



Bienestar psicológico y movilidad humana:
retornados (octubre 2024-febrero 2025)





Bienestar psicológico y movilidad humana: retornados (octubre 2024-febrero 2025)

Coordinadora

Rina Mazuera-Arias.

Autoras

Denise Lobo-Contreras.

María Gabriela Pérez-Sánchez.

Jennyfer Josimar Rincón-Sequeda.

Carmen Zenaida Vivas-Franco.

Apoyo de investigación

Marly Chiquinquirá Arellano González.

Oriana Valentina Moreno Contreras.

Apoyo estadístico

Jesús Orlando Mantilla Chico.

Agradecimiento

Parroquia eclesiástica San José Obrero, San Josecito, municipio Torbes, estado Táchira. Presbítero Gustavo Rafael Alvarado.

Diseño y diagramación

Abril Ávila Pérez.

Foto portada

Personas en movilidad atendidas en la parroquia eclesiástica San José Obrero, municipio Torbes del estado Táchira, Venezuela. Marly Chiquinquirá Arellano González.



No. de Depósito Legal: TA2025000019

ISBN: 978-980-7906-30-2

San Cristóbal, marzo de 2025.

Afiliación institucional de las autoras

- **Denise Lobo-Contreras.** Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF).
Correo: d.lobo@odisef.org
- **María Gabriela Pérez-Sánchez.** Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF).
Correo: m.perez@odisef.org
- **Jennyfer Josimar Rincón-Sequeda.** Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF).
Correo: j.rincon@odisef.org, rinconjennyfeer@gmail.com
- **Carmen Zenaida Vivas-Franco.** Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF), Universidad de Los Andes, Núcleo Universitario del Táchira "Dr. Pedro Rincón Gutiérrez" y Universidad Nacional Experimental del Táchira.
Correo: c.vivas@odisef.org, carmenvivasfranco@gmail.com

Cita sugerida

Lobo-Contreras, D., Pérez-Sánchez, M., Rincón-Sequeda, J. y Vivas-Franco, C. (2025). Bienestar psicológico y movilidad humana: retornados (octubre 2024-febrero 2025). San Cristóbal, Venezuela. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Venezuela.

El contenido y los puntos de vista expresados en este documento son responsabilidad exclusiva de las autoras y en ningún caso debe considerarse que reflejan los puntos de vista de las entidades financiadoras y/o colaboradoras.

Índice

- **Introducción (pág. 5)**
- **Movilidad humana venezolana (pág. 5)**
- **Salud mental (pág. 6)**
- **Bienestar psicológico y bienestar social (pág. 7)**
- **Modelo biopsicosocial (pág. 8)**
- **Teoría del estrés (pág. 8)**
- **Síndrome de Ulises o síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (pág. 9)**
- **Metodología (pág. 10)**
- **Resultados (pág. 11)**
- **Características sociodemográficas (pág. 11)**
- **Origen y destino (pág. 12)**
- **Riesgos o sucesos traumáticos sufridos (pág. 13)**
- **Conclusiones (pág. 17)**
- **Recomendaciones (pág. 18)**
- **Referencias (pág. 20)**

Introducción

La movilidad humana venezolana ha sido objeto de diversos estudios e investigaciones; pero una dimensión fundamental que debe ser considerada, en el marco de la salud mental, es el bienestar psicológico de las personas que la protagonizan. El proceso migratorio -sin importar las condiciones en las que se haga- impone a quien lo realiza una serie de desafíos y experiencias que irradian, directamente, en su bienestar psicológico.

Aunque la movilidad humana venezolana implica tanto a las personas que salen como a quienes retornan al país, este Informe tratará sobre el bienestar de los retornados, quienes han tenido que enfrentar además de las experiencias y desafíos propios del proceso migratorio, dificultades económicas, discriminación, xenofobia y la separación de sus familiares a propósito de su estancia en el país de acogida. En este Informe se ofrecerán datos de 509 retornados que regresaron al país por el corredor fronterizo Táchira, Venezuela-Norte de Santander, Colombia y que fueron atendidos en la parroquia eclesiástica San José Obrero, de la Diócesis del Táchira, ubicada en la población de San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira.

Movilidad humana venezolana

De acuerdo con la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) al 3 de diciembre de 2024 eran 7.891.241 los venezolanos refugiados, migrantes y solicitantes de asilo en el mundo, de acuerdo con los gobiernos de los países de acogida (R4V, 2024). La movilidad humana venezolana constituye un flujo migratorio mixto lo que significa que a su interior se encuentran diversidad de personas cuyas razones de movilidad, estatus legal y vulnerabilidades son



Grupo de viaje conformado por dos hombres de 28 y 18 años, procedían de Lima, Perú y se dirigían hacia el estado Aragua, Venezuela.

variadas (Mixed Migration Centre, 2022). La movilidad humana venezolana comporta tanto a las personas que han salido del país como a las que han retornado.

De acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la R4V el retorno se ha verificado en el marco de la movilidad humana venezolana, especialmente, a partir de 2020 y a propósito de la pandemia por la COVID-19 (ACNUR, 2020; R4V, 2020: Medina y Carrillo, 2023). Sin embargo, el retorno no ha cesado, y aunque se muestra con especial intensidad en ciertos meses del año: finales de noviembre y diciembre (Mazuera-Arias *et al.*, 2023a) cobra cada vez mayor intensidad, entre otras razones por los obstáculos que han tenido los migrantes venezolanos para integrarse en los países de acogida (Mixed Migration Centre, 2022), la imposibilidad de ejercer derechos fundamentales y para acceder a servicios básicos (R4V, 2022). Hay indicios de que esa

intensidad promete aumentar, en virtud, de las políticas migratorias restrictivas de algunos países de acogida que ha forzado a miles de venezolanos a emprender, recientemente, camino de vuelta a Venezuela.

La movilidad humana, con prescindencia de los móviles por los que se haga y en las condiciones en las que se realice siempre entraña riesgos físicos y desafíos emocionales que inciden directamente en la salud mental en general y en particular en el bienestar psicológico. De ahí, que se hagan aproximaciones teóricas a esos desafíos de la migración y sus efectos sobre el bienestar psicológico de quienes retornan al país caminando.

Salud mental

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022a, párr. 1). En este sentido, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud mental es parte de la salud en general y del bienestar de las personas, pues incide significativamente en las capacidades para desarrollarse individual y colectivamente dentro de la sociedad (OPS, s.f.).

Es importante considerar, que la salud mental va más allá de la ausencia de enfermedades o trastornos mentales, sino que representa un factor esencial que forma parte integral de la salud y el bienestar tanto individual como colectivo (OMS, 2022b). No obstante, mundialmente, se ha verificado que al menos el 10 % de la carga de morbilidad viene dada por trastornos mentales o neurológicos, así como por el consumo de sustancias

psicoactivas, razones que a su vez representan el 30 % de las enfermedades no mortales (OPS, 2020). Asimismo, se estima que al menos un 14 % de los adolescentes en el mundo sufre algún trastorno de salud mental, y los problemas de salud mental han sido considerados como la principal causa de discapacidad (OMS, 2022c).

Ahora bien, los trastornos de salud mental también pueden tener consecuencias físicas significativas, como dolores musculares, trastornos gástricos y debilitamiento del sistema inmunológico; en los casos más graves, estas afecciones pueden conducir al suicidio (Calvo, 2020). Además, los factores capaces de incidir, positiva o negativamente, en la salud mental, son de variada índole, y van desde lo individual hasta lo familiar y comunitario, no obstante, aquellas personas que están expuestas a situaciones desfavorables -como la desigualdad social, violencia y pobreza- corren un riesgo significativamente más alto, de sufrir algún trastorno mental (OMS, 2022b).

Es importante destacar, que la salud mental es un derecho humano, así lo declara expresamente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12, numeral 1). Lo que quiere decir, que todas las personas tienen derecho a gozar de una buena salud mental, dado que es esencial para la salud y bienestar generales (OMS, 2023).

Pese a ello, son precisamente aquellas personas que padecen algún trastorno de salud mental, quienes sufren mayores discriminaciones, o son excluidos de la vida comunitaria, e incluso a quienes se les niega el ejercicio de otros derechos, pues a menudo son personas que viven estigmatizadas por creencias erróneas que se tienen en la sociedad (OMS, 2022b).

Bienestar psicológico y bienestar social

El bienestar psicológico es un concepto que se relaciona con la felicidad, calidad de vida e incluso con la salud mental (Solano, 2009). Sin embargo, su definición es más subjetiva e integra una serie de elementos clave: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Rosa-Rodríguez et al., 2015). Por lo general, el concepto de bienestar psicológico está intrínsecamente ligado al bienestar social, aunque este último se refiere, principalmente, tanto a la valoración que se hace de las circunstancias como a la evaluación del rol que cada uno desempeña dentro de la sociedad (Zubieta y Delfino, 2010).

De allí, que el bienestar psicológico dependa, fundamentalmente, del desarrollo individual, y del entorno en el cual se desarrolla el individuo, por lo que interviene, además, una serie de factores como las emociones y la satisfacción que experimente en su vida (Pilco y Pilco, 2023). Esto es, "el bienestar psicológico surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano" (García-Viniegras, 2005, p. 3).

Ahora bien, trasladar el concepto del bienestar psicológico a la movilidad humana resulta relevante, pues en diversos estudios se han identificado factores de riesgo que pueden disminuir el bienestar psicológico en las personas migrantes, especialmente cuando pasan por situaciones de estrés producto de la percepción o vivencias de discriminación en los países de acogida. También influye en el bienestar psicológico el proceso de aculturación que entraña la migración, proceso que supone una adaptación individual que va desde lo emocional hasta lo social en lo que

se refiere a cambios en la actitud, identidad y conducta (Mera-Lemp *et al.*, 2020). Adaptación que comporta un importante esfuerzo tanto cognitivo como emocional (Pilco y Pilco, 2023).

Cabe destacar, que la discriminación percibida se concibe como un estresor significativo, susceptible de afectar negativamente la adaptación, el bienestar y la salud de grupos minoritarios -dentro de los que se encuentra la población migrante- ya que al internalizar los prejuicios se puede generar en la persona baja autoestima o un rechazo hacia sí mismo; lo que no implica, necesariamente, que todas las personas migrantes vayan a desarrollar estos sentimientos, pues esto depende de cómo cada individuo perciba los estresores y de las estrategias de afrontamiento con las que pueda contar (Lahoz y Forns, 2016).

Del mismo modo, la aculturación, al involucrar una serie de cambios en valores, actitudes, comportamientos o habilidades sociales, y en general la adaptación a un entorno distinto al que se conocía, puede llegar a ser tan demandante que supere las habilidades de la persona para hacer frente a ese desafío. En ese caso, la aculturación ocasiona el denominado estrés por aculturación, que puede llegar a manifestarse con sintomatologías asociadas a enfermedades mentales, como la presencia de trastornos ansiosos o depresivos (Urzúa *et al.*, 2016).

No obstante, la migración también puede ser catalizadora del bienestar emocional, e incidir positivamente en la salud de las personas, tanto de los migrantes como protagonistas del hecho migratorio como de sus familias. Un ejemplo de ello se verifica cuando se logra escapar de situaciones de violencia o persecución, o, es posible tener mejores condiciones económicas, mayor acceso a servicios o tener mayores oportunidades (Pérez *et al.*, 2022).

Modelo biopsicosocial

En la medicina hay dos modelos que sirven como base o referencia para entender las enfermedades: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. Estos modelos, contrastantes entre sí, ofrecen una visión sobre lo que es la medicina y la práctica médica (Elio-Calvo, 2023). Por un lado, el modelo biomédico, propone estudiar la enfermedad desde un aspecto netamente biológico, es decir, que limita sus causas a aspectos estrictamente fisicoquímicos, en esta vertiente, el paciente pasa a ser más un objeto del acto clínico (Baeta, 2015). Por el contrario, el modelo biopsicosocial, entiende la enfermedad como el producto de la interacción de factores: biológicos, psicológicos y sociales. Por eso, este modelo humaniza más la medicina y considera al paciente un sujeto del proceso asistencial (Borrell-Carrió, 2009).

Ahora bien, para comprender mejor estos modelos, es fundamental establecer qué es la salud: “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). En la definición referida se integran los tres factores a los que hace referencia el modelo biopsicosocial, pues tiene en cuenta al ser humano en su totalidad (Valenzuela, 2016). Cabe destacar, que el modelo biopsicosocial es una filosofía sobre lo que debe ser el cuidado clínico; pero, también, es una herramienta que sirve como guía práctica para la atención médica, ya que toma en consideración elementos subjetivos –como las experiencias del paciente– para lograr un adecuado diagnóstico (Borrell-Carrió *et al.*, 2006). A partir de lo explicado, se evidencia la importancia de considerar este modelo en la atención a las personas migrantes, pues con él se “aborda a la persona en forma integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los



Primeros auxilios psicológicos brindados a personas en movilidad.

apoyos necesarios para su desarrollo” (Ureta *et al.*, 2023, p. 53).

Teoría del estrés

Para comprender esta teoría es fundamental partir de la definición de estrés: una “activación fisiológica y de los procesos cognitivos que le permite al organismo hacer frente a cualquier estresor” (Piqueras *et al.*, 2009). En otras palabras, el estrés se refiere a una respuesta fisiológica del organismo cuando está frente a situaciones complejas (Ávila, 2014).

Ahora bien, la complejidad del concepto referido radica en su subjetividad, para algunas personas el estrés equivale a encontrarse en un estado de temor, irritabilidad, preocupación y frustración, mientras que, para otros, puede ser un estimulante para la obtención de metas y logros (Moscoso, 2010). De allí, que el estrés no es necesariamente negativo, pues supone una

condición inevitable del ser humano y permite al organismo actuar más efectivamente frente a las exigencias del ambiente (Moscoso y Delgado, 2015).

No obstante, hay que diferenciar el estrés del estrés crónico, pues este último sí es esencialmente negativo pues está fuertemente asociado con enfermedades del sistema nervioso, inmunológico y endocrino (Moscoso, 2010). El estrés crónico se caracteriza por presentarse cuando la persona está expuesta a presiones por tiempos prolongados y lo percibe como interminable, situación que, por lo general, se evidencia en personas que experimentan vivencias complejas, como enfermos terminales, personas en pobreza extrema, cuidadores, migrantes, entre otras (Moscoso y Delgado, 2015).

Síndrome de Ulises o síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple

La migración, es un proceso que comporta ventajas y desafíos, supone cambios y adaptación del individuo a nuevas realidades. Quienes migran de manera forzada pueden verse, además, expuestos a situaciones traumáticas y eventos adversos a lo largo de todo el proceso migratorio, por lo que tienen una mayor prevalencia a verse afectados por trastornos de salud mental, como estrés post traumático, ansiedad o depresión (Pérez *et al.*, 2022).

En el caso particular de la emigración, se ha estudiado ampliamente el síndrome del inmigrante o también conocido como síndrome de Ulises, referido al estrés y duelo migratorio, producto de la movilidad humana, y que se diferencia de otros duelos -como el duelo por muerte de un ser querido- por una serie de características, entre las que se destaca, principalmente, por ser parcial, pues el objeto que se pierde -el país de origen y todo lo que representa- no desaparece

totalmente, sino que, inclusive, cabe la posibilidad de volver alguna vez (Achotegui, 2009).

Cabe destacar, que todo movimiento migratorio supone algún tipo de duelo, sin embargo, el síndrome del inmigrante se configura cuando existe una serie de estresores que provocan que la persona entre en una crisis permanente, lo que sucede -principal, aunque no únicamente- cuando las condiciones de la migración son precarias, y la persona debe enfrentarse a múltiples desafíos durante el proceso migratorio (Achotegui, 2017). En ese sentido, los principales y más importantes estresores son:

la separación forzada de los seres queridos, que supone una ruptura del instinto del apego; el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades; la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir), y, en cuarto lugar, el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios...(Achotegui, 2017, p. 105).

Ahora bien, en cuanto a la sintomatología, el síndrome de Ulises se ha caracterizado por presentar una serie de síntomas ansioso-depresivos, que abarca cuatro áreas sintomatológicas:

- 1. Área depresiva: con la presencia de tristeza y llanto.
- 2. Área ansiosa: con la presencia de ansiedad, lucha, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, insomnio y preocupación excesiva.
- 3. Área somatomorfa: con la presencia de cefalea sobre todo de tipo tensional, astenia, fatiga, molestias osteoarticulares y sudores.
- 4. Área disociativa: con la presencia de confusión, desorganización, despersonalización, desrealización, desorientación temporos espacial, déficit de atención y memoria. (Fernández *et al.*, 2020, p. 107).



Mensaje de bienvenida a las personas en movilidad atendidas en la parroquia eclesiástica San José Obrero, San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira, Venezuela.

Metodología

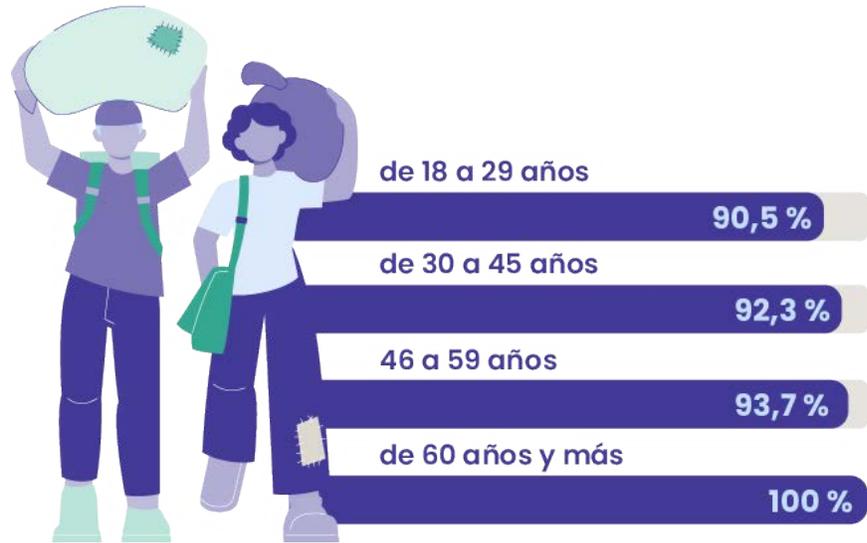
A las personas retornadas se les facilitó el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12) cuya versión original tenía 60 ítems, pero al pasar del tiempo derivó en su versión más corta de 12. Por su validez, confiabilidad, fácil y breve resolución se trata de la prueba más comúnmente utilizada para medir el bienestar emocional en las personas (Brabete, 2014). El cuestionario está diseñado para evaluar “la dimensión general de la salud autopercebida por el paciente, pero, además, permite distinguir dos subdimensiones: [el] bienestar psicológico...y el funcionamiento social y afrontamiento...” (Villa *et al.*, 2013).

Hay que considerar que esta prueba no es un medio de diagnóstico, pero sí permite cuantificar síntomas emocionales; por tanto, proporciona una puntuación que indica el malestar psicológico de una persona. Por ello, hay que tener muy claro que el resultado de este cuestionario es una suerte de fotografía de la persona que lo resolvió para el momento en que ofreció sus respuestas, es decir, ofrece datos directa y exclusivamente relacionados con el momento en el que se resolvió. Lo que

se traduce en el caso de estudio en personas que retornaron al país caminando -durante varios días (Mazuera-Arias *et al.*, 2025), luego de transitar hasta miles de kilómetros en condiciones precarias: sin el calzado adecuado, sin poder cumplir los ciclos vigilia-sueño correspondientes, sin tener acceso a fuentes de agua segura, sin poder consumir las kilocalorías mínimas y sometidas a una actividad física intensa (Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera, 2024), caminando sobre vías de comunicación no aptas para peatones, bajo los rigores del clima (Mazuera-Arias *et al.*, 2023b), haber vivido o presenciado situaciones de violencia y de otra índole (Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera, 2024, 2022, 2021) que generan un serio impacto en la salud mental. Esto se explica porque la misma prueba resuelta por la misma persona, pero luego de haber satisfecho todas sus necesidades: alimentación, vestido, ciclo vigilia-sueño..., muy seguramente arrojará resultados diametralmente distintos. Por tanto, el objetivo de esta investigación es evidenciar los efectos de la movilidad, hecha en condiciones precarias, sobre el bienestar psicológico de los retornados. El cuestionario

fue resuelto por 751 personas en movilidad, mayores de edad que otorgaron su consentimiento informado. Todas las personas fueron atendidas en la parroquia San José Obrero de San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira. Pero, los resultados que se ofrecen atienden, exclusivamente a las 509 personas retornadas, porque se quiere ofrecer información relevante que para promover su reintegración.

Porcentaje de retornados que presentaban indicios de una grave alteración en salud mental por grupo etario



Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

Resultados

Características sociodemográficas

Fueron 509 personas retornadas quienes resolvieron el cuestionario, de las cuales 128 eran mujeres y 381 hombres. En general, el 91,4 % resultó con indicios de una grave alteración en la salud mental -de los cuales el 74,9 % eran hombres y el 25,1 % eran mujeres- el 5,9 % con un probable trastorno en salud mental y el 2,8 % con un posible trastorno. Lo que indica que ninguna de las personas encuestadas tenía bienestar psicológico.

Al determinar por grupos etarios quiénes presentaban una grave alteración en salud mental se determinó:

Las cifras deben llamar la atención en todos los grupos etarios por los indicios que dan de necesitarse atención psicosocial temprana y sostenida. Pero, especial atención merece el grupo etario de 60 años o más, porque trata de un grupo vulnerable antes de estar en movilidad (Langman, 2022), vulnerabilidad que se agrava por la necesidad de hacer largas caminatas sin tener la hidratación e ingesta de alimentos requerida, no poder contar con sitios adecuados y seguros para el descanso, lo que sumado a lo vivido en el país de acogida desencadena sin duda afectaciones a la salud mental. Las que no se pueden diagnosticar con la sola aplicación de la prueba

utilizada en este estudio, pero, impone el deber de encender las alarmas para promover la atención psicosocial en estos casos, con enfoque generacional.

Entre las personas retornadas había 19 mujeres embarazadas, de las cuales 17 tenían indicios de una grave alteración en salud mental y 2 un posible trastorno en salud mental. En este sentido hay que resaltar que el estado psicológico de la mujer incide, directamente, en el desarrollo intrauterino del bebé, puede derivar en nacimientos prematuros y problemas conductuales en la infancia (Goecke *et al.*, 2012).

Entre las personas en movilidad 26 personas tenían alguna discapacidad (auditiva, física,

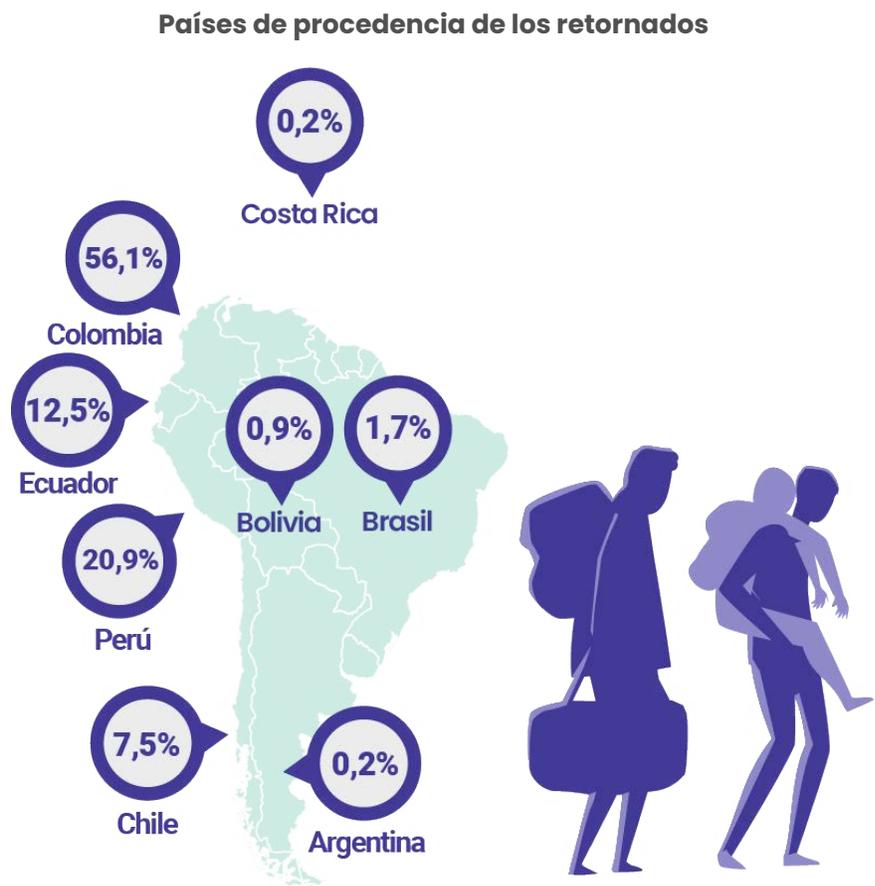
mental y visual), quienes en su totalidad padecían una grave alteración en salud mental.

En relación con el nivel educativo de los retornados encuestados se pudo establecer que en cuanto al grado de escolaridad aprobado, la única persona retornada con estudios universitarios y los 9 encuestados con especialización/maestría, el 93,3 % de los bachilleres, el 90,9 % de los que aprobaron estudios de primaria; y el 88,3 % de quienes no tenían algún grado de escolaridad aprobado presentaron una grave alteración en salud mental. Estos resultados evidencian que en el marco de la movilidad humana el nivel educativo, por muy alto que sea, no asegura el bienestar psicológico, pues los desafíos propios del proceso desbordan las habilidades adquiridas en un proceso de formación académica. Resultados que distan de otros estudios que se han hecho en contextos distintos al migratorio, y en los que el nivel educativo resultó tener una asociación positiva con el nivel de bienestar psicológico (De La Cruz-Sánchez *et al.*, 2013).

Origen y destino

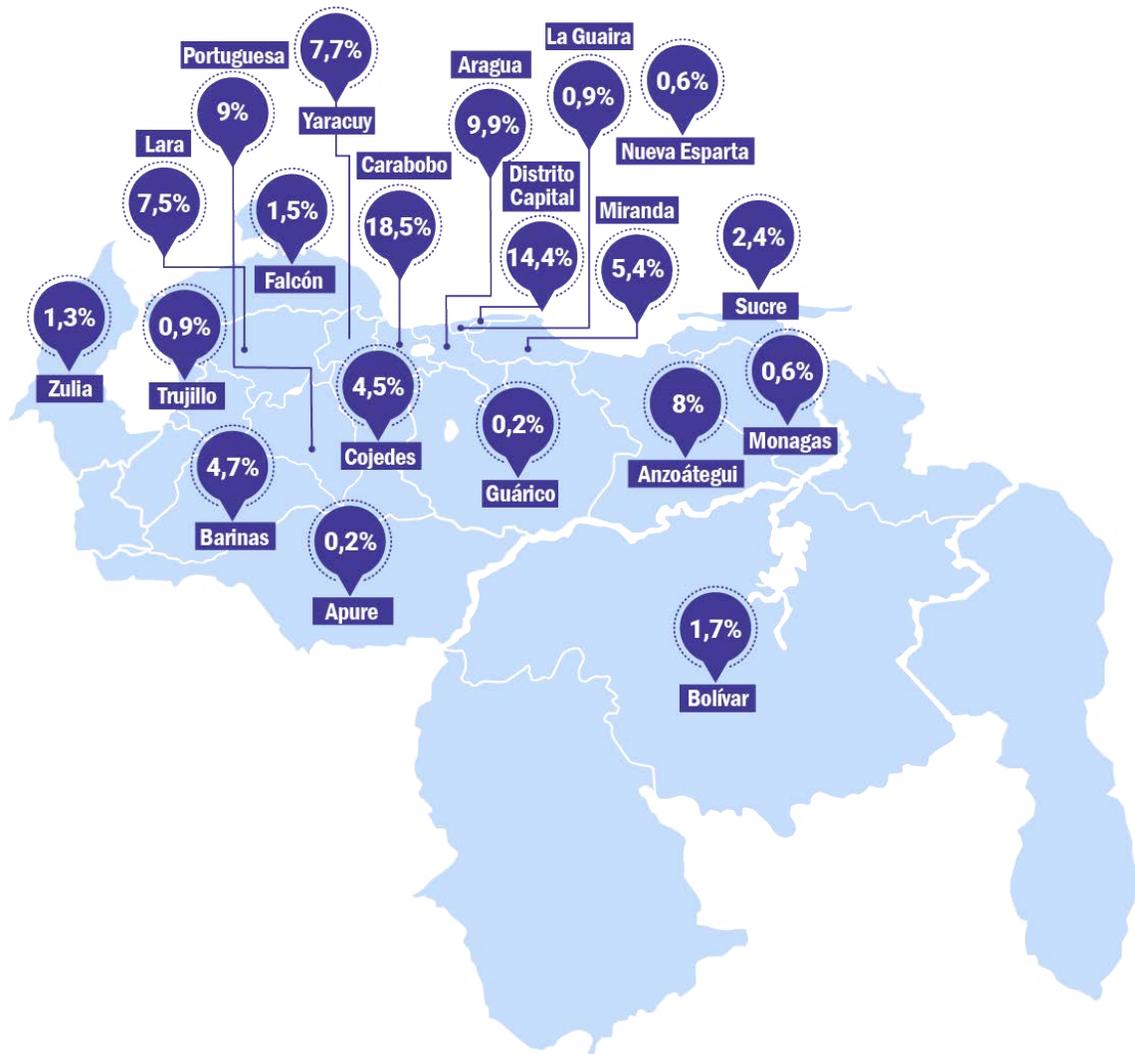
Los retornados provenían de varios países y entre ellos quienes presentaban mayores indicios de una grave alteración en salud mental eran quienes provenían de Colombia, Perú y Ecuador, tres de los principales receptores de migrantes venezolanos en la región. Lo que puede suponer que fueron comunidades de

acogida en las que vivieron experiencias poco edificantes, lo que sumado a los eventuales incidentes sufridos en el trayecto, generó esa situación.



Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

Entidades federales de destino de los retornados



Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

Los retornados se dirigían a casi toda la geografía nacional y quienes presentaban indicadores de una grave alteración en salud mental tenían como destino: Carabobo (18,5 %), Distrito Capital (14,4 %), Aragua (9,9 %), Portuguesa (9 %) y Anzoátegui (8 %). Ante estas cifras es fundamental, diseñar y ejecutar acciones que permitan ofrecer

atención psicosocial en las comunidades de acogida.

Riesgos o sucesos traumáticos sufridos

El 62,1 % de quienes retornaron estuvieron expuestos a riesgos o algún suceso traumático durante el recorrido. Y de ellos, el 94,6 % presentó una grave alteración en salud mental. Esto da cuenta de que los

efectos de las experiencias traumáticas vividas durante el continuo de movilidad no necesariamente surgen de manera inmediata, pueden evidenciarse incluso luego de pasadas algunas semanas desde el evento, cuando la persona se sienta en entornos más seguros (Temas de Psicoanálisis y Recio, 2024).

Días caminados y salud mental



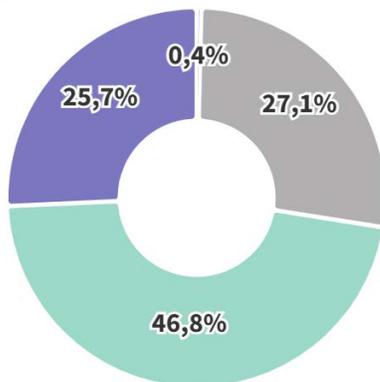
Los retornados habían caminado varios días antes de resolver la prueba. En todos los casos, es decir, sin importar el número de días caminados, presentaron indicios de una grave alteración en salud mental.



Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

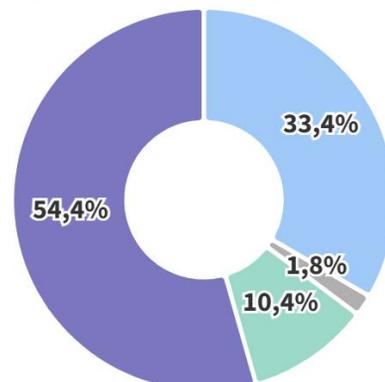
Síntomas de ansiedad

¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?



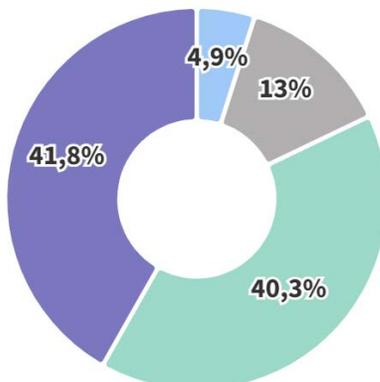
■ Mejor que lo habitual ■ Menos que lo habitual ■ Igual que lo habitual
■ Mucho menos que lo habitual

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?



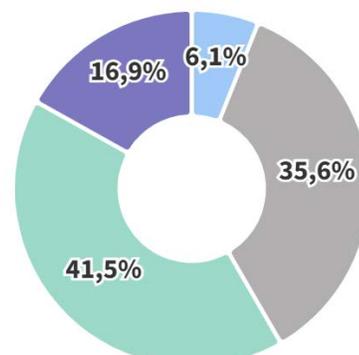
■ No más que lo habitual ■ No, en lo absoluto ■ Algo más que lo habitual
■ Mucho más que lo habitual

¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?



■ No, en lo absoluto ■ Algo más que lo habitual ■ No más que lo habitual
■ Mucho más que lo habitual

¿Ha sido capaz de disfrutar de las actividades que se le han presentado durante el recorrido?



■ Más capaz que lo habitual ■ Menos capaz que lo habitual ■ Igual que lo habitual
■ Mucho menos capaz que lo habitual

Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

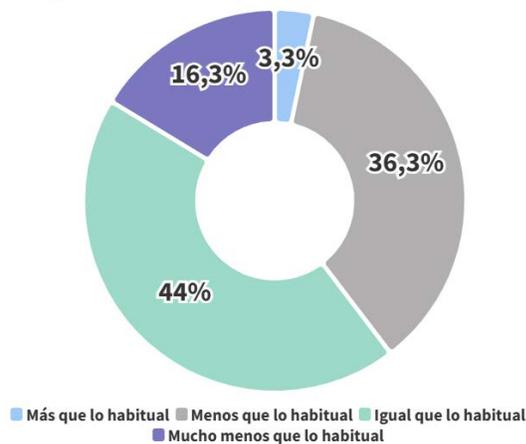
Al indagar sobre si ha podido concentrarse, el 27,1 % señaló que menos que lo habitual y el 25,7 % mucho menos que lo habitual. En este orden, la falta de concentración puede devenir en serias limitaciones para el desarrollo personal, dificultades para la comunicación, puede derivar en aislamiento social y obstáculos para construir y mantener redes de apoyo.

Por su parte, frente a la pregunta relativa a si las preocupaciones le habían hecho perder mucho sueño, se constató que la mayoría respondió mucho más que lo habitual (54,4%). Las preocupaciones en el continuo de movilidad de quienes retornaron caminando pueden ser variadas: alimentación, descanso, sustento al llegar al destino, la distancia que aún los separa de esa comunidad de destino, lo vivido en el país de acogida y en el trayecto. Además, la imposibilidad para poder dormir lo correspondiente dificulta la concentración, la memoria y la toma de decisiones y debilita el sistema inmunológico.

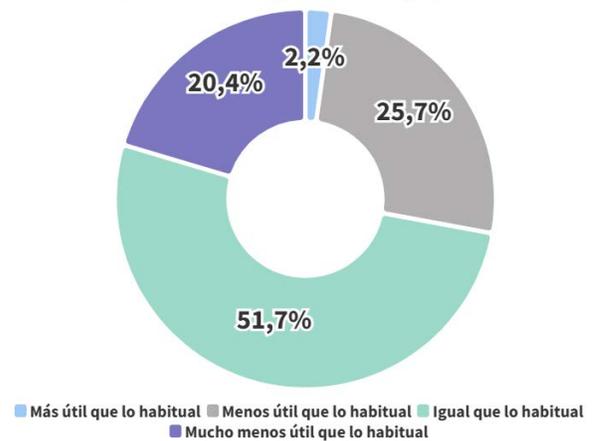
Del mismo modo, el 41,8 % admitió que se ha notado constantemente agobiado y en tensión mucho más que lo habitual. Y el 35,6 % se ha sentido menos capaz que lo habitual para disfrutar de las actividades que se le han presentado durante el recorrido.

Síntomas de depresión

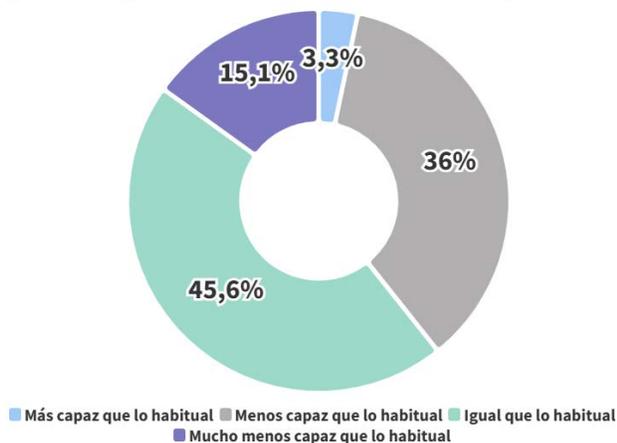
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?



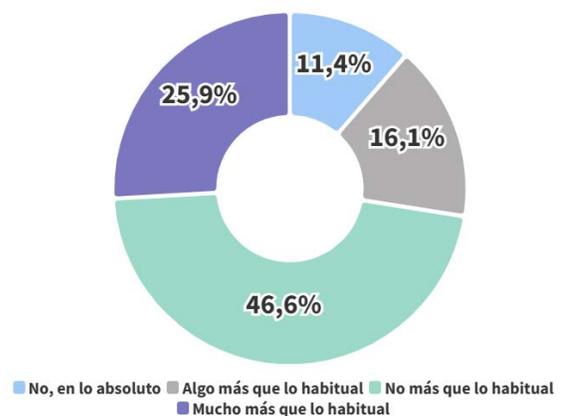
¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?



¿Ha sido capaz de afrontar adecuadamente sus problemas?



¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?



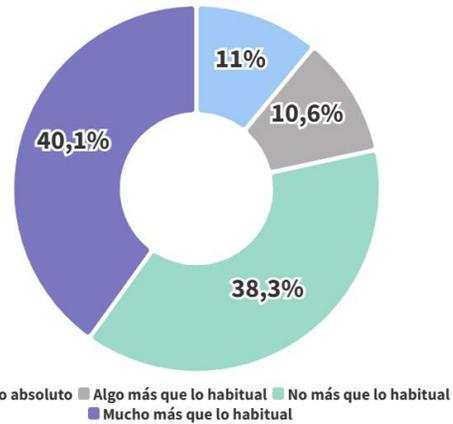
Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

Síntomas de depresión

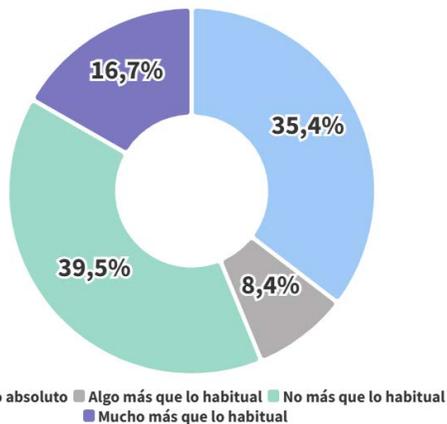
¿Ha perdido confianza en usted mismo/a?



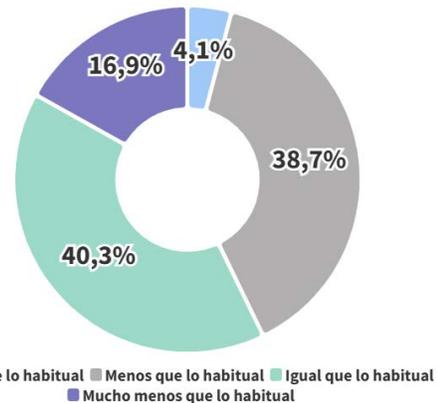
¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?



¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?



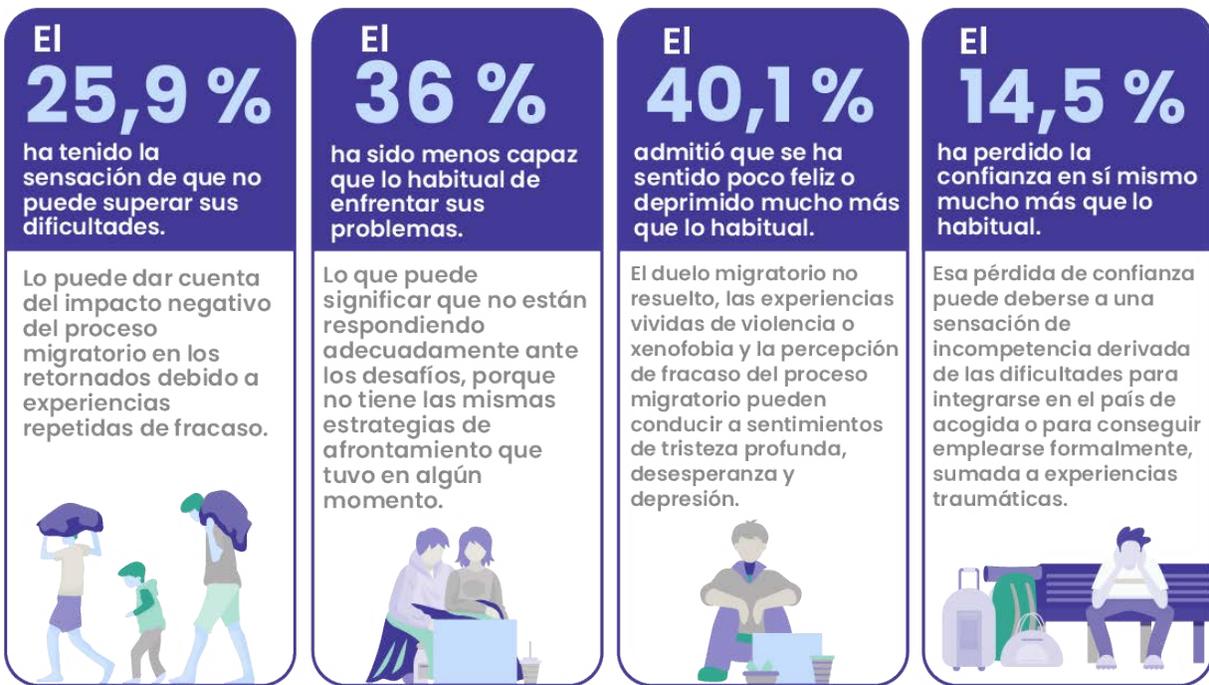
¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?



Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

Al indagar sobre si sienten que están desempeñando un papel útil en la vida, el 51,7 % aclaró que se sentía igual que lo habitual, 25,7 % aclaró que se sentía menos útil que lo habitual, 20,4 % mucho menos útil que lo habitual y sólo un 2,2 % más útil que lo habitual. Llama la atención el hecho de que el 25,7 % se sentía menos útil de lo habitual, lo que quiere decir que al momento de resolver la prueba, dudaban de sus capacidades y habilidades, percepción que de no atenderse psicosocialmente de manera pronta puede generar un impacto negativo en las personas.

Mientras que el 36,3 % admitió sentirse menos capaz que lo habitual para tomar decisiones. El hecho de sentirse menos capaz de tomar decisiones pone en peligro aún más la supervivencia en el continuo de movilidad que resta por transitar y, además, compromete en parte sus planes en un futuro, porque esa incapacidad podría impedir avanzar en proyectos personales y de otra índole, a la par de que promovería la pérdida de oportunidades.



Fuente: elaboración propia a partir de datos ODISEF, 2024-2025.

En cuanto a la autovaloración, al indagar si han llegado a pensar que no valen para nada, el 39,5 % señaló que no más que lo habitual; y el 16,7 % mucho más que lo habitual. En este apartado hay que encender las alarmas porque la autovaloración está muy deteriorada hasta el punto de experimentar la llamada desesperanza aprendida debido a la impotencia y expectativas no satisfechas en el proceso migratorio, y si en su estancia en el país de acogida experimentaron o percibieron manifestaciones de discriminación o xenofobia, sumado a las condiciones en que retornan puede incrementar las heridas emocionales y deteriorar la autoestima.

Conclusiones

El retorno al país se ha verificado desde 2020, pero ha tomado fuerza en los últimos años en virtud de varias razones, entre las que se cuenta la dificultad de los migrantes venezolanos para integrarse a la comunidad de acogida, serios obstáculos para regularizar su estatus

migratorio, impedimentos para ejercer derechos fundamentales y acceder a servicios básicos. Además, se estima que el retorno resulte más intenso a propósito de políticas migratorias restrictivas de algunos países de acogida.

Los desafíos que el proceso migratorio entraña sumados a las condiciones precarias de quienes caminan para retornar a Venezuela supone una acumulación de estrés que ha superado la capacidad de afrontamiento y adaptación de quienes regresaron.

La prueba aplicada dio muestras del padecimiento actual: sobrecarga emocional experimentada por los retornados quienes vivenciaron síntomas como ansiedad, depresión y dificultades para conciliar el sueño; pero también señaló un alto riesgo de desarrollar eventuales trastornos mentales crónicos si no se interviene oportuna, suficiente y adecuadamente.

El bienestar psicológico no tiene relación directa con el nivel educativo. En este estudio

se estableció que los retornados con estudios de especialización/maestría presentaron una grave alteración en salud mental al igual que las personas que tenían estudios de primaria, bachillerato y de quienes no estuvieron escolarizados.

El GHQ-12 no permite el diagnóstico de trastornos mentales específicos, pero el obtener altos resultados en su resolución -como sucedió en esta investigación- permite establecer el malestar psicológico y la presencia de dificultades emocionales y psicológicas. Por tanto, los resultados obtenidos pueden dar cuenta del estrés postraumático, la ansiedad y la depresión que tiene relación directa con las experiencias durante el proceso migratorio. También pueden ser indicio de duelos migratorios no resueltos; de angustia conexas con la incertidumbre y necesidades básicas insatisfechas.

Recomendaciones

En pro de la reintegración sostenible de la población retornada.

Para el Estado:

- Diseñar e implementar políticas públicas integrales de atención y acompañamiento a población retornada, centradas en la promoción de la reintegración sostenible por medio de:
 - Programas de atención psicosocial: que ofrezcan apoyo individual y grupal para el manejo del estrés, el duelo migratorio, la ansiedad y otros desafíos emocionales. Intervenciones tempranas y continuas: para prevenir la cronificación de síntomas como depresión, ansiedad y estrés postraumático, para así promover el bienestar a largo plazo.
 - Fortalecimiento de redes de

apoyo comunitario: fomentando la participación social y la creación de espacios seguros para la integración y el sentido de pertenencia.

- Seguimiento y evaluación continua: para asegurar la efectividad de las políticas y adaptarlas a las necesidades cambiantes de la población retornada.
- Diseñar e implementar programas comunitarios de sensibilización y capacitación que impulsen la cohesión social, la humanización de la migración para minimizar el estigma sobre quienes han tenido experiencias migratorias y la formación de líderes comunitarios en primeros auxilios psicológicos a población retornada.

Para organizaciones en articulación con el Estado:

- Diseñar y ejecutar programas que impliquen servicios de atención psicosocial -terapia individual y grupal, consejería y grupos de apoyo- en los que se promueva la adquisición de habilidades para el manejo del estrés, el duelo migratorio, la ansiedad y otros desafíos emocionales.
- Promover estudios con enfoque cualitativo que permitan ahondar en la comprensión de las experiencias y necesidades de la población retornada, todo de cara al impulso de la reintegración sostenible.

En pro de la salud mental de los retornados:

Para los gremios profesionales de psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, médicos psiquiatras en articulación con el Estado:

- Promover la creación y fortalecer grupos de autoayuda y redes de apoyo comunitario para población retornada.

- Diseñar y realizar campañas informativas sobre la importancia de la salud mental en todas las dimensiones de la vida.
- Ofrecer atención psicosocial especializada a población retornada

Para médicos (de todas las especialidades):

- Integrar la evaluación de la salud mental en la atención médica general.
- Trabajar articuladamente con psicólogos y psiquiatras para ofrecer una atención integral.

Referencias

A

Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). ZERBITZUAN (46), 163-171. <https://zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/ZERBITZUAN%2046.pdf>

Achotegui, J. (2017). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Revista de Menorca (96), 103-111. <https://www.raco.cat/index.php/RdM/article/download/339995/432555/>

Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. Revista con-ciencia. 1(2), 115-124. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf

B

Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. Comunidad y salud. 13(2). 81-83. <https://ve.scielo.org/pdf/cs/v13n2/art11.pdf>

Borrel-Carrió, F., Suchman, A., y Epstein, R. (2006). El modelo biopsicosocial 25 años después: principios, prácticas e investigación científica. Revista chilena de medicina familiar. 7(2). 67-75. <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/103/98>

Borrell-Carrió, F. El modelo biopsicosocial en evolución. https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf

Brabete, A. (2014). El cuestionario de salud general de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 1(37), 11-29. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645433002.pdf>

C

Calvo, P. (2020). Salud mental en la actualidad. Revista Colombiana de Salud Ocupacional. 10(1). 1-2. https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/6457/9764

Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 66(23,3), 43-72. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3098202.pdf>

D

De La Cruz-Sánchez, E., Feu, S. y Vizuete-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. Universitas Psychologica, 12(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100004

E

Elio-Calvo, D. (2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Revista médica La Paz*, 29(2), 112-117. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmip/v29n2/1726-8958-rmcmip-29-02-112.pdf>

F

Fernández, J., Domínguez, N., y Miralles, F. (2020). El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. *Revista de Estudios en Seguridad Internacional*, 6(1), 101-117. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7502394.pdf>

G

García-Viniegras, C. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 1-20. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num2/artivol8no2.pdf>

Goecke, T., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckman, M. y Beetz, A. (2012). Asociación del apego prenatal y los factores perinatales con la depresión pre y postparto en madres primerizas. *Medicina materno-fetal* (286), 309-316. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6>

L

Langmann, E. (2022). Vulnerabilidad, edadismo y salud: ¿es útil etiquetar a los adultos mayores como un grupo vulnerable en la atención médica? *Filosofía de la atención médica* 26(1), 133-142. doi: [10.1007/s11019-022-10129-5](https://doi.org/10.1007/s11019-022-10129-5)

Lahoz, S., y Forns, M. (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas*, 15(1), 157-168. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/613/465>

M

Mazuera-Arias, R., Rincón-Sequeda, J., y Vivas-Franco, C. (2023b). Informe de movilidad humana venezolana X. Tercer trimestre de 2023: integración y reintegración (3 de julio al 29 de septiembre). <https://odisef.org/wp-content/uploads/2023/11/Informe-de-Movilidad-Humana-Venezolana-XODISEF.pdf>

Mazuera-Arias, R., Vivas-Franco, C., Rincón-Sequeda, J. y García-Navarro, J. (2023a). Tendencias y perfiles de personas en movilidad 2022-2023. <https://data.unhcr.org/es/documents/details/105366>

Mazuera-Arias, R., Rincón-Sequeda, J. y Vivas-Franco, C. (2025). Informe de movilidad humana venezolana XII. Niñez, adolescencia y migración (octubre-diciembre 2024). San Cristóbal, Venezuela. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Venezuela. <https://odisef.org/wp-content/uploads/2025/01/IMHV12-Ninez-adolescencia-y-migracion-ODISEF.pdf>

Medina, V. y Carrillo, V. (2023). ¿Están volviendo los venezolanos que emigraron? Entre mitos y datos. *Equilibrium CenDE*. <https://equilibriumcende.com/estan-volviendo-los-venezolanos-que-emigraron-entre-mitos-y-datos/>

Mera-Lemp, M., Bilbao, M., y Martínez-Zelaya, G. (2020). Discriminación, aculturación y bienestar psicológico en inmigrantes latinoamericanos en Chile. *Revista de psicología*, 29(1), 1-15. <https://www.scielo.cl/pdf/revpsicol/v29n1/0719-0581-revpsicol-29-1-00065.pdf>

Mixed Migration Centre (2022). Quaterly Mixed Migration Update: América Latina y el Caribe. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2022/07/QMMU_Q2_2022_LAC_ES.pdf

Moscoso, M. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en Mindfulness: una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona*, 13(013), 11-29. <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/262>

Moscoso, M., y Delgado, E. (2015). La teoría del estrés crónico como modelo científico en neurociencia cognitiva. *Revista IIPSI*. 18(1), 167-180. https://www.researchgate.net/profile/Manolete-Moscoso-2/publication/303100557-La-teoria-del-estres-cronico-como-modelo-cientifico-en-neurociencia-cognitiva/links/5a09f300aca272d40f411f06/La-teoria-del-estres-cronico-como-modelo-cientifico-en-neurociencia-cognitiva.pdf?origin=publication_detail&G2aW9IcIBhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbji9fQ&cf_chl_tk=JvgxrvO8X87GIg4DGLrxC3MK2C5UTjQKHnLpmkBIbz8-1740623362-1.0.1.1-NmeUNZr74gHU.uTqVVxKQmPU_TczS7kJtgezxA MEPCA

O

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (2024). Otra cara de la vulnerabilidad de quienes retornan: el deterioro del estado nutricional reflejado en el índice de masa corporal. En *Contexto* (28). <https://odisef.org/wp-content/uploads/2023/12/EC-N28-Otra-cara-de-la-vulnerabilidadde-quienes-retornan-el-deterioro-del-estado-nutricional-reflejado-en-el-IMC.pdf>

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (2022). Otra mirada a la movilidad humana: cuando hay que rescatar a un familiar. En *Contexto* (21), <https://odisef.org/wp-content/uploads/2022/10/N21-Otra-mirada-a-la-movilidad-humana-cuando-hay-que-rescatar-a-un-familiar.pdf>

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (2021). Retornados venezolanos: relatos

de penurias. En *Contexto* (15). <https://odisef.org/wp-content/uploads/2021/08/N15-Retornados-venezolanos-relatos-de-penurias.pdf>

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (2024). Trata de personas y migración: un alto riesgo para quienes caminan. En *Contexto* (32). <https://odisef.org/wp-content/uploads/2024/08/EC32-Trata-de-personas-un-alto-riesgo-para-quienes-caminan.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud (2022a). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (2022b). Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2022c). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud (2023). Día Mundial de la Salud Mental - La salud mental es un derecho humano universal. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2023---mental-health-is-a-universal-human-right>

Organización Panamericana de la Salud (2020). No hay salud sin salud mental. <https://>

www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Salud mental. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

P

Pérez, C., Fernández, M., y Tobón, M. (2022). La salud mental en tiempos de migración: una mirada a los efectos psicosociales. *Omnia*, 28(2), 61-77. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/omnia/article/view/41841/48385>

Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (2022). Análisis de necesidades de refugiados y migrantes. Emitido en octubre de 2022. file:///C:/Users/usuario/Downloads/RMNA_2022_ESP%2520WEB%2520v2%20(1).pdf

Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (2020). Plan de Respuesta para Refugiados y Migrantes. Mayo 2020. Revisión. <https://www.r4v.info/es/document/rmrp-2020-revision-covid-19>

Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (2024). Refugiados y migrantes de Venezuela. <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>

Pilco, G., y Pilco, D. (2023). Bienestar psicológico y autoestima de migrantes venezolanos residentes en Riobamba –Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, IV(2), 289-302. <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/611/796>

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>

R

Rosa-Rodríguez, Y., Negrón Cartagena, N., Maldonado Peña, Y., Quiñones Berrios, A., y Toledo Osorio, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79933768003.pdf>

T

Temas de Psicoanálisis y Beatriz Recio (2024). Trauma y duelo migratorio. *Temas de psicoanálisis* (28). <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2024/07/Beatriz-Recio.-Entrevista.pdf>

U

Ureta, F., Bahuer, E., Tzoy, P., y Soto, C. (2023). Efectos biopsicosociales de las migraciones masivas y la violencia sistemática. *Revista Guatemalteca de Psicología*, 2(1), 49-69. <https://psicogt.org/index.php/rgp/article/download/130/438/631>

Urzúa, A., Heredia, O., y Caqueo-Úrizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista médica de Chile*, 144(5), 563-570. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art02.pdf>

V

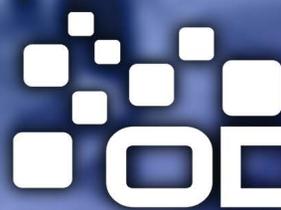
Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6070681.pdf>

Villa, I., Zuluaga, C. y Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242013000300007

Z

Zubieta, E., Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. Anuario de Investigaciones. XVII, 277-283. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf>



 **ODISEF**

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera

www.odisef.org