

Trauma, discriminación social percibida, aculturación y salud mental: impacto en la calidad de vida.

Helena Sainz Elias
Mercedes Espinal Cabeza
Andrea Navarro Pliego
Nuria Urgell Gil
Paula Cristóbal Narvaez

Introducción

Según la Organización Internacional de las Migraciones (OIM) (1), la migración y la salud presentan una relación dinámica y compleja que depende, en parte, de sus interacciones con los múltiples factores que determinan la salud antes, durante y después del viaje migratorio. Asimismo, esta se puede ver afectada por el cuidado prestado por los proveedores de atención sanitaria, entre los cuales se encuentra la enfermería.

La migración es un proceso de movimiento de población a través de una frontera internacional o dentro de un país. Estos cambios en el espacio físico producen variaciones en las habituales pautas de relación entre grupos, y son éstos los que convierten la migración en un objeto de estudio relevante (2). Es un proceso heterogéneo, es por eso por lo que no todos los migrantes se enfrentan del mismo modo a experiencias similares antes o después de la migración (3). A nivel mundial, entre cinco y diez millones de personas cruzan una frontera internacional anualmente para establecerse en un país diferente, siendo un porcentaje más alto el de mujeres que el de hombres (4). Asimismo, los flujos migratorios son un fenómeno a escala mundial que tiene importantes repercusiones tanto a nivel individual como grupal (comunidad de origen y comunidad de destino) (5).

Los estudios que se han realizado en torno a la relación existente entre padecer un trastorno mental y migración aportan resultados contradictorios. Mientras que algunos autores afirman que la frecuencia de trastornos mentales en población inmigrante es mayor que en población autóctona (2), otros estudios aportan resultados opuestos, resaltando incluso que el hecho de pertenecer a una minoría étnica puede ser un factor protector frente a la presencia de psicopatología (6).

Aun así, es sabido que los estresores a los que están sometidos las personas migrantes o refugiadas pueden ser una causa desencadenante para la aparición de diferentes tipos de patología psiquiátrica (2). Las investigaciones realizadas hasta la fecha apuntan que ambos grupos presentan un elevado riesgo para presentar enfermedades mentales como depresión, ansiedad, trastorno por estrés post traumático y trastornos somatizados (2,4,6,7).

Teniendo en cuenta que las personas migrantes son un grupo vulnerables en cualquier población, es muy importante analizar los diferentes factores que pueden contribuir al mantenimiento (o incluso la mejora) o al deterioro de la salud mental (6).

Íntimamente relacionada con la salud mental, la calidad de vida es definida por la OMS como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupación (8). Es decir, un concepto multidimensional que abarca la salud tanto física como mental de la persona, su capacidad de independencia, sus redes sociales y su comportamiento con el entorno que vive (9,10).

Es extensa la literatura que ha querido estudiar la calidad de vida en las personas migrantes, haciendo hincapié en los diversos estresores a los que la población migrante debe hacer frente y que pueden incidir y perjudicar en su calidad de vida.

La literatura destaca diferentes factores asociados con la presencia de trastornos mentales comunes en migrantes, los cuales se han agrupado de la siguiente manera basándonos en la revisión de Jurado et al (6): en primer lugar, los factores individuales socio-demográficos y psicológicos, entre los que destacamos el género (2-4,11-13) y las características psicológicas (4,11); en segundo, los factores relacionados con el proceso de migración, destacando los eventos traumáticos previos a la migración (7,13) y el proceso de aculturación (2-4); en tercero, los factores relacionados con el rol social y ocupacional en el país de destino, haciendo hincapié en la discriminación social percibida (2-4,7,14).

En vista de los factores mencionados, la literatura se centra en el sexo como uno de los factores individuales que más influyen en el proceso de migración.

La evidencia de estudios apoya que hombres y mujeres parecen tener reacciones psicológicas diferentes ante el estrés migratorio (11), destacando que la probabilidad de experimentar un trastorno mental común es superior en mujeres inmigrantes que en hombres (2,3,6,11,13). En definitiva, mujeres y hombres pueden someterse a diferentes modificaciones en sus estilos de vida y a diferentes fases de aculturación (2,3,13).

En referencia a los factores pre-migratorios, es decir, aquellos que suceden previamente a iniciar el proceso de migración, se destaca el hecho de haber sufrido trauma en la infancia o adolescencia (7,13). Es importante considerar que las personas migrantes pueden haber experimentado múltiples formas de trauma, incluyendo la persecución, la violencia física y sexual y las situaciones de riesgo de vida, y que a su vez, estas experiencias pueden tener consecuencias graves y, a largo plazo, incidir negativamente sobre la salud mental (15). Cabe destacar, que aún nos encontramos ante falta de literatura que estudie explícitamente el trauma y su posterior incidencia en la fase de reasentamiento en el país de origen en personas migrantes (15).

Por otro lado, literatura previa señala que las personas que migran, frecuentemente experimentan síntomas de estrés postraumático y depresión y que a su vez, estos influyen en el proceso de aculturación en el país de acogida (13,16).

La aculturación se define como el proceso mediante el cual las personas se adaptan a una nueva cultura al entrar en contacto con esta, además de seguir participando en los cambios generales de su propia cultura (17). Este proceso implica cambios tanto a nivel cultural como psicológico: la adaptación sociocultural hace referencia a los aspectos externos relacionados con el individuo, el nuevo contexto y de habilidad en las estrategias de afrontamiento, mientras que la adaptación psicológica hace referencia al bienestar, la identidad personal, la salud mental y la satisfacción en el nuevo contexto, entre otras (17).

En la literatura, las experiencias estresantes asociadas con la aculturación se identifican como estrés aculturativo: los individuos experimentan este tipo de estrés cuando se encuentran circunstancias que consideran perjudiciales para su bienestar y carecen de recursos para sobrellevarlos.

En los estudios realizados sobre aculturación, las estrategias de aculturación son un factor importante para predecir la adaptación sociocultural y psicológica de los inmigrantes u otros grupos minoritarios a la sociedad receptora (18). Una de las propuestas teóricas más utilizadas sobre aculturación es el modelo bidimensional de Berry, que entrecruza la mantención de la identidad étnica y la actitud de la integración a un nuevo grupo (2,5,13,18). Estas dos dimensiones delimitan cuatro tipos de orientaciones de aculturación: integración, asimilación, separación y marginación (2,5,18). La literatura considera que la integración y asimilación actúan como factores protectores, mientras que la separación y la marginación lo hacen como factores de riesgo (13).

La literatura ha identificado diversos elementos que han demostrado de manera consistente estar relacionados con el estrés aculturativo, entre ellos, destacamos la discriminación percibida, que se relaciona con el desarrollo de psicopatología y de problemas de salud (4,7,14,17). La discriminación y el rechazo percibido en el país de acogida es una de las mayores fuentes de estrés que pueden sufrir las personas migrantes, perjudicando gravemente en su bienestar y siendo una de las variables

predictoras de salud mental, relacionándose con el padecimiento de depresión y ansiedad, así como afectación sobre el bienestar físico (19).

En definitiva, el proceso de migración está influenciado por factores, tanto a nivel social como individual (3). Es en el ajuste a una nueva cultura que las personas migrantes pueden experimentar cierto grado de dificultad y que este, en consecuencia, genere un estrés significativo a raíz de los diversos eventos que se presentan en el proceso de adaptación. Por su naturaleza, estos eventos pueden afectar al bienestar psicológico y físico de la persona (17).

Es necesario conocer en cuáles son los factores que determinan que una persona evalúe su experiencia migratoria como positiva, por ello, el estudio del estrés en el contexto de la migración principalmente surge del interés de los profesionales de la salud para entender el proceso migratorio y a su vez, el impacto en la calidad de vida y el bienestar emocional, al considerar que existe una relación directa entre ambos aspectos (17).

Objetivos

OBJETIVOS

El principal objetivo del estudio es examinar el impacto del sexo, las experiencias traumáticas, la discriminación social percibida y la aculturación en la calidad de vida de las personas migrantes de la muestra.

Los objetivos específicos son:

- Determinar la asociación entre las variables psicosociales y la calidad de vida
- Examinar si existen diferencias significativas en función del sexo respecto al impacto de las variables psicosociales en la calidad de vida.

HIPÓTESIS

En base a estudios previos, se espera que:

H1. Se constatarán diferencias significativas entre mujeres y hombres en la presencia de sintomatología clínica, siendo las mujeres las que presentan menor calidad de vida, tanto en la dimensión física como mental.

H2. Los factores de riesgo relacionados con el proceso migratorio, tales como la discriminación, el trauma y el estrés aculturativo se asociarán con una peor calidad de vida sobretodo en mujeres.

Metodología

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal a partir de una muestra personas migrantes y refugiadas que acuden a los servicios sanitarios en atención primaria y otros servicios de atención ciudadana como asociaciones.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se ha llevado a cabo en población migrante, en concreto los datos que se presentan hacen referencia a personas migrantes que llevan entre 5 y 15 años residiendo en el país de acogida (España) y en Barcelona en el momento de realizar el estudio.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se inició a principios de 2019 y finalizó a principios de 2020.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población objeto de estudio está formada por migrantes o refugiados que llevarán entre 5 y 15 años en el país de acogida (España), y en el momento del estudio estuvieran en Barcelona.

Criterios de inclusión:

- Personas migrantes que llevarán entre 5 y 15 años en España.
- Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Personas que no tuvieran conocimiento suficiente de alguna de las 5 lenguas en que se realizaba la entrevista del estudio (inglés, urdú, chino, árabe, español).

MUESTRA

Se ha analizado una muestra de 765 personas que han acudido a los servicios sanitarios de atención primaria, así como entidades o asociaciones de atención a las personas migrantes.

VARIABLES

A pesar de que el estudio inicial constaba más variables, en la presente comunicación nos centramos en analizar las siguientes:

Características sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- País de origen
- Conocimiento lengua (español)
- Estado civil
- Nivel educacional
- Contrato laboral

Factores relacionados con el proceso de migración:

- Años residiendo en España
- Razón de la inmigración
- Visa: Permiso de residencia/ sin permiso de residencia
- Situación ocupacional: contrato laboral si/no
- Ambiente social
- Apoyo social
- Discriminación social percibida: esta variable se mediará mediante la escala Everyday Discrimination Scale (EDS)
- Cuestionario ad-hoc para evaluar las estrategias aculturativas basándonos en la clasificación de Berry.

Descriptor del estado de salud

- Calidad de vida relacionada con la salud: esta variable se medirá mediante la escala Short Form Health Survey (SF-12).
- Estrés
- Trauma durante la infancia-adolescencia: esta variable se medirá mediante la escala Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).
- Estrés aculturativo

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Uno de los retos del estudio ha sido la dificultad idiomática. Por ello, el trabajo de campo lo han realizado varios entrevistadores que conocen los idiomas principales de la población inmigrada. Se ha traducido el consentimiento informado, la hoja explicativa del estudio y la entrevista a los diferentes idiomas (inglés, árabe, urdú y chino).

Las entrevistas se han realizado en una única sesión a la muestra seleccionada y ha incluido la administración personal de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de variables sociodemográficas: se utilizarán las variables estandarizadas incluidas en las encuestas rutinarias (p.ej., la Encuesta Nacional de Salud).
- Cuestionario ad-hoc para evaluar las estrategias aculturativas basándonos en la clasificación de Berry.
- Escala de calidad de vida relacionada con la salud (Short Form Health Survey (SF-12)) (20): instrumento de autoinforme de 12 ítems que evalúa el estado de salud percibido, que valora tanto estados positivos como negativos en población con o sin patología. Contempla las esferas de salud física y mental.
- Discriminación Social Percibida (Everyday Discrimination Scales (EDS)) (21): instrumento de autoinforme de 9 ítems, que mide las creencias y percepciones subjetivas de los encuestados, acerca

de la discriminación social.

•Experiencias traumáticas en la infancia (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)) (22): inventario de autoinforme estandarizado que mide la gravedad de cinco tipos diferentes de traumas infantiles y la tendencia de los participantes a denunciar el maltrato de forma insuficiente.

ANÁLISIS DE DATOS

Se ha utilizado el programa estadístico R, empleando estadística descriptiva para los análisis generales de prevalencia y factores de riesgo. El análisis de la relación entre las distintas variables se ha llevado a cabo por medio de regresión lineal múltiple.

CONTROL DE CALIDAD

Se realizó un control estricto del proceso llevado a cabo durante el estudio, permitiendo asegurar la calidad y fiabilidad de los datos obtenidos. Los responsables principales de la investigación supervisaron en todo momento el trabajo de campo. Llevando a cabo gestiones como las siguientes:

-Todas las personas encargadas de recoger la información recibieron un entrenamiento ofrecido por los responsables de la investigación.

-Guía y monitorización de la muestra y supervisión de las rutas de campo. Los entrevistadores entregaron informes de forma periódica, facilitando el registro de cada uno de los contactos realizados en las entidades o asociaciones de interés.

-Se revisaron las hojas de ruta realizadas, realizando un contacto telefónico con un 10% de los participantes para comprobar la fiabilidad de las respuestas y asegurar que la entrevista se realizó según los procedimientos establecidos. Además, se revisaron informáticamente las respuestas recopiladas para la detección de posibles inconsistencias o de datos incompletos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para formar parte del estudio, todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito. El investigador fue el responsable de asegurar que todos los participantes comprendieran plenamente la naturaleza y el propósito de dicha investigación. Los participantes dispusieron de una copia de información del estudio, que describe el objetivo del estudio, los procedimientos, riesgos y beneficios, así como también una copia del formulario de consentimiento firmado.

Todos los datos recogidos en este estudio se han mantenido en la más estricta confidencialidad. El acceso a los archivos de los participantes no se ha permitido a ninguna persona que no sea personal autorizado del estudio. Así mismo, sólo el personal investigador involucrado en el reclutamiento de participantes y la recogida de datos fue conocedor de la identidad de los mismos.

La investigación incluye el uso de cuestionarios con fines informativos y no implica el uso de fármacos u otros dispositivos de investigación. Por tanto, no hay riesgos relacionados o conocidos con desarrollo del estudio. No obstante, el participante será libre de compartir tanta información como estime oportuna durante la entrevista.

Desarrollo

RESULTADOS 1: DESCRIPCIÓN MUESTRA GENERAL

De la muestra poblacional de 765 personas, 389 (50,8%) eran hombres y 376 (49,2%) mujeres y presentaban una edad media de 35,8 años. En cuanto al lugar de procedencia, 121 (15,8%) provenían de Europa, 82 (10,7%) de África, 176 (23%) de América y 386 (50,5%) de Asia. Llevaban una media de 9,1 años viviendo en España.

En referencia al estado civil, 290 personas (37,9%) eran solteras, 104 (13,6%) tenían pareja estable, 329 (43%) estaban casadas y 42 (5,5%) estaban separadas o eran viudas.

En cuanto al nivel educacional, 398 (52%) habían realizado estudios secundarios o inferiores y 364 (47,5%) tenían estudios posteriores.

En relación a las condiciones de empleo y ocupación, 460 (60,1%) tenían contrato laboral y 305 (39,9%) no lo tenían.

En cuanto al permiso de residencia, 724 (94,7%) si tenían visado/pasaporte y 40 (5,2%) no disponía

de documentación, 1 (0,1%) disponía de NIE. En referencia a la nacionalidad, 130 (17%) tenían la europea y 635 (83%) la no europea.

En referencia al tipo de migración, 714 (93,3%) lo hicieron de forma voluntaria y 51 (6,7%) forzosamente.

En referencia al conocimiento de la lengua, 67 (8,8%) no entendían el español o bien el nivel era bajo, mientras que 698 (91,3%) sí lo entendían.

En referencia a la discriminación, 492 (64,3%) personas reportaron no haberse sentido nunca discriminadas y 273 (35,8%) sí se sintieron discriminadas alguna vez.

En referencia al apoyo social en España, 513 (67%) lo recibieron por parte de su comunidad étnica, mientras que 252 (32,9%) no lo hicieron, 292 (38,2%) por parte de su comunidad religiosa, mientras que 473 (61,8%) no sintió apoyo por parte de esta. Por último, 411 (53,7%) sintió apoyo por parte de asociaciones y 354 (46,3%) no lo hizo.

En referencia al estrés aculturativo, 365 (47,7%) personas nunca lo experimentaron, mientras que 400 (52,3%) sí lo experimentaron alguna vez o a menudo.

En cuanto a las estrategias aculturativas utilizadas en el momento de realización de la entrevista, 658 (86%) optaron la integración, 36 (4,7%) por la asimilación, 39 (5,1%) por la separación y 32 (4,2%) por la marginación.

La puntuación media de trauma en la infancia-adolescencia (CTQ) era de 38,3 (SD:10,7). La puntuación media de discriminación social percibida (EDS) fue de 2,5 (SD: 3,3). La puntuación media de la calidad de vida (SF-12), fue de 52,4 (SD:6,9) y 49,2 (10,3), considerando por un lado la dimensión física (PCS12) y por otro la dimensión mental (MCS12) respectivamente.

A posteriori, al realizar el análisis de las variables mediante una regresión múltiple, se ha observado lo siguiente:

Entre los factores sociodemográficos, se observa una asociación entre ser mujer y una peor salud (SF-12) tanto en la dimensión física como en la mental (-1,310; S.E.=0,53; $p=0,013$ y -1,68; S.E.=0,836; $p=0,045$ respectivamente). Dicha asociación da soporte a la primera hipótesis (H1) del estudio.

También, no tener un contrato laboral se asocia negativamente con la salud en la dimensión mental (-2,485; S.E.=0,786; $p=0,002$).

Entre los factores pre-migratorios, las experiencias traumáticas (CTQ) se asocian con una peor salud en la dimensión mental (-0,17; S.E.=0,040; $p<0,001$) pero no se asocian con la dimensión física.

En referencia a los factores post-migratorios, se observada que la discriminación social percibida (EDS), se asocia con una peor salud tanto en la dimensión mental (-3,9450; S.E.=0,745; $p<0,001$) como en la física (-2,152; S.E.=0,595; $p<0,001$).

Por otro lado, el estrés aculturativo se asocia negativamente con la salud en la dimensión mental (-1,553; S.E.=0,420; $p<0,001$). En cuanto a las estrategias aculturativas, se observó que la asimilación se asocia positivamente con la salud en la dimensión mental (3,307; S.E.=1,585; $p=0,037$).

RESULTADOS 2: ANÁLISIS POR SEXO

MUJERES

Al realizar el análisis de las variables mediante una regresión múltiple, se ha observado lo siguiente en el caso de las mujeres:

Entre los factores sociodemográficos, se han observado variables que se asocian positivamente con la salud en la dimensión mental: disponer de visado (8,7; S.E.=3,89; $p=0,025$) o bien tener el pasaporte en vigor (5,191; S.E.=2,617; $p=0,048$). Asimismo, no tener un contrato laboral se asocia negativamente con la salud en la dimensión mental (-2,699; S.E.=1,172; $p=0,022$).

Entre los factores pre-migratorios, las experiencias traumáticas (CTQ) se asocian con una peor salud en la dimensión mental (-0,115; S.E= 0,049; $p=0,020$) pero no se asocia con la dimensión física.

En referencia a los factores post-migratorios, se observada que la discriminación social percibida (EDS), se asocia con una peor salud tanto en la dimensión mental (-4,309; S.E=0,972; $p<0,001$) como en la física (-3,0530; S.E=0,722; $p<0,001$).

Por otro lado, el estrés aculturativo se asocia negativamente con la salud en la dimensión mental (-1,629; S.E=0,522; $p<0,001$). En cuanto a las estrategias aculturativas, se observa que la asimilación se asocia positivamente con la salud en la dimensión mental (6.7340; S.E=2,624; $p=0,011$).

HOMBRES

Al realizar el análisis de las variables mediante una regresión múltiple, se ha observado lo siguiente en el caso de los hombres:

Entre los factores sociodemográficos, no tener un contrato laboral se asocia negativamente con la salud en la dimensión mental (-2,986; S.E=1,142; $p=0,009$).

Entre los factores pre-migratorios, las experiencias traumáticas (CTQ) se asocian con una peor salud en la dimensión mental (-0,248; S.E= 0,068; $p<0,001$) pero no se asocia con la dimensión física.

En referencia a los factores post-migratorios, se observada que la discriminación social percibida (EDS), se asocia con una peor salud en la dimensión mental (-3,583; S.E=1,234; $p<0,004$) pero, a diferencia de en el caso de las mujeres, no se asocia con la dimensión física.

En referencia a las variables relacionadas con el proceso de aculturación, no se observa ninguna asociación con la salud en el caso del estrés aculturativo ni de las estrategias aculturativas.

Finalmente, se observa que los factores de riesgo relacionados con el proceso migratorio, tales como el estrés, la discriminación y el trauma se han asociado a una peor calidad de vida sobretodo en mujeres (H2).

Conclusiones

Tras el análisis de los datos obtenidos, centrándonos en la muestra total, se puede observar que existen diversos factores de riesgo, tanto pre como post migratorios, que inciden y están relacionados con la calidad de vida y en concreto con la dimensión de salud mental en las personas migrantes.

En primer lugar, entre los factores pre-migratorios, se destaca que haber sufrido un trauma en la infancia-adolescencia se asocia con una peor salud en la dimensión mental. En segundo, en referencia a los factores post-migratorios, se destacan la discriminación social percibida que se asocia con una peor salud en ambas esferas (mental y física) y el estrés aculturativo con la dimensión mental.

En segundo, se destaca las diferencias en función del sexo, en especial, en referencia al estrés aculturativo, el cual se asocia negativamente con la salud en la dimensión mental en el caso de las mujeres, pero no en el caso de los hombres, así como la discriminación percibida, la cual se asocia negativamente en la dimensión mental en ambos casos, pero no en el caso de la física, dónde la asociación negativa solo se observa en el caso de las mujeres.

En definitiva, los resultados obtenidos hacen eco de la literatura, destacando el impacto negativo en la salud mental de los factores pre migratorios como las experiencias traumáticas en la infancia-adolescencia y sobretodo los post-migratorios como la discriminación y el estrés aculturativo. La asociación entre estos factores nos ofrece una oportunidad para poder entender el impacto cultural, social y emocional como protector o perjudicador para la salud mental. Asimismo, es importante identificar los factores relevantes para poder potenciar la investigación sobre la salud y el bienestar post-migración, manteniendo en todo momento la perspectiva de género y teniendo en cuenta los ejes de opresión que generan las situaciones de desigualdad de las mujeres.

Finalmente, el conocimiento obtenido con este estudio puede ayudar a los profesionales sanitarios a mejorar la atención de salud mental de las personas migrantes y a formular unos servicios de salud y promoción relevantes y apropiados. Es importante que en todo momento se realice un abordaje adecuado, diseñando estrategias eficaces culturalmente y ajustando la organización de los servicios asistenciales.

Bibliografía

1. IOM. International organization for migration, world migration report. 2020.
2. Yáñez S, Cárdenas M. Acculturation Strategies, Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrants in Chile. *Salud Soc.* 2010;1(1):51–70.
3. Bhugra D, Gupta S. Migration and mental health. *Migr Ment Heal.* 2010;1–350.
4. Stewart DE. Social determinants of women’s mental health. *J Psychosom Res.* 2007;63(3):223–4.
5. Vallejo M, Moreno MP. Del culturalismo al bienestar psicológico. Propuesta de un modelo de satisfacción vital en el proceso de aculturación de inmigrantes. *Boletín Psicología.* 2014;(110):53–68.
6. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, 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 y Salud Ment (English Ed).* 2017;10(1):45–58.
7. Meadows LM, Thurston WE, Melton C. Immigrant women’s health. *Soc Sci Med.* 2001;52(9):1451–8.
8. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud 1996* ; 17(4) : 385-387.
9. Bayram N, Thorburn D, Demirhan H, Bilgel N. Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. *Qual Life Res.* 2007;16(8):1319–33.
10. Ghazinour M, Richter J, Eisemann M. Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. *J Immigr Health.* 2004;6(2):71–81.
11. Rodríguez CP, Nebot TK. Estrés migratorio y sintomatología depresiva: Rol mediador del afrontamiento. *Rev Mex Psicol.* 2011;28(2):151–60.
12. Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal.* 2007;3:1–10.
13. Starck A, Gutermann J, Schouler-Ocak M, Jesuthasan J, Bongard S, Stangier U. The Relationship of Acculturation, Traumatic Events and Depression in Female Refugees. *Front Psychol.* 2020;11(May):1–9.
14. Tilahun M, Workicho A, Angaw DA. Common mental disorders and its associated factors and mental health care services for Ethiopian labour migrants returned from Middle East countries in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1–13.
15. Sangalang CC, Becerra D, Mitchell FM, Lechuga S, Kristina P, Isok L. Trauma , Post-Migration Stress and Mental Health : A Comparative Analysis of Refugees and Immigrants in the United States. *J Immigr Minor Heal.* 2019;21(5):909–19.
16. LeMaster J, Broadbridge C, Lumley M, Arnetz, J, Arfken C, Fetters M, Jamil H, Pole N, Arnetz B. Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees: A path analysis. *Am J Orthopsychiatry.* 2018; 88(1), 38–47.
17. Nina-Estrella R. Procesos Psicológicos de la Migración: Aculturación, Estrés y Resiliencia. *BCSR.* 2018;8(2):29–37.
18. Zlobina A, Basabe N, Páez D. Las estrategias de aculturación de los inmigrantes: su significado psicológico. *Rev Psicol Soc.* 2008;23(2):143–50.
19. Pascoe E, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2009;135(4), 531–554.
20. Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care.* 1996;34(3): 220-233.
21. Williams D, Mohammed S. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine.* 2009; 32(1): 20-47.
22. Bernstein D, Stein J, Newcomb M, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect.* 2003; 27: 169-190