agencia, revelando intentos de adaptarse y contrarrestar fuerzas estructurales

que, conectadas a sistemas de dominación que se cruzan, limitan severamente sus posibilidades de acción.

Estos hallazgos se alinean con los reportados en investigaciones anteriores que destacan la influencia de los determinantes sociales sobre la salud de los migrantes (Wilkinson & Marmot, 2003). Asimismo, coinciden con los reportados por estudios recientes como el realizado por Villa-Rodríguez et al. (2023), quienes examinaron la vida de las mujeres migrantes que residen en asentamientos y denominaron esta realidad como un tipo de "sinhogarismo oculto". Su trabajo revela cómo vivir en ellas influye en la salud de las mujeres a través de la exclusión social, así como de los graves obstáculos que dificultan seriamente su acceso a los recursos sanitarios esenciales, como el empleo y la protección social. Además, las barreras a los servicios básicos de salud y educación, las barreras lingüísticas y la falta de redes de apoyo social aparecen como factores que aumentan los procesos de vulnerabilidad que afectan a las mujeres migrantes (Bojorquez, 2015; Ezeh et al., 2017). En línea con un estudio publicado por Carruth et al. (2021), el presente estudio revela que estos factores, combinados con la exposición a la precariedad laboral, aumentan el riesgo de sufrir enfermedades físicas y mentales. Los hallazgos muestran cómo dificultades como perder el trabajo debido a la asistencia a citas médicas, la ausencia de transporte público y el costo inasequible de la atención médica, actúan como barreras significativas para acceder a los servicios de salud. Estos desafíos están directamente relacionados con las precarias condiciones de vida en los asentamientos y están estrechamente relacionados con los mecanismos estructurales que reproducen las desigualdades sociales en salud. Subrayan la necesidad urgente de respuestas sociales, políticas y de salud que no solo sean sensibles a la complejidad de estas realidades vividas, sino que también estén atentas a las dinámicas de poder que se cruzan, incluidas las relacionadas con el género y el estatus migratorio, que dan forma a las interacciones de los individuos con los sistemas y estructuras que afectan su vida cotidiana.

En ausencia de seguridad administrativa y jurídica, los desafíos de la falta de permisos de trabajo dificultan seriamente las posibilidades de empleo, relacionándose negativamente con el desarrollo y disfrute de una buena salud (Flick et al., 2017; Lai et al., 2022). Un estudio realizado por Castañeda et al. (2022) destacó que las condiciones de vida precarias, la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a los servicios de salud constituyen factores críticos que afectan a los migrantes indocumentados.

Estos desafíos, especialmente en los casos en que las mujeres experimentaron mejores condiciones de vida en sus países de origen, llaman la atención sobre las pérdidas inherentes al proceso migratorio y la vida en asentamientos informales. Los hallazgos coinciden con la literatura (Padilla et al., 2021) que muestra cómo los asentamientos pueden aumentar el riesgo

de condiciones físicas nocivas para la salud, como la falta de agua y las temperaturas extremas. Sin embargo, en el presente caso, los hallazgos van un paso más allá para dar cuenta de las formas en que tales condiciones pueden representar una amenaza para las mujeres a nivel social, con dinámicas que las amenazan tanto en términos de integridad como de seguridad personal. En este sentido, el concepto de duelo migratorio desarrollado por Achotegui (2009) aborda específicamente los impactos en la salud asociados a los procesos de ajuste cultural y personal involucrados en la migración. Las condiciones de vida precarias en los asentamientos agravan el duelo migratorio y complican el proceso de adaptación cultural, afectando sus dinámicas de desculturación continua y aculturación simultánea (Ferrer et al., 2014). Estas circunstancias generan sentimientos de nostalgia, vacío y frustración, que pueden interferir con el funcionamiento diario y afectar negativamente la salud (Dowling et al., 2019; Regata-Cuesta, 2019). Las narrativas de los participantes revelaron percepciones y experiencias vinculadas a pérdidas personales significativas, como la separación de los niños y la familia, y la ausencia de estabilidad básica en la vida, que surgieron como los principales contribuyentes a la angustia emocional. La migración se convierte en una fuente de tensión psicológica cuando las personas se dan cuenta de su incapacidad para satisfacer las demandas de sus nuevas circunstancias, lo que lleva a una mayor angustia y ansiedad crónica y prolongada (Niño, 2020). Cuando tales condiciones persisten y se intensifican, el proceso de adaptación asociado al duelo migratorio puede evolucionar hacia una forma más severa de sufrimiento psicológico, conocida como Síndrome de Ulises (Achotegui, 2017).

En nuestro caso de estudio, la consideración del Síndrome de Ulises requiere la consideración del trabajo de Eguiluz (2021). En su trabajo, enfatiza cómo debe abordarse desde una perspectiva de género que contemple los viajes y las pérdidas que configuran específicamente la situación de vulnerabilidad vivida por estas mujeres. La perspectiva de género es crucial para comprender las experiencias de las mujeres migrantes (Winbush & Selby, 2015). Diferentes estudios (Steil et al., 2019; Grycuk, 2020) sostienen que, en investigaciones realizadas en contextos occidentales, como el presente estudio, el mero hecho de ser mujer constituye un factor de riesgo para experimentar un duelo complicado. Además de los múltiples y complejos factores estresantes que surgen del discurso relacionado con la migración y el ajuste de las expectativas, los participantes a veces informaron sentimientos de vulnerabilidad y miedo derivados de experiencias como la violación u otras formas de acoso profesional y sexual (Regata-Cuesta, 2019; Tesfaye et al., 2021).

Las participantes en este estudio informaron sentimientos de miedo constante al abuso y destacaron cómo algunas mujeres pueden verse obligadas a adoptar estrategias o comportamientos que podrían comprometer su dignidad y bienestar para sobrevivir frente a

oportunidades de empleo limitadas e inseguridad legal. Estos testimonios ilustran los procesos específicos de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres migrantes y subrayan cómo tales experiencias generan la capacidad de enfrentar de manera efectiva el duelo migratorio. En apoyo de esto, Morina et al. (2011) concluyeron que las mujeres tienen siete veces más probabilidades de sufrir un duelo complicado.

Los hallazgos revelan inequidades derivadas de las dimensiones que se cruzan posicionando a las mujeres migrantes indocumentadas que viven en asentamientos, revelando cómo la percepción de salud de las mujeres, así como su experiencia de vida cotidiana viviendo en estos asentamientos, son atravesadas por procesos de vulnerabilidad que se cruzan. Estos resultados subrayan la importancia de enfoques de atención médica culturalmente competentes que sean sensibles a las dimensiones estructurales, de género y migratorias que configuran las experiencias de estas mujeres, y que promuevan una atención equitativa y consciente del contexto (Cáceres-Titos et al., 2025).

Por último, el cuarto objetivo específico, se corresponde con la tercera y última fase, orientado a comprender las dificultades percibidas por los profesionales de enfermería en cuidados paliativos al brindar atención a pacientes con antecedentes culturales diferentes a los suyos.

Las tasas de inmigrantes ancianos están aumentando en Europa y otros países desarrollados, lo que enfatiza la necesidad de adaptar el sistema de salud a poblaciones diversas (Mata et al., 2021). En este contexto, e independientemente de la etnia, la religión y la cultura, los esfuerzos para facilitar el acceso a la atención médica deben alinearse con la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), concretamente con los ODS 3 y 10. En el contexto de los procesos de final de vida, la adopción de un enfoque culturalmente competente para la atención es esencial, ya que abarca procesos de atención que tienden a las necesidades físicas, al tiempo que incluye igualmente las necesidades emocionales, sociales y espirituales de los pacientes migrantes (Braun & Clarke, 2021; García-Navarro et al., 2023). Desde esta perspectiva, abordar estas necesidades requiere habilidades que permitan a los profesionales de la salud brindar atención al final de la vida de manera adecuada considerando las perspectivas de los pacientes y ganándose su confianza. La importancia de esto está confirmada por estudios que muestran cómo los pacientes que confían en sus profesionales de la salud reportan comportamientos más beneficiosos, menos síntomas, una mayor calidad de vida y más satisfacción con sus tratamientos [Barr et al., 2024; Wanko-Keutchafo et al., 2022].

En nuestro estudio, nuestros resultados coinciden con estas ideas. En cuanto a la importancia de los obstáculos lingüísticos y culturales en los pacientes terminales, nuestros datos coinciden con los estudios existentes (Hayes et al., 2020), refiriéndose a que la ausencia de un idioma común puede ser un obstáculo fundamental que dificulte la efectividad en la comunicación. A este

respecto, también se refieren a la importancia del lenguaje no verbal. Como muestra la investigación, el lenguaje no verbal (incluida la expresión facial y la entonación de la voz, entre otros) puede abarcar hasta el 93% de la comunicación interpersonal (Hayes et al., 2020; Kirk et al., 2004). Por lo tanto, los profesionales de la salud deben aprender que sus gestos, posiciones y expresiones no verbales pueden revelar empatía y confianza o, por el contrario, reflejar su incomodidad o desinterés.

La diversidad en las actitudes y prácticas relacionadas con la muerte fue otro factor que nuestros datos revelaron como significativamente relevante. Las diferencias en este punto pueden dar lugar a malentendidos y conflictos si no se tratan adecuadamente. A pesar de que algunas creencias culturales sobre cómo "las cosas malas suceden una vez que hablas de ellas" pueden llevar a evitar hablar abiertamente sobre la muerte, o que hablar con los pacientes sobre su muerte y los procesos de morir suprime sus esperanzas (Österlind & Hensch, 2021), los pacientes a menudo tienen sus propias preferencias cuando hablan de la muerte (Těšinová et al., 2024). Por lo tanto, es esencial examinar cuidadosamente cómo lo hacen, ajustándose a su estilo de comunicación y a sus necesidades de información en cada momento. Concurriendo con estudios similares, nuestros resultados identificaron que, para las enfermeras, ocultar información a los pacientes representaba un desafío, ya que contradecía los supuestos sobre su autonomía que son característicos de la cultura occidental (Pokorn & Mikolič, 2020). La complejidad que estos factores engloban en los procesos comunicacionales al final de la vida confirma la urgente necesidad de revisar los recursos disponibles actualmente en los entornos de salud. En esta línea, nuestros datos también confirman la necesidad de implementar recursos de interpretación que vayan más allá de la mera traducción de palabras, y aquí la figura de los mediadores interculturales aparece como una solución viable (Barclay et al., 2007; Oosterveld-Vlug et al., 2017).

Además de los factores anteriores, nuestros datos también destacan la importancia de considerar las diversas redes sociales que brindan apoyo a los pacientes migrantes terminales, ya que muchos carecen de familias en el país de acogida. Nuestros informes se refirieron a la necesidad de incluir a los compatriotas en el plan de atención. El papel de las ONG y las iniciativas comunitarias en la prestación de apoyo social y práctico también surgió como un factor esencial. En las redes sociales, o en ausencia de ellas, estos dos elementos cubren necesidades que, entre otras, pueden incluir asistencia práctica y acompañamiento emocional (De Diego-Cordero et al., 2022; Jaiswal & Halkitis, 2019).

De acuerdo con la investigación existente, nuestros datos destacaron que los profesionales de la salud vieron la necesidad de ser sensibles y respetuosos con las necesidades espirituales, religiosas y culturales de los pacientes, incluso cuando difieren de las propias (Abraham, 2024;

Magaña, 2020). Nuestros hallazgos refuerzan la importancia de abordar las preocupaciones espirituales en el cuidado holístico de enfermería. Las enfermeras necesitan desarrollar competencias para participar en conversaciones significativas sobre espiritualidad respetando las diversas creencias. Colaborar con proveedores de atención espiritual capacitados, como capellanes, puede mejorar la calidad de la atención al final de la vida al ofrecer apoyo espiritual personalizado, aliviar la angustia existencial y guiar a los pacientes a través de las decisiones al final de la vida. La integración de los servicios de capellanía en los equipos de cuidados paliativos garantiza que los pacientes reciban un apoyo cultural y espiritualmente apropiado, fomentando una sensación de paz y dignidad en sus últimos momentos (Batstone et al., 2020).

A pesar de esto, nuestros datos coincidieron con estudios que identifican influencias socioculturales, racismo sutil y prejuicios, como factores que causan una falta de confianza en las interacciones entre los proveedores de atención médica y los pacientes en poblaciones vulnerables (Kaihlainen et al., 2019). La amenaza potencial que puede representar tal desconfianza puede estar relacionada con otra preocupación identificada por los participantes: la falta de tiempo y espacio. Nuestras narrativas revelan que las realidades cotidianas de los profesionales están atravesadas por la falta de espacios apropiados y tiempo suficiente para construir procesos adecuados de comunicación con los pacientes terminales y sus familias. Además, los espacios disponibles no ofrecen a los pacientes terminales y sus familias un entorno íntimo para participar en dichos procesos de manera segura. Esto es particularmente problemático en contextos culturalmente diversos, donde la comunicación puede requerir más tiempo y sensibilidad al construir conexiones basadas en la confianza (Kee et al., 2018).

Además de todos estos factores, nuestros datos revelan barreras que deben tenerse en cuenta para lograr una comunicación efectiva. En esta área, los enfermeros identifican una importante carencia en cuanto a la formación específica y las habilidades relativas a la comunicación intercultural entre los profesionales de enfermería. Además, afirman que esta formación debe incluir habilidades relacionadas con su propia autogestión emocional. En esta línea, los estudios confirman la importancia de suplir esta debilidad profesional, refiriéndose a que los profesionales siguen pidiendo herramientas culturalmente específicas en su práctica diaria (Elliot et al., 2016). Además, la falta de habilidades de los proveedores de atención para hacer frente a las barreras lingüísticas y culturales puede conducir a niveles más bajos de empatía, conversación social y vinculación con migrantes y pacientes provenientes de minorías étnicas (Ellman et al., 2012; Fitzpatrick et al., 2017). A pesar de que la capacitación en cuidados paliativos emerge como un área en desarrollo en el plan de estudios de la academia, existe una ausencia notable con respecto a los cuidados paliativos culturalmente sensibles, y los profesores que enseñan en este

campo a menudo no se sienten equipados para capacitar a los estudiantes en esta área (Lu et al., 2014).

En un mundo cada vez más multicultural, los cuidados al final de la vida deben reflejar la diversidad que abarcan. Considerar las perspectivas de los enfermeros que atienden a pacientes culturalmente diversos, mejora la calidad de la atención tanto para los profesionales como para los pacientes durante sus momentos finales, fomentando un ambiente de atención más inclusivo y humanizado. En relación con esto, nuestros resultados delimitan cómo las percepciones de los enfermeros se alinean bien con los obstáculos que dificultan una idea de cuidado que está bien alineada con las necesidades reales de los pacientes. Directa e indirectamente, reflejan una conciencia sobre cómo las experiencias y perspectivas de los pacientes influyen en sus necesidades, valores y objetivos. Con esta evidencia, se puede considerar que la regla de oro de tratar a los demás como a uno le gustaría ser tratado puede ser cuestionada. Siguiendo la *regla Platino* de Chochinov (2022), coincidimos con la necesidad de tratar a los pacientes como a ellos mismos les gustaría ser tratados, teniendo en cuenta sus valores y creencias. En esta línea, el concepto de humildad cultural en la salud parece especialmente relevante, ya que se refiere a la necesidad de mantener una autoevaluación permanente, ser conscientes de los desequilibrios de poder y el desarrollo de conexiones mutuamente beneficiosas en la prestación de cuidados (Lekas et al., 2020). En este contexto, los obstáculos identificados aquí serían particularmente útiles como punto de partida para pensar en posibles soluciones para mejorar la atención en pacientes culturalmente diversos en el contexto de la atención al final de la vida.

CAPÍTULO 8

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO



Fase 1. Experiencia migratoria como factor de vulnerabilidad

Una fortaleza clave de este estudio es su uso del Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA), que permitió una comprensión profunda de cómo las mujeres que buscan protección internacional dan sentido a sus experiencias de duelo migratorio. Este enfoque facilitó la exploración de dimensiones emocionales, culturales y existenciales complejas, a menudo pasadas por alto en modelos cuantitativos o puramente clínicos. Dar voz a las mujeres que habitan condiciones legales y sociales particularmente precarias contribuye a llenar un vacío significativo en la literatura y pone en primer plano las realidades vividas de la migración forzada desde una perspectiva del émic y centrada en el significado. El estudio también destaca el papel activo de estas mujeres en la construcción de resiliencia y significado a través de prácticas colectivas, cuidado y espiritualidad, ofreciendo información valiosa para una atención culturalmente competente e informada sobre el trauma.

Sin embargo, hay que reconocer algunas limitaciones. Aunque la muestra es pequeña, esto se alinea con las características del Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA), que prioriza la profundidad y la riqueza del análisis sobre la generalización estadística. Esta metodología permite una exploración detallada de las experiencias subjetivas de los participantes y los significados que les atribuyen, lo que es particularmente relevante en contextos de alta vulnerabilidad.

Sin embargo, la transferibilidad de los hallazgos puede verse limitada por el contexto sociopolítico específico en el que se llevó a cabo el estudio, así como por factores lingüísticos, religiosos y culturales que dan forma a las experiencias migratorias y las expresiones de duelo. Además, aunque se emplearon estrategias reflexivas como el diario y las notas de campo, junto con la triangulación de los investigadores, para fortalecer la credibilidad del análisis, los resultados están inevitablemente moldeados por las interpretaciones de los investigadores. Esta interpretación se reevaluó posteriormente en discusiones en equipo, donde se reconsideraron el contexto cultural y la dinámica de poder, lo que llevó a una comprensión más matizada. Del mismo modo, después de las primeras entrevistas, el equipo de investigación revisó la guía de entrevistas para reflejar mejor las trayectorias migratorias no lineales de los participantes y evitar imponer suposiciones occidentales sobre la temporalidad y el procesamiento del duelo.

El mediador intercultural desempeñó un papel fundamental más allá de la traducción lingüística durante las entrevistas. Fue consultada durante la fase de análisis para aclarar el significado de las expresiones, los gestos emocionales y las pausas culturalmente arraigados. Por ejemplo, cuando varios participantes se refirieron a la "tristeza" al describir su estado diario, el mediador

ayudó a contextualizar este término como una forma socialmente aceptada de expresar un sufrimiento emocional más profundo, incluido el miedo y la desesperanza. Su aporte influyó directamente en la interpretación de temas clave y contribuyó a un análisis culturalmente sensible. La investigación futura podría beneficiarse de la incorporación de perfiles más diversos cultural y lingüísticamente, así como enfoques longitudinales para explorar cómo evolucionan los significados del duelo migratorio con el tiempo.

Además, los diseños de investigación participativos o coproducidos podrían empoderar a las comunidades y mejorar la relevancia y el impacto de los hallazgos. La integración de estos enfoques apoyaría una mayor apropiación comunitaria y contribuiría a la traducción de políticas, fomentando en última instancia intervenciones más efectivas y justas.

Fase 2. Duelo migratorio en diferentes contextos

Este estudio proporciona una comprensión profunda de cómo las mujeres migrantes indocumentadas que viven en asentamientos informales perciben y experimentan su salud. El enfoque cualitativo, basado en entrevistas individuales semiestructuradas, permitió la aparición de narrativas ricas y matizadas que de otro modo podrían permanecer invisibles. La colaboración de mediadores interculturales fue una fortaleza clave, facilitando la confianza, el entendimiento mutuo y la precisión cultural y lingüística durante todo el proceso de investigación.

Sin embargo, se deben reconocer varias limitaciones. En primer lugar, los hallazgos se basan en una pequeña muestra específica del contexto de mujeres migrantes indocumentadas africanas que viven en una región del sur de España, lo que limita la generalización de estos hallazgos a otras poblaciones migrantes o entornos geográficos. En segundo lugar, dada la sensibilidad del tema y la situación vulnerable de las participantes, es posible que las respuestas estuvieran influenciadas por el sesgo de deseabilidad social, lo que llevó a algunas mujeres a retener información o a enmarcar sus experiencias de una manera que percibieron como más aceptable. En tercer lugar, aunque se tuvo mucho cuidado para garantizar la fidelidad de la traducción, incluida la participación de mediadores interculturales y la validación de las transcripciones, algunos significados, emociones o matices culturales pueden haberse perdido o alterado en el proceso, lo que podría afectar la participación de los participantes y la interpretación de los hallazgos.

A pesar de estas limitaciones, el estudio proporciona información valiosa sobre las experiencias vividas por una población altamente subrepresentada y destaca la importancia de los enfoques culturalmente sensibles y conscientes del contexto en la investigación de la salud.

Fase 3. Perspectiva y abordaje profesional desde la enfermería

Este estudio tiene algunas limitaciones. Un mayor desarrollo de nuestro trabajo podría beneficiarse de un área geográfica más amplia que nos permitiría examinar un contexto más amplio y, por lo tanto, considerar más dimensiones en el estudio. A pesar de esta limitación, nuestros hallazgos ofrecen una revisión profunda de las percepciones de los enfermeros con respecto a las dificultades y obstáculos identificados en su práctica diaria. Pueden ser particularmente beneficiosos para mejorar la atención al final de la vida, en contextos culturalmente diversos.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES



La experiencia migratoria se configura como un proceso profundamente interseccional, donde género, clase social, cultura, situación administrativa y condiciones de vida se entrelazan moldeando un duelo migratorio único para cada persona. Este duelo afecta simultáneamente a la salud física, emocional, relacional y espiritual, por lo que requiere ser comprendido desde una mirada amplia y humanizada. Las mujeres migrantes, especialmente aquellas en situación de indocumentación, residentes en asentamientos o solicitantes de protección internacional, enfrentan riesgos adicionales derivados de desigualdades estructurales, precariedad y exclusión social, lo que las convierte en un grupo de especial vulnerabilidad. Al mismo tiempo, muestran recursos internos de fortaleza y resiliencia que permiten afrontar el duelo migratorio, manteniendo la esperanza y reconstruyendo proyectos de vida en contextos adversos.

Para la enfermería, estos hallazgos ponen de relieve la urgencia de fortalecer la competencia cultural, mejorar las habilidades de comunicación, reconocer el duelo migratorio como un fenómeno clínico y social, y ofrecer un acompañamiento que valore la historia personal, el trasfondo cultural y las condiciones estructurales que influyen en el sufrimiento. En un mundo globalizado, donde las migraciones son un elemento estructural de nuestras sociedades, individualizar el cuidado teniendo en cuenta la cultura no es una opción, sino una responsabilidad ética y profesional. Solo desde una perspectiva culturalmente informada, sensible y compasiva es posible responder a la complejidad del duelo migratorio y a las necesidades reales de quienes lo viven, promoviendo la equidad en salud.

De forma específica, la primera fase muestra cómo las pérdidas y el sufrimiento inherente a la migración forzada generan respuestas emocionales profundas. Aunque algunas informantes recurren a la presencia, la gratitud o la espiritualidad como formas de afrontamiento, estas estrategias deben entenderse como respuestas adaptativas moldeadas por la ausencia de apoyo estructural y la necesidad de navegar por condiciones adversas. Los resultados apuntan a la necesidad urgente de intervenciones sociales y sanitarias que incluyan apoyo emocional, espacios de narración, redes comunitarias y prácticas de compasión, especialmente en contextos marcados por la precariedad y la invisibilidad social.

La segunda fase profundiza en las emociones asociadas al duelo migratorio y cómo variables sociodemográficas y migratorias las modulan. La conexión emocional con el país de origen intensifica el sufrimiento, mientras que el apoyo social y la estabilidad jurídica actúan como factores protectores. Estos hallazgos resaltan la importancia de diseñar intervenciones que aborden no solo aspectos materiales, sino también dimensiones emocionales y relacionales. Además, evidencian cómo el género moldea la percepción de salud entre mujeres migrantes

indocumentadas en asentamientos, para quienes la salud se encuentra relacionada con el cuidado familiar, la supervivencia diaria y su rol dentro del hogar.

Por último, la tercera fase destaca la necesidad de incorporar de manera transversal la competencia cultural en la formación de enfermería y el desarrollo profesional continuo. La mediación intercultural, el reconocimiento de las redes de apoyo comunitarias, la creación de espacios que permitan una comunicación significativa y la atención a la dimensión espiritual emergen como componentes esenciales del cuidado. La promoción de la humildad cultural, entendida como una autoevaluación constante y una relación basada en el respeto mutuo, puede mejorar tanto la calidad del acompañamiento al final de la vida como el bienestar de los profesionales.

En conjunto, esta tesis contribuye a comprender de manera integral el duelo migratorio y ofrece claves para transformar la atención sanitaria desde una perspectiva humana, justa, compasiva y culturalmente competente.

CHAPTER 9

CONCLUSIONS



The migratory experience is shaped as a deeply intersectional process in which gender, social class, culture, administrative status, and living conditions intertwine, giving rise to a unique migratory grief for each person. This grief simultaneously affects physical, emotional, relational, and spiritual health, and therefore requires understanding from a broad and humanized perspective. Migrant women—especially those who are undocumented, living in settlements, or seeking international protection—face additional risks derived from structural inequalities, precarity, and social exclusion, which place them in a position of particular vulnerability. At the same time, they demonstrate internal resources of strength and resilience that enable them to cope with migratory grief, sustain hope, and rebuild life projects in adverse contexts.

For nursing, these findings highlight the urgency of strengthening cultural competence, improving communication skills, recognizing migratory grief as both a clinical and social phenomenon, and providing accompaniment that values personal history, cultural background, and the structural conditions shaping suffering. In a globalized world, where migration is a structural element of our societies, individualizing care by taking culture into account is not an option but an ethical and professional responsibility. Only from a culturally informed, sensitive, and compassionate perspective can we respond to the complexity of migratory grief and the real needs of those experiencing it, thereby promoting health equity.

Specifically, the first phase shows how losses and the suffering inherent to forced migration generate profound emotional responses. Although some participants resort to presence, gratitude, or spirituality as coping mechanisms, these strategies should be understood as adaptive responses shaped by the absence of structural support and the need to navigate adverse conditions. The results point to the urgent need for social and healthcare interventions that include emotional support, storytelling spaces, community networks, and compassionate practices, especially in contexts marked by precarity and social invisibility.

The second phase delves into the emotions associated with migratory grief and how sociodemographic and migratory variables modulate them. Emotional connection with the country of origin intensifies suffering, while social support and legal stability act as protective factors. These findings underscore the importance of developing interventions that address not only material aspects but also emotional and relational dimensions. Furthermore, they reveal how gender shapes health perceptions among undocumented migrant women living in settlements, for whom health is closely linked to family care, daily survival, and their roles within the household.

Finally, the third phase highlights the need to incorporate cultural competence transversally into nursing education and ongoing professional development. Intercultural mediation, recognition of community support networks, the creation of spaces that enable meaningful communication, and attention to the spiritual dimension emerge as essential components of care. Promoting cultural humility—understood as continuous self-evaluation and relationships grounded in mutual respect—can enhance both the quality of end-of-life care and the well-being of healthcare professionals.

Taken together, this thesis contributes to an integrated understanding of migratory grief and offers key insights to transform healthcare from a human, just, compassionate, and culturally competent perspective.

CAPÍTULO 10

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA



Los resultados obtenidos en la presente tesis revelan la necesidad de transformar las prácticas de cuidado en contextos marcados por la vulnerabilidad social, adoptando modelos éticos, equitativos y culturalmente competentes. La experiencia migratoria, atravesada por factores interseccionales como el género, la situación administrativa, la inseguridad residencial, la precariedad laboral o la fragilidad de las redes de apoyo, impacta de forma significativa en las percepciones de salud, en los modos de afrontar el sufrimiento y en las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios. Comprender esta complejidad exige que las intervenciones dirigidas a personas migrantes que viven en contextos precarios eviten enfoques reduccionistas y biomédicos y promuevan formas de atención profundamente sensibles al contexto, a la historia personal y a las condiciones estructurales que moldean el sufrimiento.

En el ámbito clínico, resulta indispensable fortalecer en los profesionales de la salud competencias como la escucha activa, la sensibilidad cultural, la capacidad de autorreflexión sobre los propios prejuicios y la habilidad para establecer relaciones terapéuticas basadas en la confianza y el respeto. Solo desde una actitud de humildad cultural se pueden reconocer los límites del propio marco interpretativo y abrir espacios de encuentro auténtico ante personas cuyas experiencias vitales y trayectorias de sufrimiento pueden ser distintas. De igual modo, un enfoque sensible al género, a la diversidad cultural y a la desigualdad social debe guiar la toma de decisiones, garantizando un acceso real y equitativo a los servicios de salud.

Sin embargo, mejorar la práctica clínica requiere también transformaciones estructurales. Los sistemas de salud deben avanzar hacia modelos de acceso universal e inclusivo, incorporando reformas regulatorias que protejan a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, fortaleciendo la coordinación interseccional, promoviendo la mediación intercultural y ofreciendo una formación continua en competencia cultural. La reducción de barreras mediante unidades móviles, programas de acompañamiento, apoyo al transporte, horarios flexibles y procesos administrativos accesibles constituye un paso imprescindible para garantizar la equidad. Estas medidas deben articularse con intervenciones orientadas a fortalecer la agencia y el empoderamiento individual y comunitario, fomentando redes vecinales, liderazgo comunitario y espacios de confianza que favorezcan la continuidad de cuidado.

A la luz de los resultados, también se hace evidente la necesidad de revisar la organización de los entornos de atención sanitaria para crear condiciones que posibiliten una comunicación real. Prestar atención a la dimensión espiritual del sufrimiento, así como colaborar con capellanes y proveedores de apoyo espiritual cuando sea pertinente, amplía la comprensión del cuidado e integra aspectos que muchas personas migrantes consideran esenciales para dar sentido a su

experiencia. Este enfoque holístico no solo mejora la atención al final de la vida y en situaciones de especial vulnerabilidad, sino que también contribuye al bienestar de los profesionales, ayudándoles a gestionar mejor las emociones complejas asociadas a su labor.

En este marco, los hallazgos de la tesis se enmarcan en una verdad humana universal: cada ser humano es un universo oculto. Historias invisibles y duelos que nadie ve conviven en el interior de quienes llegan a los servicios sanitarios. Y, sin embargo, cada persona guarda también una fuerza secreta que constituye el núcleo del cuidado: la capacidad de ofrecer presencia. En un mundo donde tantas veces se premia la indiferencia, la compasión permite rescatar la dignidad humana. Integrar esta mirada permite recuperar la esencia del cuidado. Supone reconocer que la técnica sin humanidad es insuficiente y que la sensibilidad sin estructura se queda incompleta. La combinación de cambios organizativos, formación continua y presencia compasiva constituye, por tanto, la vía más sólida para avanzar hacia un sistema de salud verdaderamente inclusivo y centrado en la persona, para tratar de desarrollar el bienestar de cada uno de nosotros.

CAPÍTULO 11

BIBLIOGRAFÍA



- Abedini, N. C., Downey, L., Engelberg, R. A., Curtis, J. R., & Sharma, R. K. (2022). End-of-life healthcare utilization and palliative care use among older adults with limited English proficiency. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(10), 2847–2857. <https://doi.org/10.1111/jgs.17913>
- Abel, E. K. (2003). From exclusion to expulsion: Mexicans and tuberculosis in Los Angeles, 1914-1940. *Bulletin of the History of Medicine*, 77(4), 823-849.
- Abraham, D. M. (2024). A methodological framework for descriptive phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research*, 46(5), 1378-1391. <https://doi.org/10.1177/01939459241308071>.
- Abrams, J. A., Tabaac, A., Jung, S., & Else-Quest, N. M. (2020). Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Social Science & Medicine*, 258, 113138. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113138>
- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., ... & Zhou, S. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606-2654.
- Accem. (2023). *Informe Personas Refugiadas en España y en la Unión Europea (2023)*. <https://www.accem.es/refugiados/informe-personas-refugiadas-datos-2022/>
- Achotegui, J. (2022). *Los siete duelos de la migración y la interculturalidad* (Vol. 2070). *Ned ediciones*.
- Achotegui, J. (2021). El síndrome del inmigrante con duelo migratorio extremo: el síndrome de Ulises. *Aperturas psicoanalíticas*, 68, e2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8118702>
- Achotegui, J. (2017). Acerca de la Psiquiatrización y el Sobrediagnóstico de los Traumas en los Inmigrantes y Refugiados. *Temas de Psicoanálisis*, 13, 1-14.
- Achotegui, Joseba. (2009) "Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)." *Zerbitzuan* 46.163, 163-171.
- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. *Medicina y Cultura*, 88–100.
- Adger, W. N., Fransen, S., Safra de Campos, R., & Clark, W. C. (2024). Migration and sustainable development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 121(3), e2206193121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2206193121>
- Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- Anam, M., & Chiang, S. H. (2007). Rural–urban migration of family labor: A portfolio model. *The Journal of International Trade & Economic Development*, 16(3), 325-335. <https://doi.org/10.1080/09638190701526477>
- Anderson, R. J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P. C., & Low, J. T. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 33(8):926–41. <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>.
- Appadurai, A. (2019). Traumatic exit, identity narratives, and the ethics of hospitality. *Television & New Media*, 20(6), 558–565. <https://doi.org/10.1177/1527476419857678>

- Arango, J., Mahia, R., Malapeira, D. M., & Sánchez-Montijano, E. (2019). Inmigración, elecciones y comportamiento político. *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 16-30. <https://doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2019.16>
- Armstrong, K., Putt, M., Halbert, C. H., Grande, D., Schwartz, J. S., Liao, K., ... & Shea, J. A. (2013). Prior experiences of racial discrimination and racial differences in health care system distrust. *Medical care*, 51(2), 144-150. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31827310a1>
- Awuah, K. G. B., & Abdulai, R. T. (2022). Urban land and development management in a challenged developing world: An overview of new reflections. *Land*, 11(1), 129. <https://doi.org/10.3390/land11010129>
- Azhar, A., Buttrey, H., & Ward, P. M. (2021). "Slumification" of consolidated informal settlements: A largely unseen challenge. *Current Urban Studies*, 9(3), 315-342. <https://doi.org/10.4236/cus.2021.93018>
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54(7), 102378. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102378>
- Ballentyne, S., Drury, J., Barrett, E. & Marsden, S. (2021). Lost in transition: What refugee post-migration experiences tell us about processes of social identity change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 31(5), 501–514.
- Bambra, C. (2022). Placing intersectional inequalities in health. *Health & place*, 75, 102761. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102761>
- Barclay, J. S., Blackhall, L. J., & Tulskey, J. A. (2007). Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 958-977. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.9929>.
- Barr, K. R., Hawker, P., Winata, T., Wang, S., Smead, M., Ignatius, H., ... & Shea, J. A. (2024). Family member and service provider experiences and perspectives of a digital surveillance and service navigation approach in multicultural context: a qualitative study in identifying the barriers and enablers to watch me Grow-Electronic (WMG-E) program with a culturally diverse community. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07243-0>.
- Battaglia, S., Nazzi, C. & Thayer, J. F. (2023). Heart's tale of trauma: Fear-conditioned heart rate changes in post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(6), 551-563. <https://doi.org/10.1111/acps.13602>
- Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3609–3624. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
- Benjamins, M. R., & Middleton, M. (2019). Perceived discrimination in medical settings and perceived quality of care: A population-based study in Chicago. *PloS one*, 14(4), e0215976. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215976>
- Berchet, C., & Jusot, F. (2012). État de santé et recours aux soins des immigrés en France: une revue de la littérature. HAL Post-Print, hal-01593735. <https://hal.science/hal-01593735/document>

Bilecen, B. & Vacca, R. (2021). The isolation paradox: A comparative study of social support and health across migrant generations in the US. *Social Science & Medicine*, 283, 114204. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114204>

Bradby, H., Lebano, A., Hamed, S., ... & Giacco, D. (2020). Policy makers', NGO, and healthcare workers' accounts of migrants' and refugees' healthcare access across Europe—human rights and citizenship based claims. *Frontiers in Sociology*, 5,6. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.00016>

Braun, V., & Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201–16. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>.

Brell, C., Dustmann, C., & Preston, I. (2020). The labor market integration of refugee migrants in high-income countries. *Journal of Economic Perspectives*, 34(1), 94–121. <https://doi.org/10.1257/jep.34.1.9>

Boccagni, P. (2012). Practising motherhood at a distance: Retention and loss in Ecuadorian transnational families. *Journal of ethnic and migration studies*, 38(2), 261-277. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2012.646421>

Boelen, P. A., & Van Den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2175-2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2175>

Bogue, D. J. (1977). A Migrant's-Eye View of the Costs and Benefits of Migration to a Metropolis. *Internal migration*. Academic Press, 167-182.

Bojorquez, I. (2015). Salud mental y migración internacional. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 111-113. <https://doi.org/10.18273/revsal.v47n2-2015006>

Borrell, C., Artazcoz, L., (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública* 82, 241–249. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272008000300001>

Borrell, C., García-Calvente, M. D. M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18, 02-06. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(04\)71997-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(04)71997-9)

Boss, P. (2001). [Book review] Ambiguous loss, learning to live with unresolved grief. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(2), 278-278. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb01159.x>

Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American journal of public health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>

Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and Depression*; Basic Books.

Boyd, R., & Richerson, P. J. (1989). The evolution of indirect reciprocity. *Social networks*, 11(3), 213-236. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(89\)90003-8](https://doi.org/10.1016/0378-8733(89)90003-8)

Bhugra, D. & Becker, M. A. (2005). Migración, duelo cultural e identidad cultural. *Psiquiatría Mundial: Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*. 4 (1), 18–24.

Bunn, M., Samuels, G., & Higson-Smith, C. (2023). Ambiguous loss of home: Syrian refugees and the process of losing and remaking home. *Wellbeing, Space and Society*, 4, 100136. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2023.100136>

Buus, N., & Perron, A. (2020). The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). *International journal of nursing studies*, 102, 103452. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103452>

Butler, J. (2002). *Gender trouble*. Routledge.

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.

Byrow, Y., Pajak, R., McMahon, T., Rajouria, A. & Nickerson, A. (2019). Barriers to mental health help-seeking amongst refugee men. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(15), 2634. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152634>

Cáceres-Titos, M. J., Porrás-Santana, J. M., Cabillas-Romero, R. M., & García-Navarro, E. B. (2025). Managing cultural diversity in end-of-life care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 24(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01759-6>

Calderón, Á. R., & Del Olmo, A. O. (2005). Historia, presente y perspectiva de las migraciones en España. *ICE, Revista de Economía*, (826).

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181-184.

Carrió-Fito, J., & Terrón-Pérez, M. (2024). Knowledge and training among nursing students regarding the conspiracy of silence in palliative care: Participatory action research. *Nurse Education in Practice*, 79, 104086. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104086>

Carruth, L., Martínez, C., Smith, L., Donato, K., Piñones-Rivera, C., & Quesada, J. (2021). Structural vulnerability: migration and health in social context. *BMJ Global Health*, 6(Suppl 1), e005109. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005109>

Casado, B. L., Hong, M. & Harrington, D. (2010). Medición del duelo migratorio y la pérdida asociados con la experiencia de la inmigración. *Research on Social Work Practice*, 20(6), 611–620. <https://doi.org/10.1177/1049731509360840>

Castañeda, H. (2022). Anthropological Approaches to Migration and Health. *A Companion to Medical Anthropology*, 230-244. <https://doi.org/10.1002/9781119718963.ch13>

Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36(1), 375-392.

Castillo Ramírez, G. (2020). Migración forzada y procesos de violencia: Los migrantes centroamericanos en su paso por México. *Revista Española de Educación Comparada*, 35, 153-172. <https://doi.org/10.5944/reec.35.2019.25620>

Cassin, B., & Linares, A. M. (2022). *La nostalgia*. Alianza Editorial.

Chelak, K., & Chakole, S. (2023). The role of social determinants of health in promoting health equality: a narrative review. *Cureus*, 15(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.33425>

Chochinov HM. The platinum rule: A new standard for Person-Centered care. *Journal of Palliative Medicine*, 25(6):854–6. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0075>.

Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M. & Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>

Crawley, H., Garba, F., & Nyamnjoh, F. (2022). Migration and (in) equality in the Global South: Intersections, contestations, and possibilities. *Zanj: The Journal of Critical Global South Studies*, 5(1-2), 1-13. <https://www.jstor.org/stable/48676301>

CEAR. (2020). *Informe 2020: Las Personas Refugiadas en España y Europa*. <https://www.cear.es/informe-cear-2020/>

Cepaim, F. (2018). Aproximación a la magnitud del fenómeno de los asentamientos de inmigrantes en España. *Fundación Cepaim: Madrid, Spain*.

Chitac, I. M. (2022). The rationale for saturation in qualitative research: When practice informs theory. *Cross-Cultural Management Journal*, 24(1), 29-35.

Ciobanu, R. O., Nedelcu, M., Ammann, E. S., & Van Holten, K (2020). Intersections between ageing and migration: current trends and challenges. *Swiss Journal of Sociology*, 46(2), 187–97. <http://doi.org/10.2478/sjs-2020-0010>.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1300. <https://doi.org/10.5944/reec.35.2019.25620>

Conteh, A., Wilkinson, A. & Macarthy, J. (2021). Exploring gender, health, and intersectionality in informal settlements in Freetown. *Gender & Development*, 29(1), 111–129. <https://doi.org/10.1080/13552074.2021.1885215>

Corrêa, A. S. (2017). Reflections on the formation of the individual: considerations about the idea of compassion. *Psicologia USP*, 28, 239-246. <https://doi.org/10.1590/0103-656420140015>

Costello, C. & Foster, M. (2022). (Some) refugees welcome: When is differentiating between refugees' unlawful discrimination?. *International Journal of Discrimination and the Law*, 22(3), 244–280. <https://doi.org/10.1177/13582291221116476> (2022).

Czaika, M. & Reinprecht, C. (2022). Impulsores de la migración: ¿Por qué la gente migra? *Introducción a los estudios sobre migración: una guía interactiva de la literatura sobre migración y diversidad*, 49-82. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67285-9_3

De Diego-Cordero, R., Tarrino-Concejero, L., Vargas-Martínez, A. M., & García-Carpintero Muñoz, M. A. (2022). Effects of an educational intervention on nursing students' attitudes towards Gypsy women: A non-randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 113, 105383. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105383>.

De Graaff, F.M., & Francke, A.L. (2009). Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by gps and nurses: a survey. *BMC Palliative Care*, 8(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-8-3>

De Haas, H. (2021). A theory of migration: the aspirations-capabilities framework. *Comparative migration studies*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40878-020-00210-4>

De la Revilla, L., De los Ríos Álvarez, A. M., Luna del Castillo, J. D., Gómez García, M., Valverde Morillas, C., & López Torres, G. (2011) Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención primaria*, 43(9), 467–473. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.013>

Deleu, H., Thys, R., & Schrooten, M. (2022). The role of non-profit organisations in the support of people experiencing homelessness in Brussels. *European journal of*

homelessness, 16(1), 101-126. https://www.feantsaresearch.org/download/ejh_16-1_deleu_et_al14102963803126024571.pdf

Derose, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health affairs*, 26(5), 1258-1268. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1258>

Díaz, C. R., & Caballero, E. G. (2017). La situación internacional de las personas refugiadas y su imagen en Twitter. Un reto para la intervención desde el Trabajo Social. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (59), 190-207.

Díaz-Millón, M., & Olvera-Lobo, M. D. (2025). Systematic meta-review on migrant healthcare access: Language barriers and the role of translation. *Journal of migration and health*, 12, 100358. <https://doi.org/10.1016/j.imh.2025.100358>

Djelantik, A. M. J., de Heus, A., Kuiper, D., Kleber, R. J., Boelen, P. A., Smid, G. E. (2020). Post-Migration Stressors and Their Association with Symptom Reduction and Non-Completion During Treatment for Traumatic Grief in Refugees. *Frontiers in psychiatry*, 11 407. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00407>

Domingo, A., & Bayona-i-Carrasco, J. (2024). Second Latin American migratory boom in Spain: From recovery to COVID-19. *Migration Studies*, 12(1), 93-113. <https://doi.org/10.1093/migration/mnad039>

Dossett, L. A., Kaji, A. H., & Cochran, A. (2021). SRQR and COREQ reporting guidelines for qualitative studies. *JAMA Surgery*, 156(9):875. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0525>.

Dowling, A., Enticott, J., Kunin, M., & Russell, G. (2019). The association of migration experiences on the self-rated health status among adult humanitarian refugees to Australia: An analysis of a longitudinal cohort study. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1033-z>

Dumbrava, C. (2024). EU Migration and Borders, Key Facts and Figures. *Online. European Parliamentary Research Service, 2024, (s 6)*. [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI\(2024\)747406](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2024)747406)

Eastmond, M. (2007). Las historias como experiencia vivida: Narrativas en la investigación sobre migraciones forzadas. *Revista de Estudios sobre Refugiados*, 20, 248–264.

Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of Qualitative Research in Psychology*, 193-209. SAGE.

Eguiluz, I. (2021). Entre Ulises y Penélope: integrar la perspectiva de género en los estudios sobre la salud mental de las mujeres migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 29(63), 159-177. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006310>

Elliott, A. M., Alexander, S. C., Mescher, C. A., Mohan, D., & Barnato, A. E. (2016). Differences in physicians' verbal and nonverbal communication with black and white patients at the end of life. *Journal of Pain Symptom Manage*, 51(1):1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.008>.

Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229. <https://doi.org/10.1348/014466599162782>

Ellman, M. S., Schulman-Green, D., Blatt, L., Asher, S., Viveiros, D., & Clark, J. (2012). Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students. *Journal of Palliative Medicine*, 15(11), 1240–7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0038>.

Else-Quest, N. M., & Hyde, J. S. (2016). Intersectionality in quantitative psychological research: II. Methods and techniques. *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), 319-336. <https://doi.org/10.1177/0361684316647953>

Eurostar (2025). Demography of Europe 2025 Edition. Oficina de Estadística de la Unión Europea. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2025>

Eyrich-Garg, K. M., & Hudson, K. M. (2021). Journey of a policy change to include fathers in homeless shelters. *New research on parenting programs for low-income fathers*, 168-182.

Ezeh, A., Oyebo, O., Satterthwaite, D., Chen, Y. F., Ndugwa, R., Sartori, J., ... & Lilford, R. J. (2017). The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *The lancet*, 389(10068), 547-558. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31650-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31650-6)

Fagundo-Rivera, J., García-Lozano, M. S., Portero-Prados, F. J., Romero-Castillo, R., Badillo-Sánchez, N., & Fernández-León, P. (2021). Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 35(3), 407–422, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042>

Falicov, C. (2002). Ambiguous loss: Risk and resilience in Latino immigrant families. In M.M. Suárez-Orozco & M. Paez (Eds.), *Latinos: Remaking America* (pp. 274–288) Berkeley: University of California Press.

Falicov, C. (1999). *Clínica de las Familias Migratorias. Revista Perspectivas Sistémicas*, 15 (1), 43.

Fasani, F., Frattini, T., & Minale, L. (2022). (The Struggle for) Refugee Integration into the Labour Market: Evidence from Europe. *Journal of Economic Geography*. 22, 379–416. <https://doi.org/10.1093/jeg/lbab014>

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The lancet*, 365(9467), 1309-1314.

Feinberg, I., O'Connor, M. H., Owen-Smith, A., Ogrodnick, M. M. & Rothenberg, R. (2020). The relationship between refugee health status and language, literacy, and time spent in the United States. *HLRP Health Literacy Research and Practice*, 4(4), e230–e236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260221>

Fernández, M. M., & Quiroga, A. F. (2023). La trata en las mujeres temporeras y asentamientos en Huelva, España: nuevas vulnerabilidades, nuevos desafíos. *Revista Espiga*, 22(46), 179-180.

Fernández Gutiérrez, R., Fernández Álvarez, N., Morán Suárez, M. L., Solís García, P., Fontanil, Y., & Alcedo, M. (2024). Violence against women with disabilities: a literature review.

Ferrer, R., Palacio, J., Hoyos, O., & Madariaga, C. (2014). Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales. *Psicología desde el Caribe*, 31(3), 557-576. <https://doi.org/10.14482/psdc.31.3.4766>

Ferrero, M. V. (2016). ¿Barreras al asilo? Notas sobre el sistema de protección internacional en España. <https://www.cidob.org/en/publications/barriers-asylum-notes-system-international-protection-spain>

Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. (2017). Palliative care in undergraduate medical Education—How Far have we come?? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(8):762–73. <https://doi.org/10.1177/1049909116659737>.

Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health*, 17(5), 339–53. <https://doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1>.

Flick, U., Hans, B., Hirsland, A., Rasche, S., & Röhnsch, G. (2017). Migration, unemployment, and lifeworld: Challenges for a new critical qualitative inquiry in migration. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 77-88. <https://doi.org/10.1177/1077800416655828>

Frank-Job, B. (2020). *La migración como Proceso: el concepto de temporalidad en blogs de migrantes latinoamericanos a Quebec* Vol. 108 Kipu-Verlag. <https://doi.org/10.4119/unibi/2943279>.

Foerster, K., & Kanske, P. (2021). Exploiting the plasticity of compassion to improve psychotherapy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 39, 64–71.

Foucault, M. *The Will to Knowledge: The History of Sexuality*, Vol. 1. Pantheon Books.

Fuentes, M. N. (2020). Salud y duelo en el proceso migratorio. *Educación, Salud y Medioambiente Ciudadanos*, 1, 1-12. <https://doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.06>

Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). *Are we there yet? Data saturation in qualitative research*. *Qual Rep.* 2015; 20 (9): 1408–1416. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>

García-Navarro, E. B., & Da Costa, E. M. T. (2017). Intercultural mediation at the end of life. Different perceptions of the same process. *Procedia-Social and Behaviour Sciences*, 237, 649–53. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.036>.

García-Navarro, E. B., Garcia-Navarro, S., & Cáceres-Titos, M. J. (2023). How to manage the suffering of the patient and the family in the final stage of life: A qualitative study. *Nursing Reports*, 13(4),1706–20. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040141>.

Garciandía Imaz, J. A. & Garciandía Rozo, I. (2023). Semiología de la Migración. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 251–264. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.03.002>

García-Sierra, R., Fernández-Cano, M. I., Manresa-Domínguez, J. M., Feijoo-Cid, M., Moreno Gabriel, E., Arreciado Marañón, A., ... & Torán-Monserrat, P. (2020). Psychological distress and somatization in immigrants in primary health care practices. *Healthcare*, 8(4), 557. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040557>

Garcini, L.M., Galvan, T., Peña, J.M., Klonoff, E.A., Parra-Medina, D., Ziauddin, K., Fagundes, C.P. (2019). A high price paid”: Migration-related loss and distress among undocumented Mexican immigrants. *Journal of Latinx Psychology*, 7, 245–255. <https://doi.org/10.1037/lat0000125>

Gerber K, Maharaj E, Brijnath B, & Antoniadis J. (2024). End-of-life care for older first-generation migrants: a scoping review. *BMJ Supportive Palliative Care*, 14(e1), e211–9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002617>.

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to healthcare for migrant patients in Europe: healthcare discrimination and translation services.

International journal of environmental research and public health, 18(15), 7901.
<https://doi.org/10.1016/j.wss.2025.100290>

Gilbert, P., Huxter, M., & Choden. (2024). Exploration of evolution-informed compassion-focused therapy and Buddhist approaches to insight meditation: a three-way exploration. *Mindfulness*, 15(5), 1014-1037. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02141-4>

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., ... & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>

Gkiouleka, A., Wong, G., Sowden, S., Bambra, C., Siersbaek, R., Manji, S., ... & Ford, J. (2023). Reducing health inequalities through general practice. *The Lancet Public Health*, 8(6), e463-e472.

Gleeson, C., Frost, R., Sherwoods, L., Shevlin, M., Hyland, P., Halpin, R., Murphy, J., Silove, D. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793567>

Gómez-Salgado, J., Carrión-Rico, D., García-Iglesias, J. J., Climent-Rodríguez, J. A., Miranda-Plata, R., Pichardo-Hexamer, R., ... & Allande-Cussó, R. (2024). Psychological distress among unemployed migrants settling in southwestern Spain: a cross-sectional study. *Medicine*, 103(15), e37418. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037418>

González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social (Universidad Nacional de Colombia)* 7, 77–97.

Greenhalgh, T. (2016). *Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector*.

Grycuk, E. (2020). The impact of the difference in individualism, acculturation, and gender on migratory grief and psychological well-being: a cultural comparison. <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/36451>

Grotti, V., Malakasis, C., Quagliariello, C., Sahraoui, N (2018). Shifting vulnerabilities: gender and reproductive care on the migrant trail to Europe. *Comparative Migration Studies*, 6, 23. <https://doi.org/10.1186/s40878-018-0089-z>

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105. Sage.

Hagen-Zanker, J. (2008). Why do people migrate? A review of the theoretical literature. *A Review of the Theoretical Literature (January 2008)*. Maastricht Graduate School of Governance Working Paper No.2008/WP002. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1105657>

Hanssens, L. G., Detollenaere, J. D., Van Pottelberge, A., Baert, S., & Willems, S. J. (2017). Perceived discrimination in primary healthcare in Europe: evidence from the cross-sectional QUALICOPC study. *Health & social care in the community*, 25(2), 641-651. <https://doi.org/10.1111/hsc.12353>

Harper, D., & Thompson, A. R. (Eds.). (2011). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons.

Hasan, S. I. Yee, A., Rinaldi,., Azham, A. A., Mohd Hairi, F., & Amer Nordin, A. S. (2021). Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(12), e0260221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260221>

- Haug, S. (2008). Migration networks and migration decision-making. *Journal of ethnic and migration studies*, 34(4), 585-605. <https://doi.org/10.1080/13691830801961605>
- Hawkes, C.; Norris, K.; Joyce, J.; & Paton, D. (2021). Exploring resilience, coping and wellbeing in women of refugee background resettled in regional Australia. *Frontiers in Psychology*, 12, 704570.
- Hayes, B., Fabri, A. M., Coperchini, M., Parkar, R., Austin-Crowe, Z. (2020) Health and death literacy and cultural diversity: insights from hospital-employed interpreters. *BMJ Supportive Palliative Care*, 10(1), e8–8. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001225>.
- Hernández, P. C. (2019). Migración, racismo y exclusión: análisis de las experiencias de mujeres latinoamericanas en Barcelona. *Oxímora. Revista Internacional de Ética y Política*, 80-94.
- Högländer, J., Holmström, I. K., Lövenmark, A., Van Dulmen, S., Eide, H., & Sundler, A.J. (2023). Registered nurse–patient communication research: an integrative review for future directions in nursing research. *Journal of Advancing Nursing*, 79(2), 539–62. <https://doi.org/10.1111/jan.15548>.
- Hong, H. C., Lee, H., Collins, E. G., Park, C., Quinn, L., & Ferrans, C. E. (2018). Factors affecting trust in healthcare among middle-aged to older Korean American women. *BMC women's health*, 18(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0609-x>
- Hsia, R. Y., & Gil-González, D. (2021). Perspectives on Spain's legislative experience providing access to healthcare to irregular migrants: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 11, e050204. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050204>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *Bmj*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *Can. Journal of Psychiatry*, 63, 297–303.
- International Organization for Migration (IOM). (2022). Annual report 2021. IOM, Geneva. <https://publications.iom.int/books/annual-report-2021>
- International Organization for Migration (IOM). (2011). *Glossary on Migration, 2nd ed.*; IOM. https://publications.iom.int/system/files/pdf/jml25_1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Inmigrantes por comunidad autónoma según continente de origen de la migración a España. National Institute of Statistics. Estadística Continua de Población (ECP)*. https://ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=22274#_tabs-tabla
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2025). Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía. Portal de Datos Estadísticos y Geoespaciales del IECA. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/operaciones/consulta/anual/78108?CodOper=b3_151&codConsulta=78108
- Jaiswal, J., & Halkitis, P. N. (2019). Towards a more inclusive and dynamic Understanding of medical mistrust informed by science, 45(2), 79–85. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1619511>.
- Jansky, M., Owusu-Boakye, S., & Nauck, F. (2019). An odyssey without receiving proper care– experts' views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. *BMC Palliative Care*, 18(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0392-y>.

Jarallah, Y. & Baxter, J. (2019). Gender disparities and psychological distress among humanitarian migrants in Australia: A moderating role of migration pathway? *Conflict. Health*, 13, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0196-y>

Jedinger, A., Eisentraut, M., & Masch, L. (2025). The COVID-19 Pandemic and the Search for Scapegoats: Examining the Link Between COVID-19 Conspiracy Beliefs and Ethnic Prejudice. *Psychological Reports*, 00332941251372867. <https://doi.org/10.1177/00332941251372867>

Jerves, E., Rober, P., Enzlin, P., & De Haene, L. (2020). Ambiguous loss in transnational families' adolescents: An exploratory study in Ecuador. *Family Process*, 59, 725–739.

Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., Granero-Molina, J., Lardon Galindo, V., Hernandez Sola, C., Ventura-Miranda, M. I., Hernández-Padilla, J. M., & El Marbouhe El Faqyr, K. (2023). Irregular migrants' experiences of health disparities while living in informal settlements during the COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 79(5), 1868-1881. <https://doi.org/10.1111/jan.15606>

Jinpa, T. (2015). *A fearless heart: why compassion is the key to greater wellbeing*. Hachette UK.

Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L., & Gurpegui, M. (2017). Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 10(1), 45-58. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.02.004>

Kaihlainen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>.

Kanian, S., Starck, A. & Stangier, U. (2021). Cultural adaptation of CBT for Afghan refugees in Europe: A retrospective evaluation. *Clinical Psychology European*. <https://doi.org/10.32872/cpe.5271>

Kee J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. H. (2018). Communication skills in patient-Doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professional Education*, 4(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>.

Kirk, P., Kirk, I., & Kristjanson, L. J. (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*, 328(7452), 1343. <https://doi.org/10.1136/bmj.38103.423576.55>.

Kirkbride, J. B.; Anglin, D.M.; Colman, I.; Dykxhoorn, J.; Jones, P.B.; Patalay, P.; Griffiths, S.L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23, 58–90.

Kirmayer, L. J.;Rousseau, C., & Guzder, J. (2013). Introduction: The place of culture in mental health services. In *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, pp. 1–20. Springer.

Kirmayer, L.J.; Sehdev, M.; Whitley, R.; Dandeneau, S.F.; & Isaac, C. (2009). Community resilience: Models, metaphors and measures. *International Journal of Indigenous Health*, 5, 62–117.

Kleinman, A. (2015). Supplementary Module 1: Explanatory Model. *DSM-5® Handbook on the cultural formulation interview* (p. 56).

Klitzman, R., Di Sapia Natarelli, G., Garbuzova, E., Sinnapan, S., & Al-Hashimi, J. (2023). Muslim patients in the U.S confronting challenges regarding end-of-life and palliative care:

The experiences and roles of hospital chaplains. BMC Palliative Care, 22(28). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01144-1>.

Krakauer, E.L., Crenner, C., & Fox, K. (2002). Barriers to optimum End-of-life care for minority patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 50(1):182–90. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50027.x>.

Krieger, N. (2012). Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *American journal of public health*, 102(5), 936-944. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300819>

Kröner, S.M., & Beedholm, K. (2019). How discourses of social vulnerability can influence nurse–patient interactions: A Foucauldian analysis. *Nursing Inquiry*, 26, e12309. <https://doi.org/10.1111/nin.12309>

Kokou-Kpolou, C. K., Moukouta, C. S., Masson, J., Bernoussi, A., Cénat, J. M., & Bacqué, M. F. (2020). Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *Journal of Affective Disorders*, 267, 171-184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.026>

Kwame, A., Petrucka, P. M. (2022). Universal healthcare coverage, patients’ rights, and nurse-patient communication: a critical review of the evidence. *BMC Nursing*, 21(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00833-1>.

La Barbera, M. (2014). Identity and migration: An introduction. In *Identity and migration in Europe: Multidisciplinary perspectives* (pp. 1-13). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-10127-9_1

Lai, H., Due, C., & Ziersch, A. (2022). The relationship between employment and health for people from refugee and asylum-seeking backgrounds: A systematic review of quantitative studies. *SSM-population health*, 18, 101075. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101075>

Lambert E, Strickland K, Gibson J. Cultural considerations at end-of-life for people of culturally and linguistically diverse backgrounds: A critical interpretative synthesis. *J Clin Nurs*. 2023. <https://doi.org/10.1111/jocn.16710>.

Lambert, S. D. & Loiselle, C. G. (2008). Combinación de entrevistas individuales y grupos focales para mejorar la riqueza de datos. *Journal of Advancing Nursing*, 62(2), 228–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04559.x>

Lazarus, R.; & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*; Springer Publishing Company: New York, NY, USA (pp. 181–205).

Llácer, A., Zunzunegui, M. V., Del Amo, J., Mazarrasa, L., & Bolúmar, F. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants’ health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(2), ii4-ii10. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061770>

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., ... & Linos, A. (2020). Migrants’ and refugees’ health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

Lee, E.S. (1966). A theory of migration. *Demography* 3, 47–57. <https://doi.org/10.2307/2060063>

- Lee, S. A., Neimeyer, R. A., Mancin, V. O. & Breen, L. J. (2022). Unfinished business and self-blaming emotions among those bereaved by a COVID-19 death. *Death Studies*, 46(6), 1297–1306. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2067640>
- Leiler, A., Hollifield, M., Wasteson, E. & Bjärtå, A. (2019). Suicidal Ideation and Severity of Distress among Refugees Residing in Asylum Accommodations in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2751. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152751>
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*; National League for Nursing Press.
- Lekas, H. M., Pahl, K., & Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13, 1178632920970580. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>.
- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity and Health*, 20, 49–65.
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Zheng, X., Xu, B., Ding, Y., Ling, P., Zhou, M., & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry* <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Liebig, T., & Tronstad, K. R. (2018). *Triple Disadvantage? A First Overview of the Integration of Refugee Women*; OECD Social, Employment and Migration Working Papers; OECD, 216.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Lindert, J., Von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 69(2), 246-257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>
- Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J., & Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1294-1299. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2041-5>
- Lloyd, A. (2020). Shaping the contours of fractured landscapes: Extending the layering of an information perspective on refugee resettlement. *Information Processing & Management*, 57(3), 102062. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2019.102062>
- Mbembe, A. (2020). *Necropolitics*. Duke University Press.
- Love, B., Vetere, A., & Davis, P. (2020). Should interpretative phenomenological analysis (IPA) be used with focus groups? Navigating the bumpy road of “iterative loops,” idiographic journeys, and “phenomenological bridges”. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920921600. <https://doi.org/10.1177/1609406920921600>
- Lown, B. A. (2015). Compassion is a necessity and an individual and collective responsibility: comment on " Why and how is compassion necessary to provide good quality healthcare?". *International Journal of Health Policy and Management*, 4(9), 613.
- Lu, P.Y., Tsai, J. C., & Tseng, S. Y. H. (2014) Clinical teachers' perspectives on cultural competence in medical education. *Medical Education*, 48(2):204–14. <https://doi.org/10.1111/medu.12305>.

- Macdonald, L. M. (2016). Expertise in everyday Nurse–Patient conversations: the importance of small talk. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 2333393616643201. <https://doi.org/10.1177/2333393616643201>.
- Magaña, D. (2020). Local Voices on Health Care Communication Issues and Insights on Latino Cultural Constructs. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 42(3), 300–23. <https://doi.org/10.1177/0739986320927387>.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607>
- Marchetti-Mercer, M.C. (2012). Those easily forgotten: The impact of emigration on those left behind. *Family Process*, 51, 376–390. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01397.x>
- Martínez-Salgado C. (2012). El Muestreo En investigación cualitativa: principios básicos y Algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613–9. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>.
- Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. E. (1993). Theories of international migration: A review and appraisal. *Population and development review*, 431-466. <https://www.jstor.org/stable/2938462>
- Mata, Á. N. D. S., De Azevedo, K. P. M., Braga, L. P., De Medeiros, G. C. B. S., De Oliveira Segundo, V. H., Bezerra I. N. M, & Colleagues. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>.
- Mata, J., Gualda, E., Pachón, V., Rebollo, C., & Domínguez, J. L. (2025). From data to detection: Developing a corpus and training language models for the identification of anti-refugee narratives in Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.array.2025.100526>
- Mendola, D., & Pera, A. (2022). Vulnerability of refugees: Some reflections on definitions and measurement practices. *International Migration*, 60(5), 108-121. <https://doi.org/10.1111/imig.12942>
- Mian, R, & Rejnö, Å. (2024). The meaning of culture in nursing at the end of life– an interview study with nurses in specialized palliative care. *BMC Palliative Care*, 23:166. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01493-5>.
- Momartin, Silove, D., Manicavasafar, V., & Steel, Z. (2006) A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185(7), 357–361. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00610.x>
- Moreno, G. P., Engel, J. L. & Polo, S. A. (2007). Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención primaria* 39(11), 609–614. <https://doi.org/10.1157/13112198>
- Morina, N., Lersner U, V., & Prigerson, H. G. (2011). War and bereavement: consequences for mental and physical distress. *PLoS. One*, 6(7), e22140, [10.1371/journal.pone.0022140](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022140)
- Mwita, K. (2022). Factores que influyen en la saturación de datos en estudios cualitativos. *International Journal of Research and Bussiness and Social Science*, 11(4), 414-420. <https://doi.org/10.20525/ijrbs.v11i4.1776>
- Naderifar, M., Goli, H. & Ghaljaie, F. (2017). Muestreo de bola de nieve: un método intencionado de muestreo en la investigación cualitativa. *Strides in Development of Medical Education*. <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>

- Nakphong, M. K., Young, M. E. D. T., Morales, B., Guzman-Ruiz, I. Y., Chen, L., & Kietzman, K. G. Social exclusion at the intersections of immigration, employment, and healthcare policy: A qualitative study of Mexican and Chinese immigrants in California. *Social Science & Medicine*, 298, 114833. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114833>
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... & Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639.
- Ndumbi, P., Del Romero, J., Pulido, F., Velasco Arribas, M., Drona, F., Blanco Ramos, J. R., ... & Álvarez-del Arco, D. (2018). Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *The European Journal of Public Health*, 28(3), 451-457. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx225>
- Najjarkakhaki, A. & Ghane, S. (2023). El papel de los procesos migratorios y los factores culturales en la clasificación de los trastornos de la personalidad. *Transculto. Psiquiatría*, 60(1), 99–113. <https://doi.org/10.1177/13634615211036408>
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L. & Glaesmer, H. (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflicts in Health*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z>
- Negi, N. J., Siegel, J. L., Sharma, P. B., & Fiallos, G. (2021). “The solitude absorbs and it oppresses”: ‘Illegality’ and its implications on Latino immigrant day laborers' social isolation, loneliness and health. *Social science & medicine*, 273, 113737. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113737>
- Ngameni, E. G., Moro, M. R., Kokou-Kpolou, C. K., Radjack, R., Dozio, E., & El Hussein, M. (2024). An examination of the impact of psychosocial factors on mother-to-child trauma transmission in post-migration contexts using interpretative phenomenological analysis. *Child Care in Practice*, 30(3), 274-289. <https://doi.org/10.1080/13575279.2022.2071220>
- Nickerson, A., Liddell, B. J., Maccallum, F., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2014). Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*, 14, 106. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-106>
- Nightingale, F. (1895). Training of nurses. *A History of Nursing: The Evolution of Nursing Systems from the Earliest Times to the Foundation of the First English and American Training Schools for Nurses*, Vol. 2.
- Niño, F. M. (2020). Salud y duelo en el proceso migratorio. *ESAMEC. Education Journal. Health, Environment and Citizenship*, (1), 47-55. <https://doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.06>
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Sciences*, 8(6), 65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>.
- Observatorio de Desigualdad en Andalucía. (2025). VI Informe ODA: Migraciones y desigualdades sociales en Andalucía [Informe]. <https://observatoriodesigualdadandalucia.org/recursos/vi-informe-oda-migraciones-y-desigualdades-sociales-andalucia-2025/>
- Organización de Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Oosterveld-Vlug, M. G., Francke, A. L., Pasman, H. R. W., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2017). How should realism and hope be combined in physician–patient communication at

the end of life? An online focus-group study among participants with and without a Muslim background. *Palliative Supportive Care*, 5(3):359–68. <https://doi.org/10.1017/s1478951516000833>.

Ostios, J. M. (2012). Educación e historia. Aprender de la historia: los orígenes de las migraciones. *Foro de Educación*, (14), 291-294.

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). Informe anual del 2019 (Documento C/111/5). https://governingbodies.iom.int/es/system/files/es/council/111/C-111-5%20-%20Informe%20Anual%20de%202019_0.pdf

Ortega-Galán, Á. M., Cabrera-Troya, J., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I, Ruiz-Fernández, M. D. (2020). Spiritual dimension at the end of life: A phenomenological study from the caregiver's perspective. *Journal of Religion and Health*, 59(3):1510–23. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00896-6>.

Orphanopoulos, C. M. (2019). La compasión: diálogo con M. Nussbaum y E. Levinas. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 75(285), 947-961.

Österlind, J., Henoch, I. (2021). The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12334. <https://doi.org/10.1111/nup.12334>.

Padilla, F. M. G., Alcón, M. S., Galán, Á. O., de la Rosa Díaz, J. D., Beltrán, M. P. A. G., & Pichardo, J. D. R. (2021). Condiciones de vida y salud de la población inmigrante de los asentamientos de Huelva: e202107113. *Revista española de salud pública*, 95, 17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8069473>

Paez-Deggeller, V. (2025). Top statistics on global migration and migrants. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/top-statistics-global-migration-migrants>

Pangrazzi, A. (1993). La dinámica del duelo. *La pérdida de un ser querido*. Arnaldo Pangrazzi (ed). Ediciones Paulinas Madrid, 21-8.

Palmer, M., Larkin, M., De Visser, R., & Fadden, G. (2010). Developing an interpretative phenomenological approach to focus group data. *Qualitative research in psychology*, 7(2), 99-121. <https://doi.org/10.1080/14780880802513194>

Panther-Brick, C., & Leckman, J. F. (2013). Resilience in child development—Interconnected pathways to wellbeing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 333–336. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12025>

Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L. M., ... & Zorba, A. (2017). Exploring nurses' meaning and experiences of compassion: an international online survey involving 15 countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), 286-295. <https://doi.org/10.1177/1043659615624740>

Pereira, R. (1995). Abordaje sistémico de la pérdida y el Duelo. *Bilbao: Escuela Vasca-Navarra de Terapia Familiar*.

Perez-Bret, E., Altisent, R., & Rocafort, J. (2016). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International journal of palliative nursing*, 22(12), 599-606. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.12.599>

Pérez-Urdiales I, Goicolea I. (2018). ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. *Atencion Primaria*, 50:368–76. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.011>

Periyakoil, V.J. (2020). The need of the hour: culturally competent care for seriously ill patients. *Journal of Palliative Medicine*, 23(4):4401. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0087>.

Permeth-Wey, J. & Borenstein, A. R. (2009). Financial Remuneration for Clinical and Behavioral Research Participation: Ethical and Practical Considerations. *Annals of Epidemiology*, 19(4), 280–285. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.01.004>

Phillimore, J. A., Bradby, H., & Brand, T. (2019). Superdiversidad, salud de la población y atención médica: oportunidades y desafíos en un mundo cambiante. *Salud pública*, 172, 93–8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.007>.

Phillips, E., Montague, J., & Archer, S. (2016). Worlds within worlds: a strategy for using interpretative phenomenological analysis with focus groups. *Qualitative Research in Psychology*, 13(4), 289–302. <https://doi.org/10.1080/14780887.2016.1205692>

Plano Clark, V. L. (2016). Mixed methods research. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 305–306. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262619>

Pokorn, N. K., & Mikolič Južnič, T. (2020). Community interpreters versus intercultural mediators: is it really all about ethics? *Translation and Interpreting Studies*, 15(1):80–107. <https://doi.org/10.1075/tis.20027.koc>.

Rahemi, Z., & Parker, V. (2021). Does culture matter? Young and middle-aged Iranian American adults' perspectives regarding end-of-life care planning. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 39(5), 555–61. <https://doi.org/10.1177/104990912111036894>.

Rattner M. (2023). Total pain': reverence and reconsideration. *Frontiers in Sociology*, 8, 1286208. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1286208>.

Razum, O, & Bozorgmehr K. (2016). Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: the example of Germany. *Global Social Policy*, 16(3), 321–4. <https://doi.org/10.1177/1468018116655267>.

Red de Investigación en Salud, Migraciones y Derechos Humanos (REDISIR). (2023). Informe sobre la situación de las personas solicitantes de protección internacional (PSPI) en España, 2023. https://www.redisir.net/wp-content/uploads/2024/02/InformeSituacionPSPI_2023.pdf

Regata Cuesta, Cristina. «La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes». *Psicosomática y Psiquiatría*, 2019, 10, <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1002>.

Renner, A., Schmidt, V., & Kersting, A. (2024). Migratory grief: A systematic review. *Psychiatry*, 15, 1303847. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1303847>

Renner, A., Jäckle, D., Nagl, M., Hoffmann, R., Röhr, S., Jung, F., Grochtdreis, T., Dams, J., König, H. H., Riedel-Heller, S., ... & et al. (2021). Predictors of psychological distress in Syrian refugees with posttraumatic stress in Germany. *PLoS ONE*, 16, e0254406. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254406>

Rodríguez, J. C. F., Pineda, N. Z. D. & Muñoz, F. M. (2020). El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. *RESI Revista de estudios en seguridad internacional*, 6(1), 101–117. <https://doi.org/10.18847/1.11.7>

Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S., & Fortunato, J. (2016). Revisión teórica de las estrategias de afrontamiento (coping) según el Modelo Transaccional de Estrés y

Afrontamiento de Lazarus & Folkman en pacientes quirúrgicos bariátricos, lumbares y plásticos. *Revista el dolor*, 66(1), 3.

Rodríguez-Calles, L., & Estrada-señor, C. (2022). La exclusión residencial de la población inmigrante: estudio de caso de Terrassa (Barcelona) y Torre-Pacheco (Murcia): Residential exclusion of immigrant population: case study of Terrassa (Barcelona) and Torre-Pacheco (Murcia). *Ciudad Y Territorio Estudios Territoriales*, 54(213), 621-640.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*; Princeton University Press.

Sahraoui, N. (2023). Externalized within, everyday bordering processes affecting undocumented Moroccans in the borderlands of Ceuta and Melilla, Spain. *Journal of Borderlands Studies*, 39:1–20. <https://doi.org/10.1080/08865655.2023.2229838>

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., ... & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Schierup, C. U., & Krifors, K. (2015). *Social exclusion: Migration and social vulnerability*. In *International migration and ethnic relations* (pp. 218-244). Routledge.

Schlaudt, V. A., Bosson, R., Williamds, M. T., German, B., Hooper, L. M., Frazier, V., Carrico, R., Ramirez, J. (2020) Traumatic experiences and mental health risk for refugees. *Internationa Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1943. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061943> (2020).

Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 179–187.

Scott, J., Mason, B., & Kelly, A. (2022). ‘After god, we give strength to each other’: young people’s experiences of coping in the context of unaccompanied forced migration. *Journal of Youth Studies*, 27(2), 178–194. <https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2118033>

Segal UA. (2019). Globalización, migración y etnicidad. *Salud pública*, 172:135–42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.011>.

Selvarajah, S., Maioli, S. C., Abi Deivanayagam, T., de Morais Sato, P., Devakumar, D., Kim, S. S., & Paradies, Y. (2022). Racism, xenophobia, and discrimination: Mapping pathways to health outcomes. *The Lancet*, 400, 2109–2124. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02484-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02484-9)

Senthanar, S., Kristman, V., & Hynie, M. (2021). Refugee women’s experiences navigating the Canadian labour market. *Journal of International Migration and Integration*, 22, 1101–1120. <https://doi.org/10.1007/s12134-020-00797-3>

Serre-Delcor N, Oliveira I, Moreno R., ... et al. (2021). A cross-sectional survey on professionals to assess health needs of newly arrived migrants in Spain. *Frontiers in Public Health*, 9, 667251. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.667251>

Singh, S. R., Eghdami, M. R., & Singh, S. (2014). The concept of social vulnerability: A review from disasters perspectives. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies*, 1(6), 71-82.

Sjaastad, L. A. (1962). The costs and returns of human migration. *Journal of political Economy*, 70(5, Part 2), 80-93. <https://doi.org/10.1086/258726>

- Strang, A. B. & Quinn, N. (2021). Integration or isolation? Refugees' social connections and wellbeing. *Journal of Refugee Studies*, 34(1), 328–353. <https://doi.org/10.1093/jrs/fez040>
- Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis: Getting at lived experience. *The journal of positive psychology*, 12(3), 303-304. <https://doi.org/10.1080/14759551.2017.1362956>
- Smith, W., Higgins, M., Kokkinidis, G., & Parker, M. (2018). Becoming invisible: The Ethics and Politics of Imperceptibility. *Culture and Organization*, 24, 54–73. <https://doi.org/10.1080/14759551.2017.1362956>
- Solheim, C., Zaid, S., & Ballard, J. (2016). Ambiguous loss experienced by transnational Mexican immigrant families. *Family Process*, 55(2), 338–353. <https://doi.org/10.1111/famp.12146>
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stamatel, J., & Zhang, C. (2018). Risk Factors for Violence Against Refugee Women. In *Refugees and Migrants in Law and Policy*; Kury, H., Redo, S., Eds.; Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71302-5_12
- Stark, O., & Bloom, D. E. (1985). The new economics of labor migration. *The American Economic Review*, 75(2), 173-178. <https://www.jstor.org/stable/1805591>
- Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schouler-Ocak, M., & Stangier, U. (2019). Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC psychiatry*, 19(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2136-1>
- Su, J. J., Masika, G. M., Paguio, J. T., & Redding, S. R. (2020). Defining compassionate nursing care. *Nursing ethics*, 27(2), 480-493. <https://doi.org/10.1177/0969733019851546>
- Summers, L. M., Summers, L., & Nelson, L. (Eds.) (2022). *Multicultural Counseling: Responding with Cultural Humility, Empathy, and Advocacy*; Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-87817-5>
- Szocik, K. (2023). Space not for everyone: The problem of social exclusion in the concept of space settlement. *Futures*, 145, 103073. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2022.103073>
- Sweileh, W. (2024). The impact of social determinants of health on international migrants' health outcomes: a bibliometric analysis. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 20(4), 634-656. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-01-2024-0006>
- Taheri, M., Harding, N., Stettaford, T., Fitzpatrick, S., & McCormack, L. (2024). Female-Specific Refugee Trauma Impacting Psychological Wellbeing Post-Settlement: A Scoping Review of Research. *Journal of Loss & Trauma*, 29, 1017–1046. <https://doi.org/10.1080/15325024.2023.2231941>
- Tala, T. A. (2023). Compassion in health: A view of its past, present and future. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 61(1), 127–134. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272023000100127>
- Tastsoglou, E., Petrinioti, X., & Karagiannopoulou, C. (2021). The gender-based violence and precarity nexus: Asylum-seeking women in the Eastern Mediterranean. *Frontiers in Human Dynamics*, 3, 660682. <https://doi.org/10.3389/fhumd.2021.660682>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* Barcelona: Paidós.

Taylor, S. J., Bogdan, R. y DeVault, M. L. (2015). *Introducción a los métodos de investigación cualitativa: una guía y un recurso*. Wiley.

Tedeschi, R.G.; & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychology Inquiry*, 15, 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>

Tesfaye, L. Agenagnew, S., Anand, G. T., Tucho, Z., Birhanu, G., Ahmed., ... et al. (2021). Mood symptoms, suicide, and associated factors among Jimma community. a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 640575, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640575>

Těšínová, J. K., Dobiášová, K., Jelínková, M., Tulupova, E., Koščík, M. (2024). Professionals' and intercultural mediators' perspectives on communication with Ukrainian refugees in the Czech healthcare system. *Health Expect*, 27(4), e14171. <https://doi.org/10.1111/hex.14171>.

Testoni, I., Wieser, M. A., Kapelis, D., Pompele, S., Bonaventura, M., Crupi, R. (2020). Lack of Truth-Telling in palliative care and its effects among nurses and nursing students. *Behavioural Sciences*, 10(5), 88. <https://doi.org/10.3390/bs10050088>.

Thimm-Kaiser, M., Benzekri, A., & Guilamo-Ramos, V. (2023). Conceptualizing the mechanisms of social determinants of health: a heuristic framework to inform future directions for mitigation. *The Milbank Quarterly*, 101(2), 486-526. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12642>

Tizon, J. (1993). *Migraciones y Salud Mental*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Tomkins, L., & Eatough, V. (2010). Reflecting on the use of IPA with focus groups: Pitfalls and potentials. *Qualitative research in psychology*, 7(3), 244-262. <https://doi.org/10.1080/14780880903121491>

Tomlinson, F. (2010). Marking difference and negotiating belonging: Refugee women, volunteering and employment. *Gender, Work & Organization*, 17, 278–296. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2009.00474.x>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Treml, J., & Kersting, A. (2018). Anhaltende Trauer [Prolonged grief disorder]. *Der Nervenarzt*, 89, 1069–1078. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0487-1>

Tu J, Shen M, & Li Z. (2022). When cultural values Meets professional values: a qualitative study of Chinese nurses' attitudes and experiences concerning death. *BMC Palliative Care*, 21(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01067-3>.

United Nations General Assembly (1950). *Draft Convention relating to the Status of Refugees*. <https://www.unhcr.org/protection/travaux/3ae6b36e0/draft-convention-relating-status-refugees.html>

Vallejo-Martin, M., Sanchez Sancha, A. & Canto, J. M. (2021). Refugee women with a history of trauma: Gender vulnerability in relation to post-traumatic stress

disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094806>

Van Hear, N., Bakewell, O., & Long, K. (2020). Push-pull plus: reconsidering the drivers of migration. In *Aspiration, desire and the drivers of migration* (pp. 19-36). Routledge.

Van der Hoek, S. (2022). Lusophony Pentecostal Churches in Berlin: Religious Identities Between Integration and Transatlantic Boundaries. *International Journal of Latin American Religions*, 6, 477–499. <https://doi.org/10.1007/s41603-022-00168-1>

Vargas, S. M., Huey Jr, S. J., & Miranda, J. (2020). A critical review of current evidence on multiple types of discrimination and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 374. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ort0000441>

Vázquez-Santiago, S., & Peña, F. G. (2016). El enfoque de género en las necesidades de atención socio-sanitaria. *Enfermería clínica*, 26(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.003>

Villa-Rodríguez, K. G., de la Fuente-Roldán, I. N., & Sánchez-Moreno, E. (2023). Una aproximación a la exclusión residencial que afecta a las mujeres migrantes: el sinhogarismo oculto. <https://doi.org/10.14198/obets.22951>

Villaceros, I. (2020). El impacto del estrés por aculturación sobre la sintomatología de los adolescentes migrantes en arica y antofagasta, chile [Acculturative stress impact and symptomatology on migrant's adolescents at Arica and Antofagasta, Chile]. *Revista Española De Educación Comparada* 35, 141–154. <https://doi.org/10.5944/reec.35.2020.25107>

Virokannas, E., Suvi, L., & Marjo, K. (2018). The Contested Concept of Vulnerability—A Literature Review. *European Journal of Social Work*, 23, 327–339. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1428256>

Wanko Keutchafo, E. L., Kerr J., & Baloyi, O. B. (2022). A model for effective nonverbal communication between nurses and older patients: A grounded theory inquiry. *Healthcare*, 10(11):2119. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112119>

Watkins, P. G., Razeed, H. & Richters, J. (2012). 'I'm telling you... the language barrier is the most, the biggest challenge': Barriers to education among Karen refugee women in Australia. *Australian Journal of Education*, 56(2), 126–141. <https://doi.org/10.1177/000494411205600203>

Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A.B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, 18, 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5883-6>

Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.

Winbush, C., & Selby, R. (2015). Finding home: South African migration to New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 27(1/2), 46-58. <https://doi.org/10.3316/informit.186985996991768>

World Health Organization. (2022). *World Report on the Health of Refugees and Migrants: Summary*; World Health Organization.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Worth, A., Irshad, T., Bhopal, R., Brown, D., Lawton, J., Grant, E., ... et al. (2009). Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *BMJ*, 338(1), b183–183. <https://doi.org/10.1136/bmj.b183>.

Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Editorial Brujas.

Zubrzycki, B. & Alvarado, L. F. S. (2015). Redes y proyectos migratorios de los senegaleses en Argentina. *Cadernos Ceru*, 26(1), 69–84. <https://doi.org/10.11606/issn.2595-2536.v26i1p69-84>

CAPÍTULO 12

ANEXOS



A. Anexo 1. Cuestionario sobre duelo migratorio

De la Revilla, L., De los Rios Álvarez, A. M., Luna del Castillo, J. D., Gómez García, M., Valverde Morillas, C., & López Torres, G. (2011) Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención primaria*, 43(9), 467–473. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.013>

Para el análisis cuantitativo, se utilizó la adaptación al español por Revilla et al. (2011) del cuestionario sobre duelo y pérdida migratoria (Casado, 2000), atendiendo a las peculiaridades descritas por Achotegui (2000). Fue validado y tuvo una consistencia Alfa de Cronbach de 0,72. Consta de 17 preguntas diseñadas para medir la intensidad del duelo y la pérdida asociados con la migración, preguntando con qué frecuencia el participante experimentó tales sentimientos en los últimos 30 días. Consta de dos preguntas para el duelo por la separación de la familia y amigos, una para el duelo por la lengua materna, tres por el duelo por la cultura, una por el duelo por la pérdida de su tierra, dos por el duelo por la pérdida de su estatus social, dos por el duelo por la pérdida de contacto con su grupo étnico y seis por el duelo por la pérdida de su seguridad física. Las preguntas se agrupan en torno a los cuatro factores principales del duelo migratorio: miedo, nostalgia, preocupación y pérdida de identidad. Los participantes respondieron utilizando una escala Likert de 4 puntos (nada, algo, bastante y muchísimo).

1. Echas de menos familia
2. Echas de menos amigos
3. Miedo a olvidar el idioma
4. Echas de menos comida
5. Echas de menos fiestas
6. Echas de menos costumbres
7. Echas de menos tu tierra
8. Preocupa la dificultad para trabajar
9. Preocupa la regularización
10. Identificación con compatriotas
11. Sentirse triste sin amigos
12. Miedo en viaje a España
13. Miedo a las mafias
14. Miedo a enfermar
15. Miedo a morir en España
16. Miedo a la repatriación
17. Miedo a agresión física-verbal

B. Anexo 2. Comité de ética para personas migrantes

CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 20/06/2023 y recogida en acta 06/23 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	PERCEPCIÓN DE SALUD EN MIGRANTES Y REFUGIADOS EN CONTEXTOS VULNERABLES ONUBENSES (, TEDOC_MIGRA_2023)
Código interno:	0426-N-23
Código de protocolo:	TEDOC_MIGRA_2023
Protocolo, Versión:	FINAL
HIP, Versión:	FINAL_29_06_23
CI, Versión:	1

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a (por accidente)

D/D^a. David Morales Pancorbo

Secretario/a

D/D^a. María Dolores Santos Rubio

Vocales

D/D^a. Amelia Jimenez Heffernan

D/D^a. Manuel Trujillo Lara

D/D^a. Yolanda Arco Prados

D/D^a. SONIA MARIA PASTOR MONTERO

D/D^a. Francisco Manuel Miguela Borrero

D/D^a. María Auxiliadora Reyes Burgos

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.



CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 20/06/2023 y recogida en acta 06/23 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	PERCEPCIÓN DE SALUD EN MIGRANTES Y REFUGIADOS EN CONTEXTOS VULNERABLES ONUBENSES (, TEDOC_MIGRA_2023)
Código interno:	0426-N-23
Código de protocolo:	TEDOC_MIGRA_2023
Protocolo, Versión:	FINAL
HIP, Versión:	FINAL_29_06_23
CI, Versión:	1

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a (por accidente)

D/Dª. David Morales Pancorbo

Secretario/a

D/Dª. María Dolores Santos Rubio

Vocales

D/Dª. Amelia Jiménez Heffernan

D/Dª. Manuel Trujillo Lara

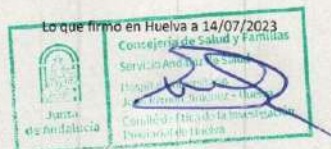
D/Dª. Yolanda Arco Prados

D/Dª. SONIA MARIA PASTOR MONTERO

D/Dª. Francisco Manuel Miguela Borrero

D/Dª. María Auxiliadora Reyes Burgos

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.



C. Anexo 3. Comité de ética para profesionales sanitarios



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PROVINCIAL DE HUELVA

D^{ña}. María Dolores Santos Rubio, Secretaria del
Comité de Ética de la Investigación Provincial de Huelva

CERTIFICA

Que este Comité, en virtud de lo previsto en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, ha evaluado la propuesta de **D^{ña}. Esperanza Begoña García Navarro** como investigadora principal del *Proyecto de Investigación* titulado: *Competencia cultural de enfermeras/os y estudiantes de enfermería y repercusión en la atención al paciente* con código de solicitud: *competencia cultural PREPROFESIONALES*, con código interno (PEIBA): *1831-N-23*, Protocolo versión *FINAL* de fecha *10-11-2023*, HIP versión *FINAL* de fecha *19-02-2024* y CI versión *FINAL* de fecha *19-02-2023*.

Y CONSIDERA QUE:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios y recogidos en la Declaración de Helsinki.

El tratamiento de los datos de carácter personal de los participantes se ajusta a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y de igual forma se ajusta a las normas de buena práctica clínica.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes. Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Por todo lo anterior:

El *Comité de Ética de la Investigación Provincial de Huelva*, en su reunión del día 13 de febrero de 2024 (Acta 02/24) tras la evaluación del citado Proyecto de Investigación emite las *Solicitud de Aclaraciones Menores* que responde en tiempo y forma, emitiéndose el **DICTAMEN FAVORABLE** definitivo.

Dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Al ejecutar este proyecto, el investigador contrae una serie de compromisos con respecto al Comité, que se detallan en el Anexo I

Lo que firmo, en **Huelva** a *fecha firma digital*

Firmado:

María Dolores Santos
Rubio
06/03/2024 09:35:10
UTC+01:00

D^{ña}. María Dolores Santos Rubio
Secretaria del CEI Provincial de Huelva

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez
Ronda Norte s/n. 21003 Huelva
Telef. 959 01 60 00



Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo al Reglamento (UE) 910/2014 y a la Ley 6/2020. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://www.firmafy.com/csv>
Código Seguro de Verificación 7f48a51692bb2493749e

D.

ANEXO I

**COMPROMISOS CONTRAÍDOS POR EL INVESTIGADOR CON RESPECTO AL
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Se recuerda al investigador que la ejecución del proyecto de investigación le supone los siguientes compromisos con el Comité:

- Ejecutar el proyecto con arreglo a lo especificado en el protocolo, tanto en los aspectos científicos como en los aspectos éticos.
- Notificar al Comité todas las modificaciones o enmiendas en el proyecto y solicitar una nueva evaluación de las enmiendas relevantes.
- Enviar al Comité un informe final al término de la ejecución del proyecto. Este informe deberá incluir los siguientes apartados:
 - Indicación del número de registro del proyecto en bases de datos públicas de proyectos de investigación, si procede;
 - la memoria final del proyecto, semejante a la que se envía a las agencias financiadoras de la investigación;
 - la relación de las publicaciones científicas generadas por el proyecto;
 - el tipo y modo de información transmitida a los sujetos del proyecto sobre los resultados que afecten directamente a su salud y sobre los resultados generales del proyecto, si procede;

El Comité, dentro del ejercicio de sus funciones, podría realizar el seguimiento aleatorio de los proyectos durante su ejecución o al finalizar el mismo.

Lo que firmo, en **Huelva** a *fecha firma digital*

Firmado:


María Dolores Santos
Rubio
96/03/2024 09:35:10
UTC+01:00

D^a. María Dolores Santos Rubio
Secretaria del CEI Provincial de Huelva

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez
Ronda Norte s/n. 21005 Huelva
Telef. 959 01 60 00



Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo al Reglamento (UE) 910/2014 y a la Ley 6/2020. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://www.firmafy.com/csv>
Código Seguro de Verificación 7f48a51692bb2493749e

ANEXO II

COMPOSICIÓN DEL CEI PROVINCIAL DE HUELVA

Presidenta: *D.ª Clara Rosso Fernández*

Vicepresidente: *D. Francisco Javier Carrasco Sánchez*

Secretaria: *D.ª María Dolores Santos Rubio*

Vocales: *D.ª Amelia Jiménez Heffernan*
D.ª Esperanza Begoña García Navarro
D. Juan Alguacil Ojeda
D. Manuel García de la Vega Sosa
D.ª Raquel Remesal Cobreros
D. David Morales Pancorbo
D. Juan Víctor Lorente Olazábal
D.ª Carlota Méndez del Barrio
D. Manuel Trujillo Lara
D.ª Sonia María Pastor Montero
D.ª Yolanda Arco Prados
D. Francisco Manuel Miguela Borrero
D. Dalmiro Prados Jiménez
D.ª María Auxiliadora Reyes Burgos
D.ª Ana Moreno Ballesteros

Lo que firmo, en **Huelva** a *fecha firma digital*

Firmado:


María Dolores Santos
Rubio
06/05/2024 09:35:10
UTC+01:00

D.ª María Dolores Santos Rubio
Secretaria del CEI Provincial de Huelva

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez
Ronda Norte s/n. 21005 Huelva
Telef. 959 01 60 00



Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo al Reglamento (UE) 910/2014 y a la Ley 6/2020. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://www.firmafy.com/csv>
Código Seguro de Verificación 7f48a51692bb2493749e