

ENTRE ULISES Y PENÉLOPE: INTEGRAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS ESTUDIOS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES MIGRANTES

*Between Ulises and Penélope: Integrating the gender perspective
in studies on the mental health of migrant women*

Itzel Eguiluz ^o

Resumen. La llamada feminización de las migraciones no es un fenómeno reciente, sin embargo, las mujeres no siempre se incluyen en las investigaciones. Su salud mental no ha sido abordada de forma específica, el síndrome de Ulises evalúa un conjunto de vulnerabilidades y estresores, pero no contiene una perspectiva de género. Por otro lado, el síndrome de Penélope es un concepto no homogéneo que tampoco contribuye a abandonar como el único perfil de mujer migrante el rol de ama de casa-madre-cuidadora. La salud mental de las mujeres en general parece estar relacionada de forma continua con los roles y estereotipos de género. Estas situaciones no permiten que la salud mental de las mujeres migrantes se evalúe de forma integral y considerando sus perspectivas individuales, sociales y culturales, por lo que aquí se discute la creación del síndrome de Nellie Bly.

Palabras clave: Mujeres; salud mental; migración; síndrome de Ulises; género.

Abstract. *The so-called feminization of migration is not a recent phenomenon; however, women are not always included in research. Their mental health has not been specifically addressed, Ulysses syndrome assesses a set of vulnerabilities and stressors, but it does not contain a gender perspective. On the other hand, Penelope Syndrome is a non-homogeneous concept that does not contribute to abandoning the role of housewife-mother-caregiver as the only profile of a migrant woman. The mental health of women in general appears to be continuously related to gender roles and stereotypes. These situations do not allow the mental health of migrant women to be evaluated comprehensively and considering their persona, social and cultural perspectives, which is why the creation of Nellie Bly Syndrome is discussed here.*

Keywords: women; mental health; immigration; Ulysses syndrome; gender.

^o Becaria del programa de becas posdoctorales de la Coordinación de Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, en el Instituto de Investigaciones Económicas. Ciudad de México, México. E-mail: im.eguiluz@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5240-3202>.

Este texto¹ reflexiona sobre tres puntos con el objetivo de discutir sobre las perspectivas teóricas de la salud mental de las mujeres migrantes y el género para proponer nuevos posibles esquemas. Estos puntos se dividen de la siguiente manera: el primero se centra en realizar una introducción sobre la relación entre la salud mental y el género, centrado en las mujeres; el segundo, puntualiza en la salud mental de las mujeres migrantes y la necesidad de incluir en los estudios, muestra y análisis, tanto sexo como género; a posteriori, se presenta la propuesta específica sobre el porqué el síndrome de Ulises debería incluir en su diseño al género de manera formal, se discute sobre la utilidad del concepto síndrome de Penélope y finalmente se propone la creación de un nuevo concepto espejo al síndrome de Ulises, que pudiera llamarse síndrome de Nellie Bly, el cual debiera incluir una clara perspectiva de género en la evaluación de vulnerabilidades, estresores y duelos. Esto permitirá concluir que los estudios sobre migraciones y salud, pero en especial sobre salud mental, deben contemplar las diferencias por género para que a partir de ellos se puedan desarrollar y ejecutar mejoras en los programas y políticas de salud para la atención de la salud mental de las mujeres migrantes considerando sus especificidades, vulnerabilidades y posibles estresores relacionados al proceso migratorio -antes, después, durante e incluso al retorno-.

1. Salud mental y mujeres

En las últimas décadas ha cambiado la forma en la que se investiga y analiza la salud mental desde las ciencias sociales y desde las ciencias de la salud, en especial respecto a la salud mental de las mujeres. Existen cambios evidentes desde finales del siglo XIX en que se utilizaban desde métodos como la llamada hidroterapia y el provocar cambios constantes en la temperatura corporal para curar la melancolía o la denominada histeria (Cardona Quitián, 2012), hasta llegar a los múltiples cambios que se han presentado en las diferentes versiones del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM) (Pujal i Llombart *et al.*, 2020; Pérez Fernández *et al.*, 2017). Algunos de estos cambios en el DSM relacionados a la inclusión del sexo y el género se analizan en la investigación realizada por Gaviria y Alarcón (2010). En dicho documento podemos observar de manera clara cómo el DSM, en sus diferentes versiones desde 1952, no integró el concepto de género o su análisis para la salud mental hasta 1995 en el DSM-IV, cuando por primera vez se realizaron análisis de ciertos padecimientos de acuerdo al género y se incorporaron otras variables como la edad. No es hasta el DSM-V en el que se elimina el término “disforia de género” (American Psychiatric Association, 2013) y cuando se realizan cambios en los que, en teoría, se incluye la perspectiva de

¹ Este texto es parte del trabajo realizado como Becaria posdoctoral del Programa de Becas Posdoctorales 2020-201 de la Coordinación de Humanidades de la UNAM. La estancia se lleva a cabo en el IIEC, UNAM bajo la tutoría del Dr. Alejandro Méndez Rodríguez.

género al describir algunos trastornos. Sin embargo, como aclaran Pujal i Llobart *et al.* (2020) en su análisis sobre el DSM-V:

se exponen las diferencias por “género” en la prevalencia o sintomatología de los trastornos mentales sin contemplar que el género es una construcción psicosocial. De forma que, además de no contemplar la desigualdad, se exponen “diferencias por género” cuando realmente se tratan diferencias por sexo.

El uso indiscriminado de los conceptos de sexo y género se observa de forma ejemplar en DSM-V en la sección sobre titulada “Diferencias de género” en la que se describe que el género “puede determinar exclusivamente si el individuo está en riesgo de padecer determinado trastorno (p. ej., el trastorno disfórico premenstrual)” (American Psychiatric Association, 2013, p. 15). Este trastorno ha sido discutido por psicopatologizar a las mujeres (Bacigalupe *et al.*, 2020; Ussher, Perz, 2010). Asimismo, se indica que “los valores genéticos vinculados con el sexo y con la vulnerabilidad del sexo masculino a los problemas cerebrales pueden explicar algunas de las diferencias de género”(American Psychiatric Association, 2013, p. 39), cuando en realidad sería sexo. Misma situación se presenta en la sección sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (American Psychiatric Association, 2013, p. 63).

En esta línea se integran también las diferentes concepciones de la salud-enfermedad como el naturalismo y el normativismo. En estas miradas se elimina el sentir de la persona denominada paciente, explicando Foucault que “paradójicamente el paciente es un hecho exterior en relación con aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración, sino para meterlo entre paréntesis” (1978, p. 23). En un nuevo esfuerzo por evaluar la salud mental de forma integral surge el enfoque psicosocial que propone la Organización Internacional para las Migraciones para la atención de la salud mental de las personas migrantes, en el que se incluye el enfoque de género. Por otro lado, y de forma complementaria, se encuentra el enfoque constructorista, el cual se entiende como aquel en el que “las personas construyen su propio entendimiento y conocimiento del mundo a través de sus experiencias y reflexiones” (Caicedo, 2019, p. 48).

Para poder comprender de forma más detallada los ambientes en los que se desenvuelven las personas, en este caso las mujeres, y que tiene que ver con dichas experiencias y reflexiones, debemos mencionar los determinantes sociales de la salud (“Determinantes sociales de la salud” [sin fecha]). Estos tienen relación con lo que ya hablaba Bastide (citado por Caicedo, 2019, p. 45) en 1967 explicando que las personas deben tener una mejora en su calidad de vida para mejorar su salud mental. Sin embargo, no fue hasta el año 2000 que la Organización Mundial de Salud determinó que “no se prestaba atención a los determinantes específicos que protegen la salud mental en las mujeres, haciendo un llamamiento a la investigación en la recogida de datos de prevalencia y causas de los problemas de

salud mental de las mujeres” (Pujal i Llombart *et al.*, 2020), sabiendo que el género es considerado un importante determinante social de la salud y es indispensable integrarlo en el análisis y diagnóstico de esta.

En estas visiones sobre la salud y la salud mental, ¿cómo integramos al género? Género comprendido más allá de la conducta esperada por un grupo social sobre cómo es un hombre o una mujer, integrando las relaciones de poder y socioeconómicas que permea. Y, sobre todo, de acuerdo con la definición de Scott (1996), “el género es una categoría útil para el análisis porque nos obliga a historizar las formas en las cuales el sexo y la diferencia sexual han sido concebidos”. Pensando, como indica Scott, en cómo se construye la diferencia sexual y cómo esta diferencia existe y permea en la salud mental, en los malestares emocionales de las mujeres que migran.

De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud (OMS) se requiere que las metodologías incluyan perspectiva de género para poder realmente abarcar “las diferentes dimensiones de la disparidad” (Sen *et al.*, 2007, p. 83). Asimismo, indica la OMS se debe poner mayor atención a los posibles sesgos de género que existen en la salud de hombres y mujeres y, sobre todo, los datos no deben solo desagregarse por sexo, sino realmente contener un análisis con perspectiva de género, “entre otros determinantes sociales de la salud” (Sen *et al.*, 2007, p. 83). Del mismo modo, en el libro “*Doing Harm*” de Maya Dusenbery (2018) se hace una extensa revisión sobre la necesidad de incluir en los estudios clínicos a hombres y mujeres, para evitar resultados como los de algunos estudios de medicamentos que no incluyen mujeres y que han dado dosis incorrectas de medicamentos para el insomnio o que no permiten identificar diferencias en la sintomatología de ciertas enfermedades.

Sobre las desigualdades de género en la salud mental, Bacigalupe *et al.* indican que debido a los ejes de desigualdad hay la posibilidad de que exista “un proceso de medicalización de la salud mental de las mujeres, pero la interpretación de su origen resulta compleja, ya que sin duda operan procesos de sobrediagnóstico y sobreprescripción entre ellas, pero quizás también de infradiagnóstico e infraprescripción en los hombres” (2020). Incluso Ussher y Perz (2010) se preguntan si no se está medicalizando la miseria de las mujeres, pensando en especial en aquellas que sufren extrema vulnerabilidad.

Dada la amplitud del concepto “salud mental” me enfoco aquí en los malestares emocionales o psicológicos en los que se enmarca el síndrome de Ulises (Achotegui, 2010). De acuerdo con Caicedo (2019) el malestar psicológico no específico que describe Kessler es el de un concepto operativo que permite establecer el riesgo de desarrollar un trastorno mental severo, depresión o ansiedad a través de una escala. Asimismo, retoma el concepto de Espindola que según indica es un conjunto de manifestaciones clínicas no patológicas y con raíces en el carácter del individuo.

Sin embargo, existen otras visiones sobre los malestares emocionales como la de Berenzon *et al.* (2014) que explican que un malestar emocional como:

una sensación subjetiva relativa a un bienestar mermado. Se plantea como desazón, incomodidad o “sentirse mal”, y aparece como un conjunto de síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable. Es una respuesta a distintas situaciones de la vida y del contexto social, como la familia, el trabajo, la comunidad y las actividades de la vida diaria. [...] Cabe resaltar que la presencia de malestar emocional no es sinónimo de enfermedad mental ni tampoco es una causa directa.

Esta definición coincide con lo que Burin (2012) explica sobre la construcción del llamado “malestar emocional psíquico” el cual asegura “resquebraja la dualidad salud–enfermedad, introduciendo un tercer término que no participa de las características de uno u otro, ni, por lo tanto, está sometido a las condiciones opresivas de producción de sentidos sobre la salud y enfermedad en las mujeres”.

Los malestares emocionales de las mujeres parecen estar relacionados de forma continua con los roles y estereotipos de género, para cumplir con aquellas expectativas esperadas de las mujeres para la sociedad. Esto lo observan en sus investigaciones diferentes investigadoras como Burin (2008, 2012), Berenzon *et al.* (2014), Pujal i Llombart *et al.* (2020), entre otras y se resume con el rol de “ama de casa-madre” del que habla Morokvasic (1984).

2. Salud mental, mujeres y migración

Así como sucede en la investigación médica, en los estudios sobre migraciones en ocasiones se incluye a hombres y mujeres, y en algunos casos se presentan los resultados desagregados por sexo, sin embargo en muchas ocasiones estos estudios no incluyen perspectiva de género, es decir en los estudios sobre migraciones se presenta una situación similar a la que observamos en los estudios sobre salud porque la teoría sobre los roles de género sigue permitiendo que el género sea vea como “un atributo estadístico” y no como una práctica fluida (Hondagneu-Sotelo *et al.*, 2006) que permita comprender la influencia del género en los resultados obtenidos. Del mismo modo, Gaviria y Alarcón (2010) relacionan la importancia de reconocer no solo las diferencias clínicas con relación al género, sino la necesidad de tomar en cuenta la cultura, sobre todo en contextos globalizados, como la migración interna y externa. Por ello, es importante que revisemos la salud mental, la migración y el género en conjunto porque no se trata solo de tener la estadística, sino de contemplarlo dentro de un todo.

En las investigaciones sobre las migraciones las mujeres no aparecían, o lo hacían de forma esporádica, hasta hace pocos años y cuando se incluían en las investigaciones por lo general lo hacían en el papel de madres o esposas, que en todo caso migraban por reunificación familiar. Esta realidad se discute en múltiples textos, por ejemplo, Morokvasic hablaba ya desde 1984 sobre la invisibilización de las mujeres migrantes trabajadoras, al etiquetarlas en estos roles o en el futuro rol de “ama de casa-madre”, lo cual se utilizaba para justificar que les pagaran menos

(Morokvasic, 1984). Otro ejemplo, es la investigación realizada sobre las mujeres mexicanas en Estados Unidos en donde observamos a mujeres trabajadoras que cruzaban a diario la frontera en 1917 (Brewminate, 2019). El que no aparecieran las mujeres como “objeto de estudio” no quiere decir que no migraran como discuten Oso y Garson:

¿Existe realmente la feminización de la migración internacional, o estamos simplemente lidiando con la feminización del discurso migratorio, como ocurrió en Europa a mediados de los setenta, y una mayor aceptación de la migración femenina?. (Oso Casas, Garson, 2005, p. 3) (traducción propia del original en inglés)

Y es que hasta 1993 menos de la mitad de los países de la OCDE contabilizaba el número de mujeres extranjeras en sus países (Oso Casas, Garson, 2005). Similar a lo hallado por Zlotnik (2003) que indica que en los países desarrollados esto no había cambiado y que en la mayoría de los países en desarrollo encontramos ligeras tendencias en el aumento de la migración de las mujeres desde 1970, es decir es un fenómeno que existe desde hace más de 50 años. Por ello podemos decir que en los estudios migratorios los hombres siguen siendo el punto de partida “ignorando las particularidades de las mujeres” (Palacios Valencia, 2016).

Asimismo, la salud mental de las mujeres ha estado relacionada en su mayoría con tres conceptos: el rol “ama de casa-madre” que se relaciona al de los cuidados no remunerados, el de la salud sexual-reproductiva y el de las vulnerabilidades y riesgos laborales. Esto conlleva a dos problemáticas que describo a continuación.

La primera en la que las mujeres siguen siendo valoradas por su rol de esposa-ama de casa-madre-cuidadora o en su caso culpabilizadas al no cumplirlo. Lo que genera, sobre todo en tiempos de crisis sanitaria (ej. COVID-19) o emergencias ambientales, que se espere “que también se conviertan en los amortiguadores del sistema” (Sen et al., 2007). Esto también se refleja en los estudios de Mabel Burin, al referir que las pérdidas pueden ser “agentes provocadores” y los “factores de vulnerabilidad” que son por ejemplo los trabajos de cuidados (Burin, 2012).

Segundo, que, si bien es posible que al haber un cambio en su sistema económico-social su salud mental tienda a mejorar ¿qué sucede entonces con las mujeres más vulnerables, con amplios grupos de mujeres migrantes, con las mujeres desplazadas o con las mujeres refugiadas que siguen viviendo en precariedad?

Por otro lado, sabemos que amplios grupos de mujeres migrantes viven antes, durante y después del viaje violencia. La violencia sin duda puede ser causa de salida por diversas razones (“Ignoradas y sin protección’. La mortal devolución de personas solicitantes de asilo”, 2018; Eguiluz, 2021a), por ejemplo, la que viven las mujeres que se vuelven “objeto de prostitución forzada, trata de personas” como indica Sin Fronteras (“Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México”, 2012) y aquellas que viven otros actos de violencia como violencia sexual, ya sea por parte de sus parejas o no (“Víctimas Invisibles: Migrantes en Movimiento en México”, 2010), lo cual impacta

en sus resultados sobre salud mental (Eguiluz, 2021b). Al migrar, cuando las mujeres llegan a un nuevo espacio, también pueden vivir discriminación, violencias y otros tipos de exclusión, como a los que hace referencia Nadia Santillanes (2021) en su estudio sobre mujeres migrantes en Nueva York.

Y, entonces si las desigualdades en salud mental como indica Yu (2018) aumentan de acuerdo con el nivel de desigualdad de género, la migración se torna un determinante de aún mayor importancia para la salud mental de las mujeres migrantes. Similar al planteamiento de Bacigalupe *et al.* (2020) cuando asegura que la salud mental de las mujeres empeora de acuerdo con las condiciones de vida y por ello las mujeres migrantes pueden tener peores resultados en salud mental, mientras que no los hombres. Incluso, Bacigalupe, se pregunta si los instrumentos para evaluar la salud mental no son aquellos que pudieran tener sesgos de género. También, se debe considerar que los hombres puedan subreportar algunos problemas de salud mental o malestares emocionales por cuestiones de género (Ramos-Lira, 2014). Lo anterior independiente a si la migración determina a la salud mental o la salud mental a la migración, como discute Bojorquez (2015). Entonces las mujeres migrantes se encuentran con lo que hemos visto viven otros colectivos de mujeres la medicalización de sus malestares físicos (“Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México”, 2012) y emocionales (Gentil, 2009) para poder seguir adelante.

3. Síndrome de Ulises

En esta sección retomo el síndrome de Ulises, cómo surge y se desarrolla, en un segundo momento me centro en la necesidad de integrar la perspectiva de género en el síndrome de Ulises, cuestionar el uso del término “síndrome de Penélope” e incluso me pregunto si no deberíamos pensar en un concepto diferente como su contraparte que, por ejemplo, podría llamarse síndrome de Nellie Bly para a través de este poder comprender aspectos específicos de la salud mental de las mujeres que migran, en especial en condiciones de vulnerabilidad extrema.

El síndrome de Ulises toma su nombre de la experiencia de un hombre, Ulises, personaje de la Odisea. Joseba Achotegui explica en su libro sobre el síndrome de Ulises que el nombre “Escala de Ulises” surge de “las adversidades y peligros vividos en soledad por los inmigrantes de hoy” (Achotegui, 2010). Aunque se habla del duelo del migrante desde hace décadas, el síndrome de Ulises es aún muy reciente. Explica Achotegui que el síndrome de Ulises se encuentra en el plano de la salud mental y que no debe entenderse como un diagnóstico clínico o una enfermedad mental, sino como un conjunto de estresores y vulnerabilidades que pueden afectar a las personas que migran, sobre todo aquellas que lo hacen en condiciones extremas. La Escala de Ulises sirve entonces para evaluar la posibilidad de riesgo en que se encuentra la salud mental de las personas migrantes y está estructurada por siete duelos: por la familia, por la lengua, por la cultura, por la tierra, por el estatus social, por el grupo de pertenencia y por los riesgos físicos.

El síndrome de Ulises no solo se centra en la postmigración, sino que toma en cuenta las condiciones previas a la migración de las personas, llamadas vulnerabilidades de acuerdo con Achotegui (2010, p. 114) y los estresores y duelos postmigración, especificando que solo deben tomarse en cuenta los que aparezcan hasta seis meses antes de la entrevista. Sin embargo, al migrar no solo se producen duelos y estresores nuevos, también pueden dejarse atrás factores que generan riesgos y vulnerabilidades. El duelo que se vive por la migración es parte central del síndrome de Ulises. Según Achotegui (2010) “el duelo es el proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar cuando hay una separación o una pérdida de algo que es significativo para el sujeto”. Mientras que en su trabajo sobre el duelo migratorio González Calvo (2005) asegura que cada persona lo vive de manera distinta y estas diferencias tienen que ver con el ambiente, es decir, redes sociales, por ejemplo. Por otro lado, sobre el duelo migratorio Grinberg y Grinberg, según Godoy (2007), refieren que alude al desafío y al dolor, mientras que en el caso de las personas exiliadas dicen Vázquez y Araujo, en Godoy (2007), que implica la pérdida del proyecto personal, social y político.

La Escala del síndrome de Ulises es solo un elemento dentro del síndrome de Ulises que, explica Achotegui (2010), sirve para medir el riesgo y hacer una primera valoración de la situación psicosocial de la persona que migra. Esta debe tomarse en cuenta como una parte de la globalidad de elementos a evaluar. Dichos elementos se encuentran identificados en el modelo VEDA, que se explica como el conjunto de vulnerabilidades, estresores, duelos y la adaptación que vive la persona migrante.

La escala en sí misma se compone de los indicadores de vulnerabilidad compuestos por las limitaciones previas a la migración, la historia personal y la edad, que se fija en 65 años. Por otro lado, incluye como estresores los aspectos personales, sociales y ambientales. Ambos indicadores contemplan la intensidad, frecuencia y duración de estos. La vulnerabilidad, que en su última versión ha sido modificada, incluye una propuesta que mide en simple, complicado o extremos los siete duelos del síndrome. Por ejemplo, en el estresor “duelo por la familia” se incluyen los ámbitos personales y sociales, en el personal la temática gira en torno a diversos temas que van desde las relaciones afectivas con hijos, hijas, parejas, amistades, hasta la reagrupación familiar. Estos estresores tienen relación directa con el género y pudieran resultar en que las mujeres tuvieran resultados más altos en la escala, al igual que sucede en otras áreas de salud mental al expresar sentimientos, estresores y vulnerabilidades de manera distinta por la manera en que las mujeres comunican, por ejemplo, los malestares emocionales.

Entonces, debemos preguntarnos ¿por qué el síndrome de Ulises no considera explícitamente al género dentro de su análisis? En su libro Joseba Achotegui hace mención de que “la evaluación del sujeto puede hacerse desde diferentes perspectivas” y que el síndrome de Ulises lo evalúa desde la influencia

de la migración, en especial de aquella que sucede en situaciones extremas, que entre las otras perspectivas con las cuales puede evaluarse está la perspectiva de género. Sin embargo, esta perspectiva queda al margen y de este modo se tiene el riesgo de que, como observamos en Bacigalupe *et al.* (2020), se tengan sesgos de género dentro de la evaluación, sobre todo porque las experiencias de las personas que migran se analizan dentro de una sección de observaciones en la escala. La Escala de Ulises, dice Achotegui, “se basa en la valoración que hace el profesional acerca de los datos que posee del inmigrante” (2010, p. 12). La escala al ser *etic* y evaluar de forma externa la interpretación de las personas migrantes abandona el análisis de la perspectiva de las mujeres y deja la evaluación de estos eventos en la perspectiva de las y los profesionales de la salud. Esto con relación a lo que Santillanes Allande (2021) explica en su último texto en donde destaca la importancia de comprender la salud mental desde el punto de vista de las personas, en este caso de las mujeres migrantes, y no desde el del personal de salud que se considera especialista en los problemas que afectan la salud mental de las mujeres.

La vulnerabilidad en el síndrome de Ulises se evalúa de acuerdo con la narrativa, se indica que para evitar sesgos se toma en cuenta la objetividad del profesional, sin embargo ¿las y los profesionales cuentan con perspectiva de género? Al hacer la valoración la persona profesional debe tener una perspectiva de género de lo contrario podría caer en las problemáticas antes descritas. Es de suma importancia considerar lo que concluyen Arcos *et al.* (2007) sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud, ya que como indica Santillanes (2021) son quienes en muchos casos tienen el primer contacto con las mujeres en las salas de emergencia. Asimismo, existe la necesidad de que las y los profesionales de la salud cuenten con conocimientos sobre los procesos migratorios y de movilidad, sobre todo, considerando que las mujeres migrantes pudieran tener diferentes formas, que los hombres o mujeres no migrantes, de expresar experiencias complicadas, violentas o traumáticas. No estamos, como bien dice Achotegui, ni siquiera en la categoría de psicopatología, estamos en un momento previo y un concepto más amplio, entre la salud mental y el malestar emocional. Si justamente no es un tema psiquiátrico y estamos pensando que no es un tema individual, sino uno generado por el contexto y experiencias vividas, entonces con mayor razón debe contemplarse el género. Es urgente integrar y visibilizar cómo viven las mujeres estos procesos con una perspectiva de género (Allegue *et al.*, 2000, p. 7) para evitar que como dicen Bacigalupe *et al.* (2020) el heteropatriarcado y las diferentes expresiones del androcentrismo sigan reproduciendo los estereotipos sobre lo que es masculino y femenino y así afectando la relación médica/o-paciente o en este caso terapeuta, trabajadoras sociales u otros perfiles relacionados. Como el síndrome de Ulises tampoco busca la medicalización de las personas migrantes con estresores y duelos, se encuentra más cercano a los malestares emocionales aquí presentados de la manera en la que Pujal i Llombart *et al.* (2020) proponen.

No solo existen diferencias sexo-género respecto a las vulnerabilidades, sino también a la forma de vivir los duelos entre hombres y mujeres, similar o lo que he descrito sobre otros malestares emocionales, las mujeres tienden a hablar más sobre su proceso de duelo, sin embargo, también parecen ser más resilientes (Parella, 2007; Casado-Mejía *et al.*, 2012). Incluso en sus primeros trabajos sobre el duelo migratorio el mismo Achotegui menciona, según González Calvo (2005), que las mujeres viven el duelo migratorio de formas diferentes, lo viven antes que los hombres y esto indica tiene que ver con diferencias de género.

3.1 Síndrome de Penélope

En algunas investigaciones el concepto “síndrome de Penélope” se utiliza para denominar a la posible sintomatología que viven las mujeres parejas de migrantes que se quedan, sin embargo, en otras, como “Las odiseas de Penélope” (Guerra, Palmero *et al.*, 2017), se relaciona con la idea de que Penélope también pudiera viajar al igual que Ulises. No hay un consenso sobre el significado del término “síndrome de Penélope”, se ha utilizado en literatura para explicar problemas sociales en España (Peces-Barba Martínez, 1999), se ha utilizado para hablar de las mujeres parejas de hombres migrantes, es decir, de “las mujeres que se quedan” (López Castro, 2007; González Robles *et al.*, 2015; Mata-Codesal, 2017), para pensar en que las mujeres también se van (Guerra, Palmero *et al.*, 2017), para definir trastornos clínicos del aprendizaje (Puy-Núñez *et al.*, 2020; Azevedo *et al.*, 2019) e incluso para estudiar temas sobre urbanismo (Jordano Fraga, 2004).

En la historia de la Odisea, y en la mitología, Penélope no se va, se queda y espera, e incluso es silenciada por su propio hijo, Telémaco: “Vuelve a tu aposento, y ocúpate en tus labores, en la tela y en el huso, y ordena a las criadas que se apliquen al trabajo. La palabra corresponde a los hombres, y a mí principalmente que poseo el mando de la casa” (Homero, 2012, p. 6). En otra conversación entre Penélope y Telémaco, ella le pide que se canten otras canciones, ya que las que cantaban le hacían daño, él responde:

Qué tu corazón y tu espíritu soporten escucharlo, pues Odiseo perdió en Troya el día de su regreso, que también perecieron otros muchos hombres. Conque marcha a tu habitación y cuidate de tu trabajo, el telar, la rueca, y ordena a las esclavas que se ocupen de lo suyo. La palabra debe ser cosa de hombres, de todos, y sobre todo de mí, de quien es el poder en este palacio. (Homero, 2012, p. 23)

Por lo anterior, utilizar a Penélope como un concepto para analizar la salud mental de las mujeres migrantes puede llevar a la permanencia en el ideal colectivo de que las mujeres no se van y así la “concepción de las injusticias estructurales en las que la feminización de la pobreza y la persistencia de los estereotipos lesivos son potenciadores de la opresión de las mujeres” (Guerra Palmero *et al.*, 2017, p. 15). Y, por otro lado, puede llevar a confusión sobre los diferentes síndromes clínicos existentes a los que hice mención. Asimismo, Penélope conlleva reproducir los mitos románticos y el rol “esposa-ama de casa-madre-cuidadora” sumisa del que

he hablado en este texto, sobre todo cuando se piensa en el síndrome de Ulises como lo definen en González Robles *et al.* (2015), quienes indican “consiste en una sensación de abatimiento y tristeza por parte del migrante, que desaparece en el momento en que se reúne con sus seres queridos”, ya que en definitiva el duelo por la familia es solo uno de los diferentes duelos que se analizan en el síndrome de Ulises y, aún más allá, solo seguiría destacando el rol de madre o pareja/esposa. Así que entonces el síndrome de Penélope no puede ser contraparte del síndrome de Ulises para las mujeres que migran y debemos considerar si el utilizarlo para aquellas parejas de migrantes que se quedan es lo más adecuado.

3.2 Síndrome de Nellie Bly

El síndrome de Ulises surge por el personaje protagonista de la Odisea, escrita hace más de dos mil años, mientras que el síndrome de Penélope, con base en el personaje de su esposa que espera. ¿Entonces en dónde contemplamos en estos estudios sobre salud mental, en especial en el síndrome de Ulises, a las mujeres que migran, que son desplazadas, que requieren de protección internacional, que luchan, que envían aún más remesas de que los hombres (Secretary-General, 2017)? ¿Necesitamos tener una contraparte del síndrome de Ulises para las mujeres que considere la perspectiva de género dentro de la escala y el análisis de las características que hemos mencionado en este texto o se requiere ajustar dicha escala?

En el metaanálisis realizado por Tamres *et al.* (2002) se observa de manera clara cómo hombres y mujeres se enfrentan a procesos de duelo y angustia de diferentes formas, hay claras diferencias por sexo. Del mismo modo, en dicho metaanálisis las autoras discuten la posibilidad de que hombres y mujeres aprecian los estresores de forma distinta, siendo más severa en las mujeres.

Por otro lado, dicen Gaviria y Alarcón que “las mujeres están más expuestas a circunstancias ambientales adversas (como al abuso sexual) que pueden conducir a cuadros clínicos específicos” (2010) con mayor razón debemos considerar estas situaciones en el análisis y atención de la salud mental de las mujeres migrantes que sabemos viven violencia sexual en su tránsito, origen o destino.

Algunas de las situaciones específicas que viven las mujeres migrantes y que deben ser consideradas para la atención de su salud mental son el dejar a sus hijas e hijos detrás y el sentimiento de culpa que esto genera y que se construye de forma socialmente diferente a lo que viven los hombres por lo que los estresores del duelo por la familia serían otros (Ramos *et al.*, 2020); dificultad para la atención ginecológica en los países de acogida (Grandahl *et al.*, 2015); roles laborales y de cuidadoras -techo de cristal y disparidades- (Burin, 2008); o que como vimos expresan de diferente forma y viven con diferentes perspectivas. Sobre todo, las mujeres migrantes sufren violencia, violencia sexual y de género por el hecho de ser mujeres (Cortés Maisonave, 2019). Por lo anterior es importante tomar en cuenta tanto las causas que pueden estar relacionadas a las relaciones de género,

poder y violencia, como a las consecuencias y sus narrativas, la expresión de los síntomas. Y, finalmente, tomar en cuenta la problemática de la medicalización de la salud mental de las mujeres que ya he mencionado a lo largo de este texto.

Como observamos hombres y mujeres tienen diferentes estrategias para poder elaborar los duelos, la forma de expresarlos o la forma en la que pueden buscar apoyo emocional, por ejemplo. Esto puede hacer que las personas den diferentes respuestas para la escala si es que no se tiene en cuenta el género, no solo el sexo, en las observaciones que se realizan.

Por ello, este texto propone que se realice una herramienta espejo al síndrome de Ulises para poder contemplar las diferencias por sexo y con perspectiva de género de los posibles estresores y vulnerabilidades que viven las mujeres migrantes dentro de los duelos planteados por Achotegui. Para ello pudiera tomarse como referente otro personaje histórico, en este caso real, como es la periodista Elizabeth Jane Cochran, mejor conocida como Nellie Bly. Mujer nacida en los Estados Unidos que a sus 21 años comenzó su carrera periodística al defender el derecho de las mujeres a poder tener otros roles en la sociedad que los impuestos por la época, mismo rol que hemos discutido en este texto esposa-ama de casa-madre. Por otro lado, Nellie Bly viajó por el mundo rompiendo el récord descrito por Julio Verne en "La vuelta al mundo en 80 días" y realizó un importante viaje por México por seis meses, denunciando las condiciones en las que vivían las personas que trabajaban en los campos, incluyendo a las mujeres. Finalmente, uno de los trabajos más relevantes de Nellie Bly fue "*Ten days in a mad-house*" (Diez días en el manicomio) (1887), trabajo para el cual puso en riesgo su vida haciéndose internar en un asilo psiquiátrico, el "Blackwell's Island Insane Asylum", y en el que pasó diez días a partir de los cuales denunció las violencias y violaciones a derechos que vivían las mujeres allí recluidas. Más importante para este texto es que en su trabajo denunció que en dicho asilo se encontraban mujeres que no tenían ningún tipo de enfermedad mental, sino que simplemente no hablaban inglés, es decir estaban presas por ser mujeres inmigrantes, sin redes, apoyo legal o médico. A continuación, se presenta un ejemplo del texto de Nellie Bly:

"¿Tu nombre?" preguntó en voz alta. Ella respondió en alemán, diciendo que no hablaba inglés ni podía entenderlo. Sin embargo, cuando dijo "Sra. Louise Schanz", ella respondió: "Yah, yah". Luego intentó con otras preguntas, y cuando descubrió que ella no podía entender ni una palabra del inglés, le dijo a la señorita Grupe: "Eres alemana; habla con ella por mí". La señorita Grupe resultó ser una de esas personas que se avergüenzan de su nacionalidad, y se negó, diciendo que podía entender muy pocos de su lengua materna. "Sabes que hablas alemán. Pregúntale a esta mujer qué hace su marido", y ambos se rieron como si estuvieran disfrutando de una broma. (Extracto de "*Ten days in a mad-house* - Bly, 1887)

El síndrome de Nellie Bly debería entonces considerar la perspectiva de género en la evaluación de los diferentes duelos, estresores, vulnerabilidades y en la llamada "adaptación" de la mujer que migra en sus nuevos espacios. Lo anterior siempre considerando que las mujeres y niñas migrantes, desplazadas

y refugiadas provienen de diversos contextos y tienen diversas percepciones culturales e individuales sobre su salud. Dichas perspectivas pueden generar que, como hemos revisado, narren sus experiencias de modos diversos y que no siempre se comprenda de la misma forma la pregunta que se realiza. Por ello, también debiera incluirse de forma más detallada en la sección de observaciones de la escala y considerar a la mujer y sus perspectivas dentro de dicho proceso de evaluación, así como su origen, tránsito y destino.

Con respecto a los duelos que viven las personas migrantes, que elabora Achotegui, deberán considerarse diversos factores respecto al género, tanto en las vulnerabilidades como en los estresores. Sobre las vulnerabilidades las mujeres menstruantes tendrán diferentes estresores durante el viaje o en los campos para personas refugiadas, aquellas que viven la menarca sin educación sexual o dentro de espacios violentos; la violencia de género ejercida por la pareja hacia ellas o sus hijas en el lugar de origen en donde el proceso migratorio pudiera ser un factor positivo; la violencia ejercida hacia ellas, sus hijas, hijos o familiares cercanos por el crimen organizado. Otras vulnerabilidades son no haber podido asistir a la escuela debido a la necesidad de insertarse en el trabajo o cuidados, así como el llamado techo de cristal.

Respecto a los estresores, el dejar a sus hijos e hijas y la culpa, así como las diferencias en la experiencia de hombres y mujeres al dejar a sus hijos o hijas en el duelo por la familia o por abandonar el núcleo familiar. En el caso del duelo por el estatus social y el grupo de pertenencia la discriminación por ser mujer, migrante y, por ejemplo, migrar sola, sin la compañía de una pareja hombre; asimismo, el tipo de trabajos a realizar, sobre todo si son de cuidados o se ejerce el trabajo sexual; la migración de niñas y adolescentes no acompañadas y sus riesgos en el tránsito y el destino. Esto último puede relacionarse al tipo de trabajo que pudiera implicar el duelo por los riesgos físicos. En diversos estresores la falta de acceso a la salud o el desconocimiento del sistema puede llevar a presentar riesgos en el embarazo, parto o puerperio, tener falta de acceso a métodos anticonceptivos, en algunos grupos incluso se presenta la posibilidad de la ablación o mutilación genital femenina, estos estresores varían entre simples y extremos. Es posible que no puedan ser expresados de forma pública y que incluso al hacer evaluaciones las mujeres acompañadas durante el diagnóstico no pueden mencionarlo por miedo a sufrir discriminación o violencia.

La finalidad es que esta propuesta pueda contribuir a que el personal de salud que evalúa y atiende a las mujeres migrantes, por ejemplo, en primeros auxilios en salud mental, conozca cuáles son las características específicas que evaluar para los malestares emocionales que puede vivir una mujer migrante y que no se caiga en la medicalización (Ussher, Perz, 2010) como respuesta única ante los riesgos y vulnerabilidades que viven muchas de las mujeres migrantes. A que si se aplica la escala de Ulises o si se integra el Síndrome de Ulises en el marco teórico de las investigaciones se tome en cuenta la perspectiva de género.

A esta primera propuesta también se debe añadir la importancia de las geografías y los espacios como determinante cultural, ya que sabemos que una de las problemáticas para el diagnóstico en salud mental es la occidentalización de los diagnósticos y padecimientos (Ussher, Perz, 2010) que en el caso de los malestares emocionales de las mujeres migrantes es fundamental. Lo anterior también toma relevancia cuando se piensa que el síndrome de Ulises fue pensando a raíz de las experiencias de las personas migrantes en extrema vulnerabilidad que migran, sobre todo, del norte del continente africano a Barcelona u otros territorios en España y las realidades latinoamericanas pudieran expresarse y vivirse de diferentes modos.

Conclusiones

Necesitamos integrar la perspectiva de género a los estudios sobre salud mental y migraciones, en especial en el síndrome de Ulises y su Escala hay una gran oportunidad para que de ahí se pueda desprender una escala que considere las especificidades de las mujeres y que tenga perspectiva de género, como propongo con la idea de tener como referente a una mujer que rompa con los estereotipos y pueda generar desde su nombre una nueva perspectiva para aquellas personas profesionales de la salud que vayan a evaluar tanto malestares emocionales como otras situaciones referentes a la salud mental de las mujeres que migran. Cada uno de los siete duelos que propone Achotegui tienen dentro de sus planteamientos objetos que precisan evaluarse con perspectiva de género, para que tanto hombres como mujeres puedan tener los mejores resultados posibles en salud mental, considerando todos los factores que median la salud mental y el género que he descrito en este texto.

Por otro lado, se destaca la necesidad de especialistas que no solo cuenten con perspectiva de género en su práctica clínica, sino que trabajadores sociales u otras personas que, por ejemplo, trabajan en refugios, campos para personas refugiadas o centros de internamiento, tengan capacitación y conocimientos sobre los procesos migratorios, los duelos, las vulnerabilidades y los estresores.

Finalmente, habría que revisar el estado de la salud mental de las personas migrantes con relación a sus geografías, los espacios desde los que se migra y a los cuales se migra o de los que se vuelve, también tienen un impacto en la forma en la que las personas viven sus duelos y con los estresores con los que se relacionan, por ejemplo en el caso de la lengua, ya que el idioma puede ser el mismo, pero distinto en palabras y acentos, por lo que pudiera generar otro tipo de estresores o vulnerabilidades como la discriminación.

En los últimos diez años la Red Atenea ha crecido con el fin de trabajar desde la academia, lo clínico y el activismo en diversas partes del mundo a favor de la salud y la salud mental de las personas migrantes, es momento de considerar la perspectiva de género.

Agradecimientos

A Olivia Tena por lo que he aprendido a su lado.

Referencias bibliográficas

- ACHOTEGUI, Joseba. *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio*. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio (Escala Ulises). 2. S.I.: El mundo de la mente, 2010.
- ALLEGUE, Rosario; CARRIL, Elina. El género en la construcción de la subjetividad. Un enfoque psicoanalítico. In: DE SOUZA, Laura; MUNIZ MARTOY, Alicia; GUERRERO, Liliana (eds.). *"Femenino - Masculino": perspectivas teórico - clínicas*. S.I.: s.n., 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. S.I.: American Psychiatric Association. DSM Library, 2013. ISBN 9780890425558. Disponible en: <<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>>. Acceso en: 13.02.2021.
- ARCOS, Estela; POBLETE, Johanna; MOLINA VEGA, Irma; MIRANDA, Christian; ZÚÑIGA, Yanira; FECCI, Ester; RODRÍGUEZ, Laura; MÁRQUEZ, Myriam; RAMÍREZ, Miguel. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Rev Méd Chile*, v. 135, p. 708-717, 2017. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000600004>. Acceso en: 04.03.2021.
- AZEVEDO, Flávia A.; DE SANTANA SILVA MOREIRA, Andreia. Síndrome de Penélope: Relato de caso clínico para o entendimento academico da encefalopatia com estado epiléptico durante o sono. *Revista da Faculdade de Medicina Veterinaria*, v. 3, n. 1, 2019. ISSN 0301-7273. Disponible en: <<https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/faculdaadedemedicinadeteresopolis/article/view/967>>. Acceso en: 23.02.2021.
- BACIGALUPE, Amaia; CABEZAS, Andrea; BUENO, Mikel B.; MARTÍN, Unai. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, v. 34, n. S1, p. 61-67, 2020. ISSN 0213-9111. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>>. Acceso en: 14.12.2021.
- BERENZON GORN, Shoshana; GALVÁN REYES, Jorge; SAAVEDRA SOLANO, Nayelhi; BERNAL PÉREZ, Pilar; MELLOR-CRUMMEY, Lauren; TIBURCIO SAÍNZ, Marcela. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud mental [en línea]*, v. 37, n. 4, p. 313, 2014, ISSN 0185-3325. Disponible en: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam144e.pdf>>. Acceso en: 09.02.2021.
- BLY, Nellie. *Ten Days in a Mad-House*. 1887. Disponible en: <<http://digital.library.upenn.edu/women/bly/madhouse/madhouse.html>>. Acceso en: 01.02.2021.
- BOJORQUEZ, Ietza. Salud mental y Migración Internacional. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, v. 47, n. 2, p. 111-113, 2015. ISSN 0121-0807. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278001.pdf>>. Acceso en: 07.01.2021.

- New Beginnings: A History of Immigrant Women and the American Experience. Brewminate, 2019. Disponible en: <<https://brewminate.com/new-beginnings-a-history-of-immigrant-women-and-the-american-experience/>>. Acceso en: 10.02.2021.
- BURIN, Mabel. Las “fronteras de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de psicología / The UB Journal of psychology* [en línea], p. 75-86, 2008. ISSN 1988-5253. Disponible en: <<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/99355>>. Acceso en: 24.02.2021.
- BURIN, Mabel. *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*, 2012. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1>. Acceso en: 12.12.2020.
- CAICEDO, Maritza. *Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos, más que una paradoja*. México: IIS-UNAM, 2019. ISBN 9786073014151.
- CARDONA QUITIÁN, Herwin E. El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica. *Desde el Jardín de Freud* [en línea], v. 12, p. 293-310, 2012. ISSN 2256-5477. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/36233>>. Acceso en: 10.12.2020.
- CAASADO-MEJÍA, Rosa; RUIZ-ARIAS, Esperanza; SOLANO-PARÉS, Ana. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, v. 26, n. 6, p. 547-553, 2012. ISSN 0213-91. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.012>>. Acceso en: 13.01.2021.
- Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México. S.l.: *Sin Fronteras IAP*, 2012. Disponible en: <<https://sinfronteras.org.mx/wp-content/uploads/2018/12/Construyendo-un-modelo-de-atenci%C3%B3n-para-mujeres-migrantes-v%C3%ADctimas-de-violencia-sexual-en-M%C3%A9xico..pdf>>. Acceso en: 08.12.2021.
- CORTÉS MAISONAVE, Almudena. Mujeres migrantes y refugiadas en la Frontera Sur: resistencias de género y violencias encarnadas. *Anuario CIDOB de la Inmigración 2019*, p. 128-140, 2019. DOI: 10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2019.128. Disponible en: <https://www.cidob.org/ca/articulos/anuario_cidob_de_la_inmigracion/2019/mujeres_migrantes_y_refugiadas_en_la_frontera_sur_resistencias_de_genero_y_violencias_encarnadas>. Acceso en: 05.03.2021.
- Determinantes sociales de la salud. OPS, [sin fecha]. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>>. Acceso: 02.01.2021.
- DUSENBERY, Maya. *Doing harm: The truth about how bad medicine and lazy science leave women dismissed, misdiagnosed, and sick*. S.l.: Harper Collins, 2018.
- EGUILUZ, Itzel. “El futuro que uno está planeando”: migración forzada Centroamérica-México y el Síndrome de Ulises. *Diarios del Terruño: Reflexiones sobre migración y movilidad*, v. 11, p. 12-28, 2021a. ISSN 2448-6876. Disponible en: <https://www.revistadiariosdelterruno.com/wp-content/uploads/2021/04/01.El futuro que uno está planeando.ItzelEguiluz.DT_11.pdf>. Acceso en: 04.06.2021.

- EGUILUZ, Itzel. *Desplazamiento forzado hacia México desde Centroamérica 2014-2019 - Análisis de estudios, perfiles, tendencias y perspectivas futuras*. México: ANCUR, 2021b. Disponible en: <https://www.acnur.org/603fef494#_ga=2.205805008.255345348.1615597210-73352414.1612371910>. Acceso en: 04.06.2021.
- FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. S.l.: Siglo XXI, 1978. ISBN 9789682300684.
- GAVIRIA, Silvia L.; ALARCÓN, Renato D. Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, v. 39, n. 2, p. 389-404, 2010. ISSN 0034-7450. Disponible en: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602584>>. Acceso en: 10.01.2021.
- GENTIL, Isabel. Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas: Autoestima y resiliencia. *Index de Enfermería*, v. 18, n. 4, p. 229-233, 2009. ISSN 1132-1296. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400003>. Acceso en: 08.10.2019.
- GODOY, Lorena. Fenómenos Migratorios y Género: Identidades Femeninas "Remodeladas". *PSYKHE* [en línea], v. 16, n. 1, p. 41-51, 2007. Disponible en: <http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282007000100004&script=sci_arttext>. Acceso en: 04.02.2020.
- GONZÁLEZ CALVO, Valentín. El duelo migratorio. *Trabajo Social*, v. 7, p. 77-97, 2005. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8477/9121>>. Acceso en: 24.05.2019.
- GONZÁLEZ ROBLES, Irma D.; MÉNDEZ CADENA, María E.; SALVADOR FERRER, Carmen M.; MORENO ROSANO, María P. El síndrome de Penélope: reflexiones sobre algunos indicadores del bienestar emocional. *Región y sociedad* [en línea], v. 27, n. 63, p. 249-277, 2015. ISSN 1870-3925. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252015000200009>. Acceso en: 09.06.2020.
- GRANDAHL, María; TYDÉN, Tanja; GOTTVALL, Maria; WESTERLING, Ragnar; OSCARSSON, Marie. Immigrant women's experiences and views on the prevention of cervical cancer: a qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, v. 18, n. 3, p. 344-354, 2015. ISSN 1369-6513. DOI: 10.1111/hex.12034. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1111/hex.12034>>. Acceso en: 16.03.2020.
- GUERRA PALMERO, María José; PÉREZ GARCÍA, Nancy; ROLDÁN DÁVILA, Genoveva (eds.). *Las odiseas de Penélope: Feminización de las migraciones y derechos humanos*. S.l.: UNAM; IIE; ULL, 2017.
- HOMERO. *La Odisea*. Canto I: Reunión de los dioses. Consejo de Minerva a Telémaco. S.l.: Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2012. Disponible en: <<http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcp2762>>. Acceso en: 04.11.2020.
- HONDAGNEU-SOTELO, Pierrette; CRANFORD, Cynthia. Gender and migration. In: CHAFETZ, Janet S. (ed.). *Handbook of the Sociology of Gender*. S.l.: Springer Science & Business Media, p. 105, 2012. ISBN 9780387362182. Disponible en: <<https://play.google.com/store/books/details?id=ZzEhEdWViPoC>>. Acceso: 12.12.2020.

- “Ignoradas y sin protección”. La mortal devolución de personas solicitantes de asilo. S.l.: Amnistía Internacional, 2018. Disponible en: <<https://www.amnesty.org/es/wp-content/uploads/sites/4/2021/05/AMR4176022018SPANISH.pdf>>. Acceso: 20.06.2019.
- JORDANO FRAGA, Jesús. El suelo no urbanizable en la Legislación Estatal (o la necesaria finalización del síndrome de Penélope en el derecho “urbanístico” estatal). *Revista de urbanismo y edificación*, n. 10, p. 75-92, 2004. ISSN 1576-9380. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1068356>>. Acceso: 23.02.2021.
- LÓPEZ CASTRO, Gustavo. Migración, mujeres y salud emocional. *Revista Presencia Michoacana*, 2007. Disponible en: <https://www.crefal.org/decisio/images/pdf/decisio_18/decisio18_saber8.pdf>. Acceso en: 09.08.2020.
- MATA-CODESAL, Diana. Gendered (im)mobility: Rooted women and waiting Penelopes. *Crossings: Journal of Migration & Culture*, v. 8, n. 2, p. 151-162, 2017. ISSN 2040-4344. Disponible en: <<https://www.ingentaconnect.com/content/intellect/cjmc/2017/00000008/00000002/art00003>>. Acceso en: 18.09.2020.
- MOROKVASIC, Mirjana. Birds of passage are also women. *The International migration review* [en línea], v. 18, n. 4 Spec, p. 886-907, 1984. ISSN 0197-9183. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12340339>>. Acceso en: 19.09.2020.
- OSO CASAS, Laura; GARSON, Jean-Pierre. *The feminisation of international migration*. OECD and European Commission Seminar. S.l.: s.n., 2005.
- PALACIOS VALENCIA, Yennesit. Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *Revista CES Derecho* [en línea], v. 7, n. 2, 2016. Disponible en: <<http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a11.pdf>>. Acceso en: 06.01.2021.
- PARELLA, Sònia. Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales: Migrantes ecuatorianos y peruanos en España. *Migraciones internacionales*, v. 4, n. 2, 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062007000200006>. Acceso en: 27.10.2020.
- PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio. El síndrome de Penélope, 1999. Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/31777/PecesBarba_Sindrome_EP_19990105.pdf?sequence=1>. Acceso en: 28.11.2020.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, Francisco; PEÑARANDA ORTEGA, María. El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 37, n. 131, p. 95-112, 2017. ISSN 0211-5735. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100006>. Acceso en: 13.12.2020.
- PUJAL I LLOMBART, Margot; CALATAYUD, Marina; AMIGOT, Patricia. Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, v. 78, n. 2, p. e155, 2020. DOI: 10.3989/ris.2020.78.2.18.113. Disponible en: <<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/1057/1443>>. Acceso en: 05.01.2021.
- PUY-NÚÑEZ, Alfredo; GUITIÁN-PENA, Ana; PÍAS-PELETEIRO, Juan M.; ALDREY, José M.; MACÍAS-ARRIBI, Mercedes. Ulises en la literatura médica. *Revista de neurología* [en línea], v. 71, p. 119-122, 2020. Disponible en: <<https://www.neurologia.com/articulo/2020187>>. Acceso en: 07.01.2021.

- RAMOS-LIRA, Luciana. ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, v. 37, n. 4, 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001>. Acceso en: 21.10.2020.
- RAMOS, Laura I. R.; BEUTELSPACHER, Dominga A. N.; MARTELO, Emma Z.; RAMÍREZ, Georgina S.; IZABA, Benito S. Mujeres-madres-migrantes de Guatemala en la frontera sur de México. *Migraciones Internacionales* [en línea], v. 11, 2020. ISSN 2594-0279. Disponible en: <<https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/1906/1576>>. Acceso en: 20.10.2020.
- SANTILLANES ALLANDE, Nadia I. The relationship between violence and depression in migrant women through their experiences in care services. *Salud colectiva*, v. 17, p. e3054–e3054, 2021. ISSN 1669-2381. Disponible en: <<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3054>>. Acceso en: 04.03.2021.
- SCOTT, Joan W. El género: Una categoría útil para el análisis histórico. In: LAMAS, Marta (ed.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa universitario de estudios de género, p. 265-302, 1996.
- SECRETARY-GENERAL. *Report of Secretary-General: Making migration work for all*. [en línea]. S.I.: United Nations. A/72/643, 2017. Disponible en: <<https://refugeemigrants.un.org/report-secretary-general-making-migration-work-all-0>>. Acceso en: 01.05.2020.
- SEN, Gita; ÖSTLIN, Pirooska; GEORGE, Asha. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. [en línea]. S.I.: WHO, 2007. Disponible en: <https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf>. Acceso en: 11.12.2020.
- TAMRES, Lisa K.; JANICKI, Denise; HELGESON, Vicki S. Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, v. 6, n. 1, p. 2-30, 2002. ISSN 1088-8683. Disponible en: <https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1>. Acceso en: 18.10.2019.
- USSHER, Jane M.; PERZ, Janette. Disruption of the Silenced Self: The Case of Premenstrual Syndrome. In: JACK, Diana C.; ALI, Alisha (eds.). *Silencing the Self Across Cultures: Depression and Gender in the Social World*. S.I.: Oxford Scholarship Online, 2010. ISBN 9780195398090. Disponible en: <<https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195398090.001.0001/acprof-9780195398090-chapter-22>>. Acceso en: 20.04.2020.
- Víctimas Invisibles: Migrantes en Movimiento en México*. S.I.: Amnistía Internacional, 2010. Disponible en: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/archivo/7756.pdf?view=1>>. Acceso en: 30.08.2020.
- YU, Shoukay. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Translational psychiatry* [en línea], v. 8, n. 1, p. 98, 2018. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>>. Acceso en: 25.10.2020.
- ZLOTNIK, Hania. The Global Dimensions of Female Migration. *Migration Policy Institute*. 2003. Disponible en: <<https://www.migrationpolicy.org/article/global-dimensions-female-migration>>. Acceso en: 23.02.2021.