



Sanar para reintegrarse:
importancia del bienestar psicológico
en las personas retornadas
(MAYO-AGOSTO 2025)

Coordinadora

Carmen Zenaida Vivas-Franco

Autoras

Denise Paola Lobo-Contreras

Oriana Valentina Moreno-Contreras

Carmen Zenaida Vivas-Franco

Isbeth Daniela Baptista-Mendoza

Apoyo estadístico

Jesús Orlando Mantilla Chico

Apoyo de investigación

Eliana Karina Guerrero Castellano

Diagramación

Abril Ávila Pérez

Fotos

Kerly Mora Sequeda

Juan Molina Urbina

Agradecimiento

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

Septiembre de 2025



Sanar para reintegrarse:

importancia del bienestar psicológico en las personas retornadas
(MAYO-AGOSTO 2025)

Depósito Legal: TA2025000110

ISBN: 978-980-7906-39-5

Afiliación institucional de las autoras

Denise Paola Lobo Contreras. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Correo: d.lobo@odisef.org

Oriana Valentina Moreno Contreras. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Correo: o.moreno@odisef.org

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

Isbeth Daniela Baptista-Mendoza. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Correo: d.baptista@odisef.org

Cita sugerida

Lobo-Contreras, D., Moreno-Contreras, O., Vivas-Franco, C. y Baptista-Mendoza, I. (2025). Sanar para reintegrarse: importancia del bienestar psicológico en las personas retornadas (mayo-agosto 2025). San Cristóbal, Venezuela. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Venezuela.

El contenido y los puntos de vista 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.



Grupo de retornados conformado por una mujer de 35 años, su pareja, un hombre de 21 años y sus hijos de 13, 10, 7 y 3 años, provenían de Bogotá, departamento de Cundinamarca. Colombia y se dirigían hacia Barquisimeto, estado Lara, Venezuela.

● Introducción

Cuando las personas migran se ven obligadas a enfrentar una serie de desafíos en las diferentes fases del proceso migratorio; mientras que algunas personas logran superar las adversidades y fortalecerse, otras experimentan inestabilidad emocional. Las experiencias acumuladas a propósito del proceso migratorio: la decisión de emigrar, las vivencias en los países de acogida, decidir retornar o hacerlo de modo forzado, los riesgos en la ruta y el temor por la estigmatización social del regreso asimilado al fracaso -marcadas por la incertidumbre, la precariedad y, en ocasiones, por situaciones traumáticas- incrementan la vulnerabilidad psicológica. En particular, el retorno es un proceso complejo que somete a los individuos a múltiples estresores, desencadena con frecuencia duelos migratorios y afectaciones significativas a la salud mental. En este contexto y para promover la reintegración sostenible se deben considerar dimensiones que excedan perspectivas exclusivamente socioeconómicas. Se requiere de una comprensión profunda de las secuelas emocionales y psicológicas que impone la movilidad humana. La identificación temprana y la intervención especializada sobre las implicaciones en la salud mental son cruciales para mitigar el riesgo de cronicidad de los síntomas y la eventual derivación en trastornos.

Las experiencias traumáticas durante el proceso migratorio deterioran sensiblemente el autoconcepto, es decir, cómo se ve la persona a sí misma. A partir de allí, la persona deja de sentirse capaz y segura y empieza a percibirse vulnerable e impotente. Este cambio genera baja autoestima y la sensación de que el mundo es peligroso. Como resultado, merma el bienestar psicológico, el valor propio, se generan síntomas de tristeza y depresión. En esencia, el trauma destruye la confianza interna necesaria para volver a empezar, dificulta enormemente la construcción de nuevos vínculos y por ende el proceso de reintegración.

Este informe tiene como objetivo evaluar la prevalencia de síntomas de malestar psicológico (ansiedad y depresión) mediante la aplicación del Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12 por sus siglas en inglés) a 388 personas (107 mujeres y 281 hombres) que retornaron caminando a Venezuela por el corredor fronterizo estado Táchira, Venezuela-departamento Norte de Santander, Colombia y que fueron asistidas en el punto de atención ubicado sobre la Troncal N.º 5 o carretera nacional de Los Llanos en la sede de la parroquia eclesiástica San José Obrero de San Josecito en el municipio Torbes del estado Táchira, Venezuela. Los hallazgos presentados pretenden dimensionar la problemática, identificar los grupos más afectados (en relación a la edad y el sexo), y orientar el diseño e implementación de estrategias de atención psicosocial y acompañamiento que respondan de manera efectiva y sensible a las necesidades de esta población.

1. DETERIORO EMOCIONAL Y VÍNCULOS ROTOS

1.1 Retorno

Son diferentes las razones que impulsan el regreso de los migrantes a su lugar de origen, este retorno puede ser, entre otros motivos, voluntario, por falta de oportunidades, por reunificación familiar o por procesos de deportación. Cabe destacar que pese al proceso de adaptación y los diferentes esfuerzos emocionales, económicos, familiares y sociales, muchos se ven forzados a desarrollar una resiliencia extraordinaria como mecanismo de defensa para encontrar sentido, mantener la esperanza y reestructurar sus vidas después de una experiencia migratoria compleja. Sin embargo, regresar, no siempre es un alivio. El retorno puede generar sentimientos de fracaso, deterioro en la confianza, estigmatización y baja autoestima. Las personas que retornan enfrentan el desafío de reintegrarse a una comunidad que dejaron hace tiempo y que ha cambiado, ese desafío, generalmente, se enfrenta con nulos recursos económicos y sociales con los que esperaban contar (OIM, 2021a). La readaptación al lugar de origen puede ser incluso más difícil que la salida misma, después de haber enfrentado experiencias traumáticas en los países de acogida, peligros en la ruta, la esperanza no cristalizada de una vida renovada y el temor por la estigmatización a su llegada.

1.2 Reintegración y desafíos

La migración irregular representa un fenómeno complejo que plantea profundos desafíos, especialmente a quienes la viven (Ortega-Pérez, 2024). Para las personas que retornan el camino de regreso no desvanece los efectos de las experiencias ni desdibuja los recuerdos, antes los hace revivir situaciones traumáticas y expone a riesgos que amenazan su bienestar psicológico y su integridad (Lobo-Contreras *et al.*, 2025). Hay que empezar por reconocer que la persona que retorna no es la misma que partió, pues el proceso vivido se manifiesta de diversas maneras y esa nueva versión de la persona que salió en algún momento del país debe empezar a transitar un complejo proceso de adaptación al entorno, lo que se conoce como reintegración. De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) el proceso de migración, lejos de terminar con el retorno implica una nueva fase de desafíos psicológicos (OIM, 2024); aunque la persona que retorna regresa a un lugar que le resulta familiar le acompañan pensamientos rumiantes y emociones que deben ser gestionadas -seguramente con ayuda profesional- para poder avanzar en su proceso de reintegración.

1.3 Migración, identidad y autoconcepto

La migración implica el movimiento de una persona o de un grupo de personas, quienes salen del lugar en el que residen habitualmente (OIM, 2019). Ese movimiento genera cambios en la percepción que tenía la persona, además las nuevas experiencias, conocimientos y entornos forjan consecuencias en su pensar, sentir y actuar. Esas consecuencias varían de acuerdo con las condiciones que rodean el proceso migratorio. Por ello, si el proceso se hace en condiciones de extrema precariedad y estuvo rodeado de situaciones desafiantes el autoconcepto del migrante será afectado sensiblemente, lo propio sucede con la dignidad hasta el punto de que la persona empieza a cuestionarse si es o no aceptada por el resto de los individuos.

En la psicología es vital definir la identidad y el autoconcepto porque ambos constituyen el eje fundamental a partir del que cada individuo gestiona las relaciones interpersonales e interpreta sus vivencias. La identidad es una extensión de la conciencia y vincula la memoria con el concepto de sí mismo (Locke, 2005). Es importante mencionar que el proceso migratorio actúa como un poderoso impulsor para la transformación de la identidad (Guerrero-Alonso *et al.*, 2024). Este proceso transformador puede entenderse mejor en el marco de la psicología humanista, que destaca la capacidad innata del ser humano para su autorrealización y crecimiento personal (Maslow, 2010).

Por su parte, el autoconcepto se define como la representación que un individuo tiene de sí mismo. Este concepto no es estático, se desarrolla y evoluciona a partir de nuevas experiencias, interacciones con otros y reflexiones consigo mismo. El autoconcepto “es una valoración cognoscitiva de los atributos que un individuo hace de sí mismo; también es la forma en que una persona se ve a sí misma a través de los ojos de otras personas” (Rojas y Ramírez, 2001, p. 45), y es la base de la identidad porque moldea tanto las interacciones con otros como las elecciones que se hacen.

1.4 El deterioro de la autoestima y el autoconcepto

La autoestima “es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta” (Coopersmith, 1967, citado por Mruk, 1998, p. 26). Ahora bien, aunque no es una necesidad biológica la autoestima es un mecanismo psicológico esencial que se relaciona directamente con la seguridad emocional de una persona.

La autoestima se clasifica en tres niveles: bajo, medio y alto; la forma en que cada individuo reacciona ante distintas situaciones varía significativamente. Esta variabilidad en la respuesta personal se suele explicar a partir de la teoría conductual. Por ello, cada individuo tiene reacciones distintas ante situaciones similares, expectativas desiguales ante el futuro y diferentes autoconceptos (Rupay *et al.*, 2022). Todo esto cobra sentido porque la percepción de sí mismo y la manera en que se comporta una persona están directamente relacionadas con el nivel de autoestima que posee (Branden, 2001).

La baja autoestima puede ser devastadora para quienes retornan, porque el viaje puede intensificar los sentimientos de fracaso y desesperanza (OIM, 2025). La internalización del fracaso se agrava, porque el retorno se percibe social y personalmente como una prueba de que la migración no tuvo éxito. Esto puede conducir a la persona a un estado de vulnerabilidad psicológica. Además, la resignación y la falta de

confianza en sí mismo se traduce en autolimitación. La persona que retorna puede creer que es incapaz de conseguir un empleo digno, de reconectar con su comunidad, o de mejorar su situación, lo que lo deriva en resignación. Aunque pueda tener metas ambiciosas, la falta de determinación le impide actuar, atrapándolo en un ciclo de frustración (OIM, 2025).

1.5 Autopercepción y retorno

Para el que regresa la autopercepción se fractura por la unión de varios factores, entre ellos la baja autoestima, la cual hace que la persona sea más vulnerable a las críticas y a las preguntas sobre el porqué de su retorno, lo que pudiese forzar sus inseguridades y su sensación de haber fallado (OIM, 2025). Esta visión negativa que los demás tienen sobre la persona se convierte en su autoimagen, la induce a sentirse incapaz de satisfacer las expectativas; la vergüenza y la culpa lo *abrazan* por no haberlo logrado y todo ello se convierte en parte de su autopercepción, lo que deteriora su sentido de valor (OIM, 2021b).

Además de este malestar psicológico, las personas que retornan experimentan un estigma social significativo cuando el retorno es no voluntario. Es frecuente que en estos casos la persona se aíse y se sienta incomprendida lo que entorpece la reintegración del individuo en su propia comunidad (OIM, 2025). En algunos casos, se hace presente la discriminación que a su vez pudiese afectar el acceso a empleos, vivienda y servicios básicos, lo que remarca la percepción del fracaso. Además de ello, la dificultad para reconectar con familiares y viejos amigos quienes perciben al retornado como alguien *diferente*, intensifica la sensación de no pertenecer a ningún lugar. La pérdida de identidad genera en la persona una tensión dolorosa entre quién era y en quién se ha convertido a propósito de las nuevas experiencias.

2. OBSTÁCULOS PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, LABORAL Y FAMILIAR

Las personas que han vivido situaciones de alto impacto emocional pueden carecer de herramientas para manejar situaciones complicadas, lo que reduce su confianza y ocasiona discusiones frecuentes, además de alejamiento y aislamiento respecto a sus seres queridos; esta disminución en el funcionamiento social impacta negativamente en sus habilidades para relacionarse y puede desencadenar problemas como trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión y agresividad, eso afecta así la calidad de sus vínculos personales (*American Psychological Association, 2011*). En numerosas ocasiones, estas circunstancias que parecen difíciles de superar pueden sobrepasar las habilidades de las personas, y causar sufrimiento emocional; como resultado, la persona puede atravesar cambios en su estado de ánimo que incluyen desde la depresión hasta la pérdida de la esperanza, ello complica sus relaciones en distintos ámbitos, y afecta especialmente a quienes han vivido alguna experiencia traumática (Londoño-Pérez *et al.*, 2020).

En este sentido, es relevante señalar que las respuestas ante una experiencia determinada no son iguales en todas las personas, ya que pueden modificarse según la intensidad de lo vivido por cada individuo (*American Psychological Association, 2011*). De esta manera, una persona que ha atravesado una experiencia traumática puede presentar distintas formas de pensamientos intrusivos, como la aparición repetitiva de recuerdos relacionados con el hecho vivido; del mismo modo, puede tender a evitar situaciones, lugares o estímulos que le recuerden lo sucedido (Lobo-Contreras *et al.*, 2025); además, su estado emocional suele fluctuar entre momentos de fortaleza y afrontamiento hasta episodios de tristeza profunda o ideas negativas que dañan su autoestima y valoración personal; también es común que desarrolle conductas

de aislamiento respecto a familiares o amigos cercanos, situación que provoca una disminución en la confianza hacia los demás, por ello con frecuencia muestra una actitud defensiva frente a quienes lo rodean (Manzanero y Recio, 2012).

Por tanto, el mayor desafío para una persona que ha vivido una experiencia traumática es la carencia de acompañamiento terapéutico y apoyo psicosocial, porque en su marco la persona puede afrontar aspectos relacionados con los pensamientos, las emociones y las acciones que generan malestar; otro reto al que pueden enfrentarse las personas después de vivir una experiencia traumática es el consumo de sustancias psicoactivas, las cuales pueden modificar el funcionamiento cerebral y afectar su integración social, aun cuando algunas las adopten como una estrategia negativa de afrontamiento (*National Institute of Mental Health*, 2024).

De igual modo, la ausencia de redes de apoyo y la carencia de recursos para satisfacer necesidades esenciales representan barreras significativas que dificultan a una persona superar estas situaciones; en contraste, quienes disponen de un entorno de apoyo sólido, conformado por familiares o amistades, cuentan con mayores herramientas para afrontarlas, dado que el contexto social en el que se desenvuelven, incluida la estigmatización, influye directamente en su proceso de adaptación (Soriano, 2023).

La reintegración es un “proceso que permite a las personas restablecer los vínculos económicos, sociales y psicosociales necesarios para valerse por sus propios medios y preservar su subsistencia, dignidad e inclusión en la vida ciudadana” (OIM, 2019, p. 199). Esto significa que un proceso de reintegración social demanda tanto dedicación como voluntad por parte del individuo para llevarse a cabo con éxito; de igual forma, el entorno cercano cumple una función esencial al brindar estímulo y apoyo, favoreciendo así que la persona participe de manera activa y constructiva en su comunidad (Castillero, 2019).

En definitiva, es importante destacar que la autoestima constituye un sustrato clave en la formación y reconstrucción del individuo, ya que integra emociones y experiencias personales para conformar la percepción que tiene de sí mismo; esta puede variar en niveles altos o bajos, lo cual influye directamente en cómo la persona enfrenta retos, se relaciona con otros y asume responsabilidades; contar con una autoestima elevada es importante para desarrollar resiliencia, lo que favorece la gestión de las dificultades con mayor autonomía y fortaleza frente a críticas y obstáculos, además de promover el cumplimiento de objetivos y metas (Panesso y Arango, 2017). En consecuencia, puede afirmarse que la autoestima es la percepción y valoración interna que un individuo tiene de sí mismo, la que se forja con las relaciones y experiencias que mantiene con su entorno social; estas interacciones, ya sean positivas o negativas, influyen en cómo la persona se reconoce y se posiciona en relación con los demás, lo que le permite moldear su sentido de valía personal (Riso, 2012).

3. RUPTURA DE REDES DE APOYO Y DIFICULTAD PARA RECONSTRUIR VÍNCULOS

Una persona puede enfrentarse a una serie de demandas excesivas que actúan como detonantes de estrés. Por ejemplo, la incertidumbre económica por no tener un empleo estable, la falta de acceso a documentación legal que genere ansiedad constante, o incluso la lucha diaria por satisfacer necesidades básicas como alimentarse o mantener la higiene. Estas presiones, al ser persistentes y abrumadoras, activan el sistema de alarma natural del cuerpo de manera crónica, y generan estrés el que impacta negativamente su bienestar físico y emocional.

Ahora bien, en relación con el estrés postraumático se destaca que:

Corresponde a un tipo de trastorno que posee las siguientes características: a) que el sujeto ha estado expuesto ante una situación de riesgo para su vida o integridad física; b) que el evento traumático es re-experimentado de manera recurrente; c) que existe evitación persistente por parte del paciente hacia estímulos asociados al evento traumático; d) que hay presencia de síntomas como el embotamiento afectivo y la anhedonia; e) que hay un incremento en la activación fisiológica (estado de sobrealerta); f) que los síntomas se mantienen al menos por un lapso de un mes y deterioran de manera significativa el funcionamiento social, escolar o laboral del sujeto (Guerra y Parra, 2009, p.106).

Este tipo de estrés, cuando es prolongado y extremo, puede volverse traumático. A diferencia de un evento traumático puntual, el trauma en el contexto de la migración y el retorno precario es una herida invisible que se acumula día tras día. Esta carga constante deteriora la salud mental y emocional del individuo, manifestándose en conductas como el aislamiento social, la irritabilidad y otros trastornos psicológicos. Como respuesta al trauma, se presentan diferentes factores de vulnerabilidad y resiliencia.

3.1 Vínculos, ruptura y reconstrucción

La migración y el retorno en condiciones precarias suelen llevar a una ruptura radical con las redes de apoyo existentes, como la familia, los amigos y la comunidad, lo cual puede dejar a la persona en un estado de vulnerabilidad extrema, ya que pierde las fuentes de contención emocional y estructural a las que estaba acostumbrada; aunado a ello, la experiencia traumática vivida durante la migración y el regreso dificulta enormemente la reconstrucción de los vínculos, pues durante la etapa migrante el estrés crónico y el aislamiento pueden generar una profunda desconfianza en los demás, lo que promueve que el individuo se haga hermético emocionalmente y evite interactuar; el miedo al rechazo, la vergüenza o la sensación de no pertenecer al nuevo entorno actúan como barreras invisibles (Perella *et al.*, 2019). La exclusión social representa un riesgo significativo para el bienestar emocional de los retornados, siendo



Mujer retornada de 22 años quien viajaba con su pareja, un hombre de 20 y su hijo de 1 año, provenían de Ecuador y se dirigían hacia el Distrito Capital, Venezuela.

una barrera a nuevas redes de apoyo, que agrava el malestar psicológico y la sostenibilidad de su retorno (OIM, 2025).

La pérdida de las redes de apoyo y vínculos vitales para el bienestar emocional, deja a la persona en un estado de vulnerabilidad extrema, ya que al carecer de esa base segura, el individuo se enfrenta a un entorno hostil sin las herramientas psicológicas de contención, lo que profundiza un sentido de “dificultad de adaptación en contextos, escasa percepción y niveles de autorrealización, poca conformidad, ausencia o restringido sentido de vida, ceguera axiológica, parcial despliegue de la autotrascendencia y autodistanciamiento, relaciones disfuncionales con la pareja” (Guerrero y De Castro, 2020, p. 38).

3.2 Realidad paradójica

El migrante que retorna se enfrenta a una realidad contradictoria, pues regresa siendo un individuo transformado por su experiencia, mientras que la sociedad a la que vuelve ha podido permanecer en sus costumbres y personas que ahora le resultan diferentes, eso genera un profundo choque emocional, puede llegar a desencadenar una disociación entre las expectativas del retorno y la dura realidad, lo cual puede manifestarse en la profunda dificultad para reconectar con sus redes de apoyo (OIM, s.f.).

En efecto, el entorno, amigos y familiares pueden no comprender sus nuevas costumbres o los relatos de sus vivencias, esto puede hacer que el migrante se sienta incomprendido, además, su sentido de pertenencia se ve seriamente comprometido, pues en lugar de encontrar un apego seguro, a menudo se encuentra con un nuevo tipo de aislamiento, uno que se siente aún más doloroso por ocurrir en el mismo lugar que antes llamaba hogar (OIM, s.f.).

4. ENFOQUES DE REINTEGRACIÓN DESDE LA SALUD MENTAL

La salud mental resulta un factor esencial en los procesos de movilidad humana y reintegración, ya que las experiencias migratorias que carecen de una planificación adecuada suelen generar altos niveles de estrés; en este sentido, disponer de una red de apoyo se vuelve indispensable para afrontar estos desafíos (Montero *et al.*, 2021). Asimismo, la integración de una persona en la sociedad, analizada y atendida desde la perspectiva psicosocial, se orienta a analizar su adaptación; la manera en que se desenvuelve en distintos contextos; cómo accede a oportunidades; y la forma en que alcanza las metas que se propone (Markez y Póo, 2001).

De igual manera, quienes han vivido una experiencia migratoria enfrentan diversos riesgos en todas las etapas del proceso, desde la salida hasta el retorno a su lugar de origen; incluso al regresar, muchos se encuentran con la falta de oportunidades reales de integración y desarrollo, a pesar de ser parte de la población nacional. En este contexto, la participación en proyectos comunitarios y sociales se convierte en un recurso fundamental; pues fortalece la autoestima, potencia la resiliencia y genera lazos de pertenencia que contribuyen al bienestar emocional; además, dichos espacios no sólo reducen la probabilidad de problemáticas como la violencia, la depresión o las conductas autodestructivas; sino que también favorecen la reconstrucción de la identidad, tanto en el plano individual como colectivo, lo que facilita una reinserción más digna y equilibrada (Vilar *et al.*, 2007).

Por otro lado, un aspecto relevante en el proceso de reintegración es la forma en que la sociedad percibe a la persona que retorna; en muchos casos, esta puede enfrentarse a experiencias de discriminación o

estigmatización, independientemente de si su regreso fue voluntario o forzado. Ante esta realidad, el bienestar psicosocial adquiere un rol esencial, ya que quien cuente con una buena salud mental o disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento estará en mejores condiciones de manejar dichas situaciones (OIM, s.f.).

● Metodología

Este informe tiene como objetivo evaluar la prevalencia de síntomas de malestar psicológico (ansiedad y depresión) mediante la aplicación del Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12 por sus siglas en inglés) a 388 personas (107 mujeres y 281 hombres) que retornaron caminando a Venezuela por el corredor fronterizo estado Táchira, Venezuela-departamento Norte de Santander, Colombia y que fueron asistidas en el punto de atención ubicado sobre la Troncal N.º 5 o carretera nacional de Los Llanos en la sede de la parroquia eclesiástica San José Obrero de San Josecito en el municipio Torbes del estado Táchira, Venezuela.

A las personas retornadas mayores de edad que otorgaron su consentimiento informado para aplicarles el instrumento se les facilitó, por medio de profesionales de la psicología, el cuestionario GHQ-12 cuya versión original propuesta por Goldberg tenía 60 ítems. La versión de 12 ítems es la más utilizada por su brevedad y porque permite evaluar el bienestar psicológico en las personas, a la par de establecer su capacidad funcional, los cambios más recientes en su estado emocional, así como síntomas de ansiedad, depresión, y disfunción social, entre otros.

En esta oportunidad se analizaron los resultados de las preguntas que en el test son indicadores de comorbilidad de depresión y ansiedad. Hay que precisar que el análisis de los resultados que se hizo en este esfuerzo investigativo no corresponde a un diagnóstico sino a la advertencia de síntomas presentes en un momento específico de las personas retornadas. Los resultados se ofrecen, en la mayoría del análisis en relación con el período completo, esto es, mayo-agosto 2025, pero de manera excepcional se resaltan diferencias entre bimestres: mayo-junio y julio-agosto, sobre todo en el incremento de síntomas de depresión.

● Resultados

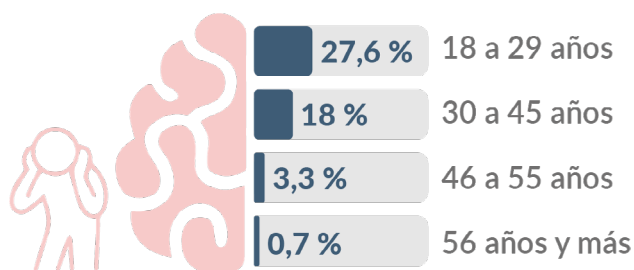
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS RETORNADAS

Entre mayo y agosto 388 personas retornadas otorgaron su consentimiento informado para que le fuera aplicada la entrevista GHQ-12, de las cuales 107 (27,6 %) eran mujeres (13 estaban embarazadas) y 281 (72,4 %) eran hombres. El 59,5 % de las personas entrevistadas tenía entre 18 y 29 años, el 32,2 % entre 30 y 45 años, el 6,9 % entre 46 y 55 años y el 1,3 % tenía 56 años o más. El 64,3 % de las personas entrevistadas contaba con estudios de primaria, el 26,3 % con estudios secundarios, el 0,7 % tenía estudios universitarios, mientras que el 8,7 % no contaba con estudios.

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

El 49,7 % (193 personas) de los retornados evidenció algunos síntomas de ansiedad. El grupo etario con mayor porcentaje de síntomas de ansiedad fue el de 18 a 29 años con 27,6 % (ver Tabla 1). Al analizar los resultados por sexo, el 71,5 % de los hombres y el 28,5 % de las mujeres mostraron síntomas de ansiedad.

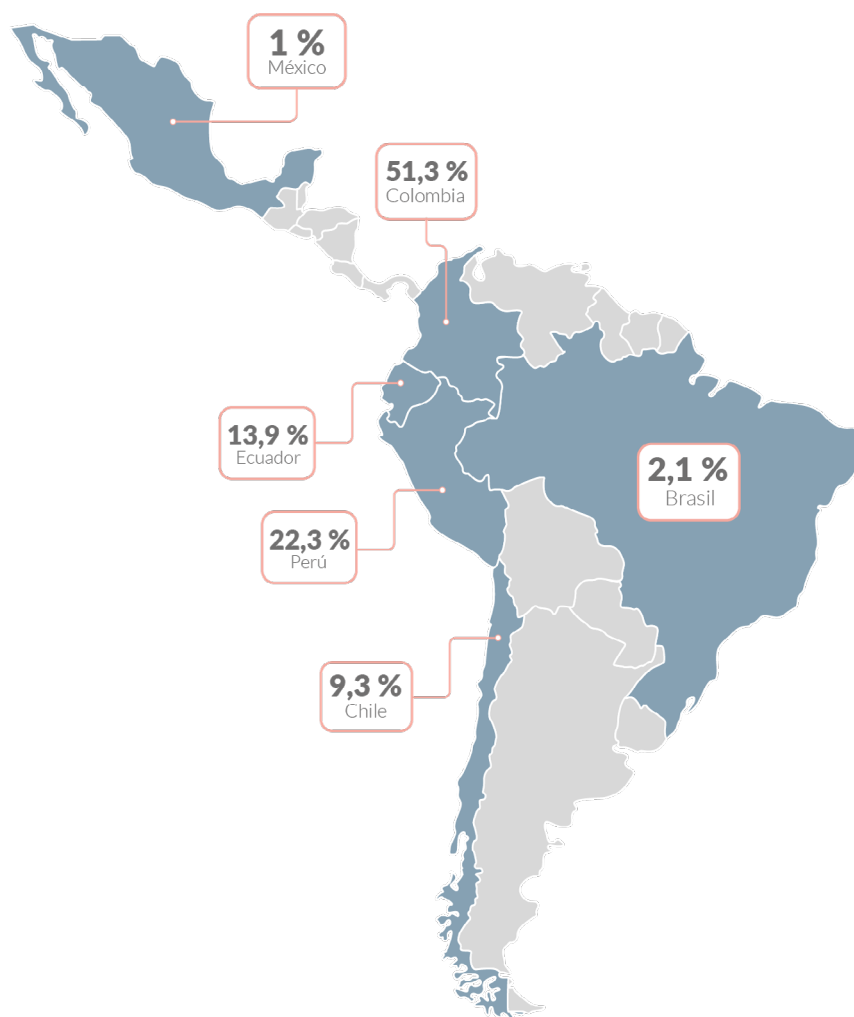
Tabla 1. Porcentaje de personas retornadas que evidenciaron tener síntomas de ansiedad por grupo etario.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del ODISEF, mayo-agosto 2025.

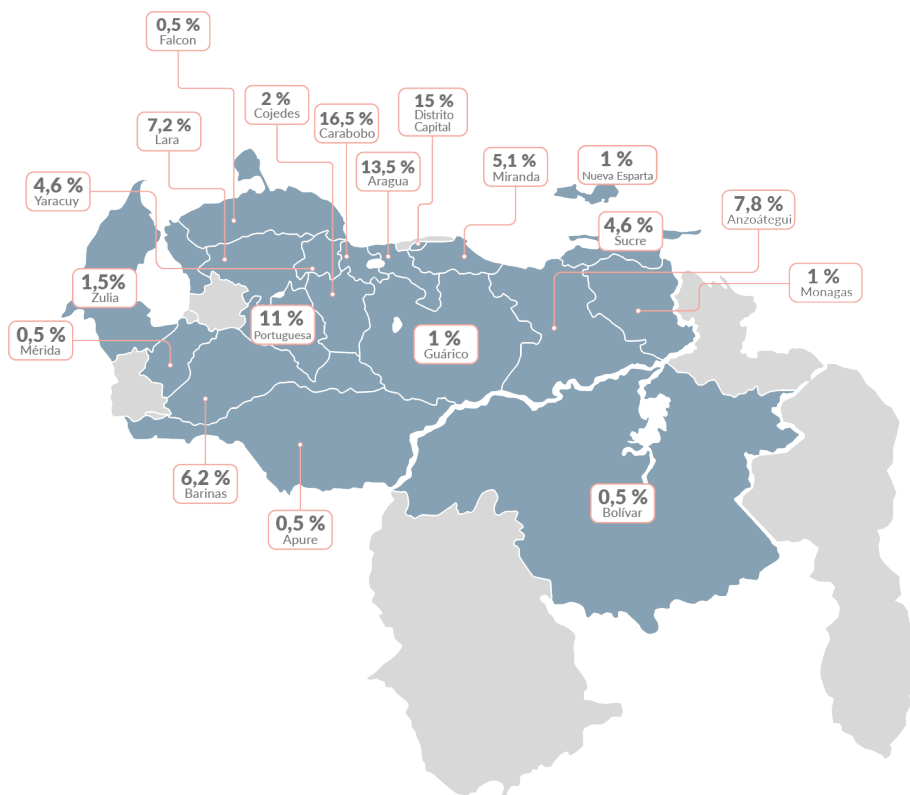
Los países desde los que más retornaron las personas entrevistadas que mostraron indicios de ansiedad fueron: Colombia (51,3 %), Perú (22,3 %) y Ecuador (13,9 %) (ver Mapa 1). Y se dirigían, principalmente, hacia las entidades federales: Carabobo (16,5 %), Distrito Capital (15 %) y Aragua (13,5 %) (ver Mapa 2).

Mapa 1. Países de procedencia de las personas retornadas con mayores síntomas de ansiedad



Fuente: elaboración propia a partir de datos del ODISEF, mayo-agosto 2025.

Mapa 2. Entidades federales de destino de las personas retornadas con mayores síntomas de ansiedad



Fuente: elaboración propia a partir de datos del ODISEF, mayo-agosto 2025.

Es natural que luego de haber experimentado situaciones con alta carga emocional se genere ansiedad cuando no se tienen recursos para afrontar y gestionar lo vivido. Las personas entrevistadas han estado sometidas a desafíos desde que decidieron salir del país, durante su permanencia en los países de acogida y en la ruta a propósito del retorno. Las personas que han atravesado experiencias traumáticas no sólo presentan recuerdos repetitivos e involuntarios, conductas de evitación, síntomas disociativos y dificultades en su vida cotidiana (Lobo-Contreras *et al.*, 2025), sino también desarrollan otros síntomas como preocupación excesiva, miedo, ataques de pánico, problemas de concentración, irritabilidad, palpitaciones, respiración acelerada, sudoración, temblores, fatiga, malestares gastrointestinales, tensión muscular y trastornos del sueño (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Cuando no hay una intervención oportuna y especializada estos síntomas pueden evolucionar en patologías como hipertensión, problemas cardíacos, y cronificación de algunos síntomas que derivan en ataques de pánico. En una situación como la descrita la persona debe ser atendida por especialistas de la salud para disminuir los niveles de neurotransmisores, lo que puede comportar medicación.

La reintegración implica afrontar los efectos físicos y emocionales del proceso migratorio que derivan en ansiedad, pero también impone reconstruir redes de apoyo desde las experiencias vividas, para iniciar una

nueva etapa que requiere acompañamiento, sensibilidad y espacios seguros. Pero, cuando se manifiestan de forma simultánea o progresiva los síntomas referidos las personas enfrentarán serias barreras para reintegrarse en las comunidades de acogida (Lamonica y Cornejo, 2006)

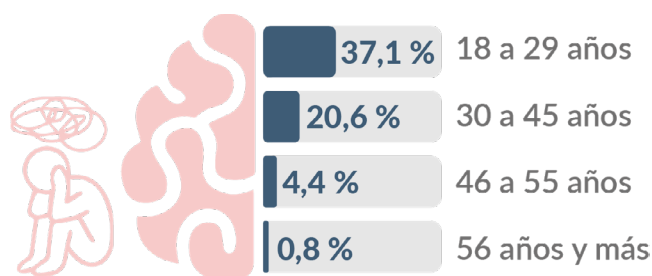
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Entre los síntomas de depresión se cuentan el estado de ánimo decaído, pérdida de interés, disminución del placer, pérdida de peso, cambios en el sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, lentitud mental, sentimiento de inutilidad y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La combinación de síntomas físicos y emocionales puede desencadenar patologías mentales graves, incluso el riesgo de que la persona atente contra su vida. Cuando estos síntomas se manifiestan de forma simultánea o progresiva, el impacto se concentra principalmente en el ámbito individual y se altera el autoconcepto en el sujeto, como ya se explicó. Esta afectación repercute directamente en sus relaciones interpersonales, lo que dificulta la construcción de vínculos sanos y el proceso de reintegración.

En esta oportunidad se estableció que el 62,9 % de las personas retornadas entrevistadas, esto es, 244 personas dieron muestra de tener algunos síntomas de depresión. Entre ellas el mayor porcentaje se registró en el grupo etario de 18 a 29 años con el 37,1 % (ver Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de personas retornadas que evidenciaron síntomas de depresión

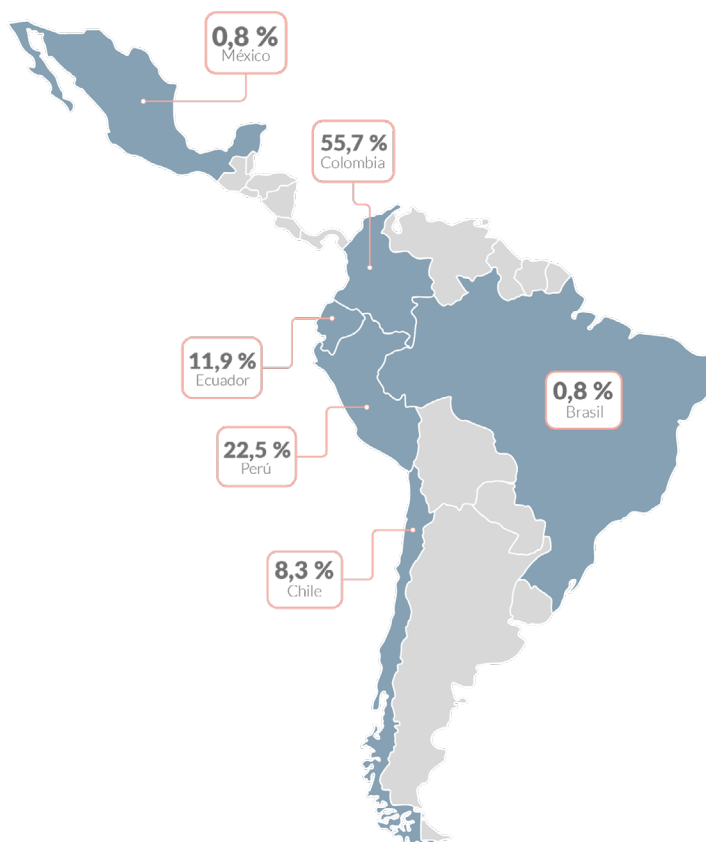


Fuente: elaboración propia a partir de datos del ODISEF, mayo-agosto 2025.

Al segmentar los resultados obtenidos por sexo, el 70,1 % de los hombres y el 29,1 % de las mujeres manifestaron síntomas de depresión.

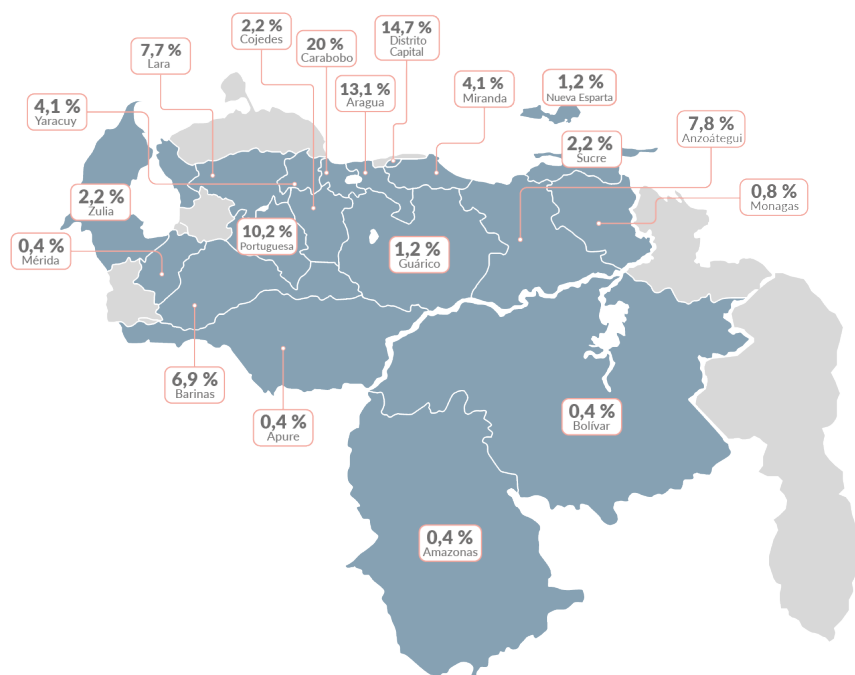
Los principales países desde los que regresaron las personas retornadas con síntomas de depresión: Colombia con el 55,7 %, Perú con el 22,5 % y Ecuador con el 11,9 % (ver Mapa 3). Y los principales destinos fueron: Carabobo (20 %), Distrito Capital (14,7 %) y Aragua (13,1 %).

Mapa 3. Países de procedencia de las personas retornadas con mayores síntomas de depresión



Fuente: elaboración propia a partir de datos del ODISEF, mayo-agosto 2025.

Mapa 4. Entidades federales de destino de las personas retornadas con mayores síntomas de depresión



Fuente: elaboración propia a partir de datos del ODISEF, mayo-agosto 2025.

Hay que resaltar diferencias entre bimestres: mayo-junio y julio-agosto. Tal es el caso de la depresión cuyos síntomas asociados se evidenciaron con mayor intensidad en mayo-junio, mientras que en julio y agosto se registró un mayor número de síntomas vinculados a la ansiedad. Esta fluctuación sugiere la necesidad de adaptar las estrategias de atención psicosocial a los contextos temporales y emocionales de las personas en movilidad.

Llama la atención que en el 56,7 % de las personas retornadas se evidenció la presencia simultánea de ansiedad y depresión en algunos participantes, lo que refleja una afectación emocional más compleja. Las personas que muestran esta comorbilidad son más vulnerables psicológicamente, deben ser atendidas con especial urgencia porque se ha documentado que están expuestas sensiblemente al riesgo de atentar contra su existencia (Baca y Aroca, 2014).

● Conclusiones

Un porcentaje crítico de las personas retornadas presenta síntomas de malestar psicológico: el 62,9 % mostró indicios de depresión y el 49,7 % de ansiedad. El grupo etario más afectado fue el de personas entre 18 y 29 años, que registra la mayor prevalencia de síntomas de depresión (37,1 %) y ansiedad (27,6 %), lo que exige intervenciones psicosociales focalizadas.

Colombia, Perú y Ecuador resultaron ser los países desde los que retornaron más personas con síntomas de depresión y ansiedad, sin que implique comorbilidad. Lo que puede indicar que las experiencias vividas en esos Estados han podido detonar esos síntomas. Las entidades federales Carabobo, Distrito Capital y Aragua son los destinos mayoritarios tanto para las personas entrevistadas que evidenciaron síntomas de ansiedad como para quienes evidenciaron síntomas de depresión.

La significativa incidencia de síntomas de malestar en general, y la presencia simultánea de ansiedad y depresión en algunos participantes, indican una afectación emocional compleja. Este nivel de comorbilidad actúa como una barrera psicológica severa para la reconstrucción del autoconcepto y la vinculación social, elementos críticos para la reintegración sostenible.

La fluctuación bimestral observada en los resultados —con mayor intensidad de síntomas de depresión en mayo-junio y un incremento de síntomas de ansiedad en julio-agosto— sugiere que el estado emocional de la población retornada cambia significativamente en el tiempo. Esta dinámica impone la necesidad de flexibilizar los protocolos de atención psicosocial, para priorizar estrategias para la depresión inmediatamente después del retorno y adaptándolas al manejo de la ansiedad en fases posteriores.

El alto porcentaje de malestar psicológico corrobora que el proceso de retorno -percibido social y personalmente como un fracaso- fractura el autoconcepto y la autoestima de los individuos. Esta afectación impide la reconstrucción de redes de apoyo y dificulta la participación activa en la comunidad, laboral y familiar, lo que convierte al apoyo psicosocial en el pilar inicial indispensable para cualquier esfuerzo de reintegración.

● Recomendaciones

Para el Estado venezolano

Institucionalizar la atención en salud mental como parte integral de una política de retorno y reintegración que contemple el diseño de programas de intervención diferenciados.

Establecer mecanismos de referencia efectivos y seguros que conecten los puntos de atención a personas en movilidad con la red de salud pública y centros de asistencia primaria en las comunidades de destino. Para que las personas con síntomas de depresión y ansiedad puedan acceder a tratamiento continuado y especializado.

Para organizaciones en articulación con el Estado

Priorizar la atención psicosocial en las primeras etapas del acompañamiento a las personas retornadas. Los programas de ese tipo de atención deben incluir talleres sobre la reconstrucción del autoconcepto y la gestión del duelo migratorio. Esto es fundamental, para promover el bienestar psicológico.

Capacitar a todos los profesionales de su equipo para brindar primeros auxilios psicológicos porque una contención emocional inmediata no invasiva, promueve la seguridad y la calma.

Desarrollar campañas de sensibilización en las comunidades de acogida para humanizar la migración y dismantelar el estigma social asociado al retorno. Se debe educar sobre la complejidad del duelo migratorio, fomentar la empatía y la comprensión.

Implementar comunitariamente grupos de apoyo mutuo y terapia grupal que sirvan de espacios seguros para las personas que han retornado. Todo, para facilitar la reconstrucción de lazos sociales y contrarrestar la sensación de no pertenencia.

● Referencias

- A** American Psychological Association (2011). Consejos para desastres. <https://www.apa.org/topics/disasters-response/consejos-desastres>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, 2014. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadistico>
- B** Baca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es&tlng=es.
- Branden, N. (2001). The psychology of self-esteem; a new concept of man's psychological nature. Nueva York, Nash Pub. Corp. (32da ed.) <https://dl.icdst.org/pdfs/files4/265c224996b4d2ea756fc71a0b144911.pdf>
- C** Castellero, O. (2019, mayo 2). Reinserción social: qué es y cuáles son sus efectos. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/social/reinsercion-social>
- G** Guerrero, M. y De Castro, A. (2020) La experiencia de abandono infantil desde los dilemas existenciales. En: A. Marengo-Escuderos. Avances en estudios psico-afectivos y desarrollo humano. (pp. 36-53). Barranquilla, Ediciones CUR. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7868637>
- Guerrero-Alonso, C., y Moreno-Herrera, A. (2024). Construcción de la identidad migrante desde la diáspora venezolana en Hispanoamérica: Una aproximación cualitativa. *Enseñanzas e Investigación en Psicología Nueva Época*, 6 (Migración), 248-257. <https://doi.org/10.62364/cneip.6.2024.220>
- L** Lamónica, G. y Cornejo, M. (2006). Relaciones interpersonales y ansiedad. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-039/162>
- Lobo-Contreras, D., Pérez-Sánchez, M., Baptista-Mendoza, I. y Vivas-Franco, C. (2025). Impacto del evento traumático en los retornados (enero-abril 2025). San Cristóbal, Venezuela: Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF).
- Locke, J. (2005). Ensayo sobre el entendimiento humano. Editorial Verbum. <https://share.google/Kj9BTwPAJUft8LGf0>
- Londoño-Pérez, C., Cita-Álvarez, A., Niño-León, L., Molano-Cáceres, F., Reyes-Ruiz, C., Vega-Morales, A., y Villa-Campos, C. (2020). Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Terapia psicológica*, 38(2), 189-202. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082020000200189

M

Manzanero, A. y Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062012000100003>

Markez, A., y Póo, M. (2001). El desafío de la emigración: integración y salud mental. Norte de Salud Mental, 4(12), 43-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830272>

Maslow, A. (2010). La amplitud de la naturaleza humana. Ciudad de México, Trillas (2da ed.) <https://es.scribd.com/document/406661894/Abraham-H-Maslow-La-amplitud-de-la-naturaleza-humana-pdf>

Montero D., y Delfino, G. (2021). Salud mental y migración: un estudio cualitativo. Fermentum, 31, 856-873. Universidad de Los Andes. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/167199>

Mruk, C. (1998). Autoestima: investigación, teoría y práctica. Desclée de Brouwer

National Institute of Mental Health (2024). Coping with traumatic events. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/coping-with-traumatic-events>

National Institute of Mental Health (2025). Substance use and mental health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health>

O

Organización Internacional para las Migraciones (2019). Glosario de la OIM sobre migración. Derecho internacional sobre migración (34). <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>

Organización Internacional para las Migraciones (2021a) Cuando el retorno a casa es una travesía fatal. “La vergüenza es la peor enemiga de los retornados”. International <https://www.iom.int/es/news/cuando-el-retorno-casa-es-una-travesia-fatal-la-verguenza-es-la-peor-enemiga-de-los-retornados>

Organización Internacional para las Migraciones (2021b). Las migrantes que retornan deben enfrentar más desafíos en la reintegración que los hombres, revela un estudio de la OIM. <https://www.iom.int/es/news/las-migrantes-que-retornan-deben-enfrentar-mas-desafios-en-la-reintegracion-que-los-hombres-revela-un-estudio-de-la-oim>

Organización Internacional para las Migraciones (2024). Volver a casa puede ser más difícil que irse: los desafíos psicosociales de ser una persona retornada. <https://lac.iom.int/es/blogs/volver-casa-puede-ser-mas-dificil-que-irse-los-desafios-psicosociales-de-ser-una-persona-retornada>

Ortega-Pérez, M. (2024). Derechos humanos y migración irregular: desafíos y perspectivas de la política pública ecuatoriana. Iustitia Socialis, 9(17), 4-19. <https://ve.scielo.org/pdf/is/v9n17/2542-3371-is-9-17-4.pdf>

P Panesso, K., y Arango, M. (2017). La autoestima, proceso humano. Revista Electrónica Psyconex, 9(14), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507/20785325>

R Riso, W. (2012). Enamórate de ti: cómo amarnos a nosotros mismos sin ser egoístas ni ególatras. Editorial Zenith. <https://coachingadistancia.com/wp-content/uploads/2020/09/60-223-Enam%C3%B3rate-de-ti-Walter-riso.pdf>

Rojas, L. y Ramírez, C. (2001). Validación del modelo simbólico-cultural del comportamiento del consumidor. Revista Colombiana de Marketing, 2(3), 1-21. <https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/22346/5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rupay, O., Núñez, L., Alberto, V., Regalado, N., Machado, R. y Valderrama, O. (2022). Autoestima y rendimiento académico en estudiantes de enfermería. Horizontes, 6(23), 759 - 765. <http://www.scielo.org.bo/pdf/hrce/v6n23/a34-759-765.pdf>

S Soriano, J. (2023, 8 noviembre). ¿Por qué los traumas duran tanto tiempo? Portal Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/clinica/por-que-traumas-duran-tanto-tiempo>

V Vilar, E., y Eibenschutz, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 6(13). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200002



•www.odisef.org•

