

**MIGRANTES EN PALERMO:
UNA MIRADA ETNOGRÁFICA A SU SITUACIÓN SOCIAL Y
SANITARIA**

***MIGRANTS IN PALERMO :
AN ETHNOGRAPHIC LOOK AT THEIR SOCIAL AND HEALTH SITUATION***

Cristina Belén Sampedro-Palacios¹

Universidad de Jaén (España)

 <https://orcid.org/0000-0003-0595-7699>

Yolanda María De la Fuente-Robles

Universidad de Jaén (España)

 <https://orcid.org/0000-0002-2643-0100>

Juan Manuel de Faramiñán-Gilbert

Universidad de Jaén (España)

 <https://orcid.org/0000-0002-4170-5803>

Correspondencia:

¹cbsamped@ujaen.es

Recibido	Revisado	Aceptado	Publicado
08-08-2024	13-04-2025	16-06-2025	07-07-2025

Resumen

Introducción. Desde hace décadas, la migración ocupa un lugar central en la agenda política internacional, pues supone un fenómeno complejo cuyo impacto es alto en las sociedades tanto de origen, tránsito, como de destino. Estas sociedades se encuentran determinadas por su situación geopolítica, en torno a la cual se da la creación de redes migratorias como son las rutas del Mediterráneo Central, en las que ciudades como Palermo (Italia) se convierten en zonas clave de tránsito migratorio. Desde el ámbito de la investigación se considera necesario el estudio del fenómeno migratorio desde diferentes enfoques que incluyan la perspectiva social, cultural y sanitaria, y que permitan comprender el fenómeno de manera holística. En este estudio se pretende conocer y analizar la realidad social y sanitaria de las personas migrantes en el contexto de Palermo, desde la cual se permite explorar la percepción de su estado de salud, la autovaloración de la calidad de vida y la vivencia de los factores contextuales que incluyen en su bienestar y padecimiento de patologías. **Métodos.** La metodología empleada ha sido de tipo cualitativo, basada en un enfoque etnográfico que ha permitido realizar una aproximación a la experiencia de vida y a los significados asignados a la salud en un contexto migratorio. Para ello, se han realizado 14 entrevistas semiestructuradas a personas migrantes de diferentes nacionalidades. El análisis de datos obtenidos se realizó a través de un análisis temático mediante el cual se identificaron patrones recurrentes en los discursos, que permitieron la categorización en cuatro principales bloques: estado de salud percibido, patologías y salud mental, autopercepción de la salud y factores contextuales, y satisfacción con la salud y calidad de vida. **Resultados.** Los principales resultados muestran que, a pesar de existir patologías crónicas y problemas de salud mental no diagnosticados formalmente, las personas participantes tienden a valorar su estado de salud positivamente. Estas priorizan aspectos como la autonomía funcional y la resiliencia emocional. Asimismo, la experiencia migratoria se percibe como un factor que, en muchos casos, contribuye a una mejora en la calidad de vida en comparación con la situación previa en el país de origen. Sin embargo, se identifican barreras estructurales y culturales que dificultan el acceso al sistema sanitario y cuya intervención requeriría de un modelo de coordinación sociosanitaria entre el sistema sanitario y los servicios sociales. **Discusión y conclusiones.** Se subraya la necesidad de abordar, de manera integral, la situación social y sanitaria de la población migrante, mediante políticas de salud cuyo enfoque se centre en la parte subjetiva y holística de la salud, que garantice el derecho efectivo a la atención sanitaria. Este estudio contribuye a la base teórica investigativa sobre el análisis de la migración desde una perspectiva social que va más allá del enfoque biomédico, priorizando la voz de las personas migrantes como protagonistas de su propia realidad.

Palabras clave: Migración, Situación Social y Sanitaria, Trabajo Social, Investigación Cualitativa, Etnografía, Palermo.

Abstract

Introduction. For decades, migration has been at the centre of the international political agenda, as it is a complex phenomenon with a high impact on societies of origin, transit and destination. These societies are determined by their geopolitical situation, around which migratory networks are created, such as the Central Mediterranean routes, in which cities such as Palermo (Italy) become key migratory transit areas. In the field of research, it is considered necessary to study the migratory phenomenon from different approaches that include the social, cultural and health perspectives that allow us to understand the phenomenon in a holistic manner. **Methods.** The aim of this study is to find out about and analyse the social and health reality of migrants in the context of Palermo, from which to explore the perception of their state of health, their self-assessment of their quality of life and their experience of the contextual factors involved in their wellbeing and the suffering of pathologies. The methodology used was qualitative, based on an ethnographic approach, which allowed an approach to be made to the experience of life and the meanings assigned to health in a migratory context. For this purpose, 14 semi-structured interviews were carried out with migrants of different nationalities. The analysis of the data obtained was carried out by means of a thematic analysis through which recurrent patterns were identified in the discourses, which allowed for categorisation into four main blocks: perceived state of health, pathologies and mental health, self-perception of health and contextual factors, and satisfaction with health and quality of life. **Results.** The main results show that, despite the existence of chronic pathologies and mental health problems not formally diagnosed, the participants tend to value their state of health positively. They prioritise aspects such as functional autonomy and emotional resilience. Likewise, the migration experience is perceived as a factor that, in many cases, contributes to an improvement in quality of life compared to the previous situation in the country of origin. However, structural and cultural barriers are identified that hinder access to the health system and whose intervention would require a model of socio-health coordination between the Health System and Social Services. **Discussion and conclusions.** It highlights the need to address the social and health situation of the migrant population in a comprehensive manner, through health policies that focus on the subjective and holistic part of health and that guarantee the effective right to health care. This study contributes to the theoretical research base on the analysis of migration from a social perspective that goes beyond the biomedical approach, prioritising the voice of migrants as protagonists of their own reality.

Keywords: Migration, Social and Health Situation, Social Work, Qualitative Research, Ethnography, Palermo.

1. Introducción

La migración ha ocupado un lugar destacado en la agenda política de los países durante décadas, generando preocupación tanto en los países receptores como en los productores de migración. Lejos de ser un fenómeno reciente, la migración ha acompañado el desarrollo humano y social desde tiempos inmemoriales, enriqueciendo la diversidad social, étnica y cultural, y contribuyendo al progreso de las sociedades. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2023a), aproximadamente el 3,6% de la población mundial son migrantes, lo que equivale a un total de 281 millones de personas que emigraron a otros países en 2022. El último informe de 2024 prevé un aumento en la migración internacional mundial que se podrá identificar con datos en los próximos años (Organización Internacional para las Migraciones OIM, 2024).

Europa es uno de los continentes más demandados en términos de migración y solicitudes de asilo, junto con los Estados Unidos de América. En 2023, según datos de la Comisión Europea (2024), se presentaron 1.129.640 solicitudes de asilo a Europa, que supuso un aumento del 18% con respecto al año anterior (472.000 solicitudes) y el nivel más alto desde la crisis migratoria de 2015. En 2024, estas cifras disminuyeron un 13%, con 911.960 solicitudes de asilo.

En este sentido, la migración viene determinada por gran diversidad de factores que funcionan como impulso en el inicio de un proceso migratorio. Uno de estos factores es la ubicación geográfica que ejerce como determinante en la creación de flujos migratorios entre países o fronteras interiores (Armijos-Orellana et al., 2022; Castles, 2010; León, 2005). En este sentido, los países pasan a formar parte de los factores de expulsión o atracción de la migración en función de su ubicación, como ocurre en el caso de Europa. Lo que genera en algunas ocasiones países o ciudades caracterizadas por su población migrante que basan sus patrones migratorios en diásporas, rutas migratorias o incluso eventos históricos/políticos (García-Sánchez, 2018; Jiménez y Tprin, 2023).

Ejemplo de ello son las rutas migratorias del Mediterráneo, identificadas como unas de las rutas más antiguas del mundo y de las más utilizadas para la movilidad humana, así como de mercancías hacia el continente europeo. Tras un periodo de declive, la ruta del Mediterráneo resurgió en la década de 1990 y ha sido testigo de un

flujo constante de personas que cruzan desde África y Turquía para migrar hacia Europa (Blanco, 2022). Debido a su relevancia a nivel internacional, la ruta del Mediterráneo es constante objeto de estudio por parte de la comunidad científica (Muñoz, 2019).

Las migraciones dadas en la ruta del Mediterráneo a menudo son irregulares y tienen como principales destinos Italia, España y Grecia. Esta ruta migratoria se ha convertido en una de las más peligrosas del mundo, con un alarmante número de 26.833 personas desaparecidas en 2023 según datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2023b).

Los datos más recientes del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2024) muestran que las llegadas por mar a Europa han aumentado en 250.000 personas en 2024. Divididas las cifras, vuelven a posicionar a Italia (130.000 personas), España (61.000 personas) y Grecia (61.480 personas) como los principales países receptores de migración. Sin embargo, de entre todos ellos, las costas italianas se siguen posicionando como uno de los principales puntos de entrada para migrantes y refugiados/as que cruzan el Mediterráneo central (ACNUR, 2024).

Según datos de Eurostat (2024), Italia es un punto clave en la ruta del Mediterráneo central recibiendo un gran porcentaje de migración irregular procedente, en parte, de África y Asia. Según el Ministero Dell 'Interno italiano (2025), en 2024 Italia contaba con 5,1 millones de personas migrantes, lo que es igual al 9% de su población total.

De todos sus territorios, las costas, tal y como se ha mencionado, son las principales receptoras de migración. La isla italiana de Sicilia es considerada un punto caliente en términos de llegada de migrantes (D'Angelo, 2019; Filmer & Federici, 2018). Geográficamente separada de la península italiana por el estrecho de Mesina, y ubicada a solo 140 km de Túnez en el norte de África, Sicilia es accesible por mar desde muchos territorios africanos y orientales. La isla tiene una rica historia cultural, influenciada por una serie de conquistas e invasiones a lo largo de los años, lo que la convierte en una región multiétnica y culturalmente diversa (Bartoli, 2010; Saija, 2006; Sicilia in Europa, 2022). Su centro de acogida más numeroso es localizado en Palermo, como capital de la isla. Esta ciudad ha evolucionado hacia una ciudad diversa y multicultural, considerada incluso *"la Jerusalén de Europa"* (Euronews, 2018). Además, destaca por su estructura organizativa en el tercer sector que se ocupa de la atención a los migrantes y refugiados (OIM, 2012); características que hacen de Palermo un lugar idóneo para el

estudio de las migraciones.

Centrando la mirada en el estudio de la migración en la ciudad italiana de Palermo, es imprescindible determinar el objeto de estudio en algunas de las variables que caracterizan la migración. Desde este estudio, se considera que, para comprender la situación sociodemográfica migratoria, es necesario estudiar la migración como determinante social de la salud.

De la mano de las cifras aportadas en este estudio sobre la migración en el mundo, Europa o Italia, se encuentra la realidad sanitaria de miles de migrantes. La salud, definida por la Organización Mundial de la Salud (1946) como ese estado de completo bienestar físico, psicológico y social, es a menudo vulnerado por el propio proceso migratorio. Según autores como Piñones-Rivera et al. (2021), la migración es un importante determinante social de la salud, pues implica que las personas que se encuentran en un proceso migratorio verán su salud mermada por las diferentes características del propio proceso como son la vulnerabilidad, el proceso de aculturación, la falta de acceso al sistema sanitario, las barreras culturales, idiomáticas, desconocimiento de los derechos, el desarrollo de patologías o agravamiento de las mismas, etc. (González, 2022; Retortillo et al., 2006; Román-López et al., 2015; Rovira, 2008). Tradicionalmente, esta situación fue definida como el *síndrome de Ulises*, en el cual las personas migrantes se ven sometidas a un deterioro de su salud mental al verse expuestas a un constante estrés y ansiedad crónicos derivados del duelo migratorio y alimentados por las diferentes situaciones vitales (Loizate, 2006).

Esta situación se ve agravada cuando las personas migrantes cuentan con patologías crónicas o discapacidades previas desarrolladas durante la migración (Díaz et al., 2008) que propicia que el estado de salud con respecto a esas patologías se vea empeorado al estar interferido por la situación de migración (Díaz et al., 2019).

Es por ello que, desde el presente estudio, se tiene como principal objetivo conocer la realidad social y sanitaria de las personas migrantes en la ciudad de Palermo, a través de un enfoque etnográfico que recoja la perspectiva de los/as informantes clave por medio de entrevistas semiestructuradas. Esta investigación favorece el estudio, profundización y comprensión del fenómeno migratorio en su vinculación con la salud, desde una perspectiva de trabajo social, contribuyendo de manera directa a la creación de una base teórica, necesaria en el estudio y la intervención social del fenómeno.

2. Métodos

La metodología empleada en este estudio se basa en un enfoque cualitativo, cuyo objetivo es estudiar un fenómeno a través de la exploración del mismo, desde la propia perspectiva de los y las participantes en su contexto (Lindlof & Taylor, 2017). Para ello, se emplea un enfoque etnográfico que busca examinar y comprender los sistemas sociales de un grupo específico, en este caso migrantes, a través de la interpretación de sus puntos de vista y relatos (Schensul & LeCompte, 2012).

Para garantizar la calidad y el rigor científico en esta investigación cualitativa, se siguió la guía *Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations*, que consta de 21 ítems propuestos por O'Brien et al. (2014). Esta guía establece estándares mínimos para asegurar la calidad en la investigación cualitativa, proporcionando una estructura y secciones esenciales.

2.1. Participantes y contexto

Con el fin de comprender mejor la situación social y sanitaria de las personas migrantes, es crucial considerar sus características sociodemográficas. Factores como el género, la edad, la nacionalidad, las razones para migrar, el dominio de idiomas, el nivel educativo, la situación laboral y el estado civil pueden tener un impacto significativo en la situación de salud y social de las personas migrantes, pues son considerados determinantes sociales de la salud (Cárdenas et al., 2017).

El estudio se llevó a cabo con 14 personas migrantes residentes en Palermo, compuesto por 8 mujeres y 6 hombres con edades comprendidas entre los 18 y 50 años. Sus nacionalidades incluyeron Ucrania (5), Colombia (2), Chile (1), Irak (1), Francia (1), Mónaco (1), Senegal (1), Costa de Marfil (1) y República Democrática del Congo (1).

Tabla 1

Perfil de personas participantes

Nº de Participante	Sexo	Edad	Nacionalidad
1	Hombre	31	Chile
2	Mujer	28	Irak
3	Mujer	25	Ucrania
4	Hombre	25	Colombia

Nº de Participante	Sexo	Edad	Nacionalidad
5	Hombre	28	Senegal
6	Mujer	21	Francia
7	Mujer	37	Ucrania
8	Mujer	34	Ucrania
9	Hombre	22	Ucrania
10	Mujer	22	República Democrática del Congo
11	Mujer	27	Colombia
12	Hombre	27	Mónaco
13	Hombre	42	Costa de Marfil
14	Mujer	38	Ucrania

Las motivaciones de la migración variaron desde conflictos bélicos, economía, hasta reagrupación familiar, siendo la mayoría las relacionadas con conflictos bélicos y persecución. La mayor parte de los/as participantes hablan con fluidez inglés, castellano o francés, y tienen niveles de educación universitaria o secundaria, con una situación laboral activa antes de migrar.

La selección de la muestra se basó en un muestreo no probabilístico por conveniencia y el método de *bola de nieve* para establecer conexiones con la población objetivo, dadas las dificultades para acceder a las personas migrantes. El tamaño de la muestra se determinó por el principio de saturación detectada durante el análisis concurrente con la relación de datos, donde la información dejó de proporcionar nuevos hallazgos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020).

La investigación y el trabajo de campo se llevaron a cabo en la ciudad de Palermo (Italia) durante los meses de marzo, abril y mayo de 2022. El método de captación de participantes fue presencial en colaboración con instituciones del tercer sector de Palermo, encargadas de intervenir para la inclusión social y laboral de personas migrantes. Las entrevistas se realizaron de manera presencial en casas particulares y *coworking* de instituciones como Moltivolti.

2.2. Instrumentos

Para el desarrollo del trabajo de campo se utilizaron varios instrumentos. Entre estos instrumentos se incluye la observación, el cuaderno de bitácora como registro de

observaciones relevantes, y una grabadora de voz para capturar las conversaciones de las entrevistas. Además de estos, el principal instrumento usado es la entrevista semiestructurada, diseñada y compuesta por tres bloques, con un total de 15 preguntas.

- Bloque 1: Datos sociodemográficos (sexo, edad, país de nacimiento, país de residencia actual, estado civil actual, situación laboral previa a la migración, nivel de educación alcanzado, idioma utilizado habitualmente para comunicarse, razones que motivaron su decisión de migrar).
- Bloque 2: Estado de salud (descripción de su estado de salud; ¿actualmente padece alguna enfermedad o afección?; si tiene algún problema de salud, ¿qué cree que es?; ¿está recibiendo algún tipo de tratamiento médico?)
- Bloque 3: Satisfacción con su salud (en términos generales, ¿se siente satisfecho/a con su estado de salud?; en general, ¿está satisfecho/a con su calidad de vida?)

Estos bloques fueron diseñados en correspondencia con los elementos de demografía, salud y satisfacción con la salud de los/as participantes. La herramienta fue pilotada con participantes migrantes en España unos meses antes, lo que determinó la adaptación y validación correcta de los bloques y preguntas desechando/modificando aquellas que no se correspondían con el objeto de estudio.

2.3. *Procedimiento*

Fase de análisis documental: se llevó a cabo una revisión de la literatura relacionada con el fenómeno migratorio en Italia y Sicilia como regiones que forman parte de las rutas migratorias del Mediterráneo. Esta revisión permitió el establecimiento de una base teórica para el estudio a partir de la literatura científica, así como de las principales fuentes estadísticas oficiales.

Fase de recogida de datos cualitativos: se recopilaron los datos en terreno (desplazamiento a la zona geográfica). Se establecieron colaboraciones con centros de investigación en España e Italia y se inició el contacto con instituciones del tercer sector de Palermo como vía de identificación de participantes. El primer conjunto de entrevistas se llevó a cabo entre marzo y abril de 2022 en Palermo con la participación de 9 entrevistados. El segundo conjunto de entrevistas, que involucró a 5 participantes, se realizó en el mes de mayo. Las entrevistas se llevaron a cabo en castellano, inglés e italiano, con el apoyo de investigadores/as adicionales para garantizar un completo

entendimiento del idioma italiano. Cada entrevista tuvo una duración de 40-60 minutos y se hizo de manera presencial.

Fase de análisis de datos: se procedió a la transcripción de los discursos y al análisis de los mismos. En esta fase, se pusieron a disposición de las personas participantes las transcripciones con el fin de poder ser validadas y revisadas; algunas personas participantes directamente validaron mientras que otras dedicaron un tiempo a la retroalimentación. Para llevar a cabo la explotación de los datos, se utilizó el software *Atlas.Ti*, que permitió la generación de categorías y códigos para analizar el discurso. Estos procesos culminaron en la obtención de los resultados que se presentan en el estudio.

2.4. Consideraciones éticas

Para la recolección de datos, se obtuvieron los permisos necesarios del Comité de Ética de la universidad correspondiente y se informó a los/as participantes sobre sus derechos, el propósito del estudio y el manejo de datos con fines científicos. Cada participante proporcionó su consentimiento informado antes de participar en la investigación.

2.5. Tratamiento y análisis de datos

Fase de análisis documental: se recolectaron datos teóricos de estudios a través de bases de datos como *Scopus* y *Web of Science*. Además, se utilizó el gestor bibliográfico *RefWorks* para seleccionar estudios e información. Esta fase permitió construir una base teórica al objeto de estudio a partir de artículos, libros y fuentes estadísticas oficiales, proporcionando una sólida base para la posterior recopilación de datos.

Fase de análisis de datos de campo: para el procesamiento y análisis de los datos recopilados durante las entrevistas, se llevaron a cabo las transcripciones, validación y codificación (orden de participación más la inicial del segundo apellido) con el fin de garantizar la confidencialidad y el anonimato. Posteriormente, se procedió a la explotación de datos utilizando el software *Atlas.Ti*. Para realizar el análisis cualitativo, se aplicó la metodología de análisis reflexivo temático inductivo en la cual las categorías emergen directamente de los datos (ver Tabla 2). Para ello, se realizó una lectura preliminar de las transcripciones para elaborar categorías de análisis, codificar

fragmentos, asignarlos a categorías temáticas, realizar análisis de contenido, crear redes semánticas y redactar el análisis final. Este proceso fue llevado a cabo durante los meses de junio y julio de 2022 por parte de dos de las investigadoras con el fin de proporcionar mayor fiabilidad y validez a los análisis.

Tabla 2

Categorías y subcategorías de análisis identificadas

Categorías	Subcategorías
Estado de salud	• Infra-diagnóstico • Desconocimiento del sistema sanitario • Naturalización de la enfermedad
Patologías	• Crónicas • Discapacidad • Salud mental
Autopercepción sanitaria	• Migración impacto positivo • Salud como estado físico
Satisfacción con la salud	• Capacidad funcional • Bienestar emocional • Calidad de vida

3. Resultados

En este apartado se presentan los principales hallazgos del estudio, organizados en cuatro bloques principales correspondientes a las categorías señaladas en el apartado de metodología. En particular, se redactan los resultados atendiendo a las siguientes temáticas: estado de salud; patologías leves, crónicas y discapacidad; autopercepción sobre la salud; y satisfacción con la salud y la calidad de vida.

3.1. Estado de salud percibido: entre lo visible y lo no diagnosticado

Este apartado aborda cómo las personas migrantes participantes perciben su estado de salud general en el contexto de su experiencia en Palermo. Un patrón común en los testimonios es la ausencia de diagnósticos formales, especialmente en el ámbito de la salud mental, lo que impide que muchas afecciones sean reconocidas y tratadas adecuadamente.

La falta de diagnóstico médico formal es interpretada por varias personas como una barrera que dificulta la identificación y validación de sus problemas de salud. Esto es especialmente relevante en el caso de trastornos psicológicos o emocionales, frecuentemente subestimados o mal interpretados, ya sea por barreras idiomáticas, culturales o por desconocimiento del sistema de salud.

“He ido muchas veces al sanatorio, es solo ansiedad [...] no sé cómo explicarlo, pero siento que es algo más” [P8B].

“No es simplemente estar bien, la mente también tiene que funcionar si se quiere tener una salud completa” [P14P].

Además, en muchos casos, las personas participantes muestran una resistencia cultural a hablar abiertamente sobre enfermedades o discapacidades, lo que se vincula con representaciones sociales de la enfermedad y estigmas que rodean ciertos padecimientos. Esta actitud de ocultamiento puede llevar a que afecciones que serían tratables empeoren con el tiempo o resulten en el desarrollo de discapacidades.

“Puedo valirme por mí mismo y eso es lo que importa, haya o no enfermedad” [P5M].

Por otro lado, muchas personas naturalizan el padecimiento de dolencias crónicas, tratándolas de forma intuitiva o informal, sin que esto sea necesariamente percibido como un problema de salud. Esta interiorización puede verse agravada por las condiciones estructurales de la migración: precariedad laboral, dificultades de acceso a recursos sanitarios o desconocimiento de los derechos sociosanitarios.

“Mis dolores o pensamientos son siempre así, es algo natural, el hombre tiene que tenerlos” [P1M].

Se identifica así una visión fragmentada de la salud, donde lo físico, lo mental y lo social no siempre son abordados de manera integral, y donde el acceso al sistema sanitario no siempre es un derecho asumido. El estado de salud se sitúa en una zona ambigua entre lo sentido, lo no diagnosticado y lo no tratado, con un fuerte condicionamiento social y estructural que requiere del abordaje de la salud desde los aspectos físicos, sociales y mentales, como forma de romper con las barreras a las que se enfrentan provenientes tanto desde la migración como de la propia dinámica sociocultural.

3.2. *Patologías, discapacidad y salud mental*

Las narrativas revelan coexistencia entre las enfermedades diagnosticadas y las patologías no reconocidas formalmente, en muchos casos debido a la ausencia de atención médica o al desconocimiento del sistema sanitario y de sus derechos.

Algunas personas describen síntomas persistentes que no han sido tratados ni diagnosticados, lo que limita la posibilidad de atención adecuada. La falta de diagnóstico genera incertidumbre y normalización de la dolencia o patología.

“Los dolores en las articulaciones siempre están, años de mantenimiento, pero nunca me han diagnosticado nada” [P9J].

“A veces me quedo encogida un rato y no me puedo poner recta [...] no, no lo he dicho en el sanatorio” [P2H].

Cuando sí existe un diagnóstico, este es asociado con frecuencia a enfermedades crónicas o discapacidades, especialmente en los ámbitos cardiovasculares, inmunológicos o metabólicos. La cronicidad aparece como un componente que impacta en la calidad de vida de las personas participantes, especialmente en ausencia de seguimiento médico de su enfermedad.

“La tensión la suelo mantener alta, tomo mis píldoras todos los días” [P14P].

“Desde pequeño padezco asma, que se diría que es un problema respiratorio permanente, ahora no me afecta mucho” [P4A].

“Sufro diabetes [...] mi vida es desigual, pero estoy muy bien ahora” [P13G].

Además, la salud mental emerge como dimensión clave, aunque no siempre es identificada como tal. El estrés, la ansiedad o los episodios depresivos son narrados como consecuencias directas del proceso migratorio, y muchas veces no son considerados “enfermedades” en el sentido tradicional de la palabra.

“No es enfermedad, es más bien ansiedad y estrés por el presente y el futuro, la incógnita que vaya a pasar” [P7T].

“Los pensamientos van y vienen cuando migras a otro país, eso es lo más duro” [P10L].

“Por la noche me falta el aire de intentar encontrar soluciones a los problemas, al trabajo, a la familia” [P11D].

Otro hallazgo clave es la baja utilización de los servicios sanitarios, incluso entre quienes tienen patologías crónicas que requieren de una atención y cuidado constantes. Se mencionan obstáculos al sistema sanitario como son la falta de información, barreras idiomáticas o la percepción de que el sistema no es accesible para personas migrantes. A menudo se desconocen los derechos sanitarios en el país de recepción, por lo que no se contempla la posibilidad de acceso a este tipo de servicios.

“Quien es de acá sabe que puede ir al centro de salud, sino no sabes que puedes ir” [P6I].

“Después de algún tiempo entendí que podía ir al consultorio, antes creía que solo era para italianos” [P13G].

Estos resultados apuntan a la necesidad de fortalecer estrategias de accesibilidad el sistema sanitario para todas las personas, especialmente desde un enfoque de derechos y con atención al componente sociocultural del cuidado, más en un mundo globalizado y multicultural.

3.3. Autopercepción de la salud y factores contextuales

Los discursos sobre la autopercepción de la salud revelan una amplia variedad de experiencias, desde quienes expresan mejoras evidentes tras migrar, hasta quienes no perciben cambios significativos. La percepción subjetiva que se suele tener del bienestar se encuentra estrechamente ligada al entorno o contexto en el que se habita, determinado por las condiciones de vida y las expectativas personales previas a la migración.

Gran parte de las personas participantes manifiestan que su salud ha mejorado desde la llegada a Palermo, atribuyendo este hecho a mejores condiciones de vida, estabilidad emocional o sensación de seguridad (sanitaria, vital, alimenticia, financiera, etc.).

“Cambiar de lugar siempre tiene beneficios, la salud se encuentra bien si el alma también lo está” [P5M].

“Según la ciudad donde vivas te encuentras mejor o peor, a mí me anima y me hace estar fuerte el buen tiempo [...] migrar hace que todo cambie en tu vida, incluida tu salud” [P12C].

Sin embargo, otros testimonios muestran una percepción de continuidad con respecto a la salud que tenían antes de migrar. En estos casos, se establece que la migración no ha supuesto grandes cambios en la percepción de su bienestar, lo que se puede asociar a expectativas previas o a condiciones de vida similares a las del país de origen.

“No hay diferencias, me encuentro igual que en casa, que en mi ciudad donde vivía” [P6I].

“Mi país es muy parecido a donde ahora vivo y la salud está igual [...] no creo que haya diferencias” [P2H].

Además, algunos discursos reflejan una autopercepción centrada en aspectos positivos, sin que eso implique una evaluación integral del estado de salud. Se identifican casos en los que se prioriza el bienestar físico o funcional, ignorando síntomas emocionales o sociales propios de la situación de migración.

“La salud es estable y buena, hay que centrar el ojo en lo positivo” [P9J].

En conjunto, esta sección muestra cómo la autopercepción está atravesada por factores estructurales (vivienda, empleo, economía, cultura de recepción, etc.), pero también por procesos internos de adaptación y resiliencia a la nueva realidad. La salud se valora en términos de funcionalidad, autonomía y bienestar comparativo.

3.4. Satisfacción con la salud y calidad de vida

La satisfacción con la salud no se relaciona exclusivamente con la ausencia de enfermedades, sino con la capacidad funcional de las personas, el bienestar emocional que estas alcanzan y la calidad de vida. Muchas personas se sienten satisfechas con su estado de salud a pesar de reconocer problemas crónicos, valorando especialmente su autonomía personal y su capacidad para desarrollar su proyecto de vida de manera activa.

“Es complicado, porque puedes tener una percepción muy muy buena y estar enfermo [...] eso depende de cada cual” [P11D].

La migración se configura como un elemento influyente en esta satisfacción con la salud y la calidad de vida. Para algunas personas, la mejora en las condiciones de vida tras la migración potencia su bienestar; para otras, los cambios abruptos, las pérdidas emocionales y, en definitiva, el duelo migratorio complica esta percepción.

"Estoy satisfecha con mi calidad de vida, no puedo decir lo contrario, pero son muchas las cosas que se han dejado atrás por la guerra" [P7T].

"Por mi profesión siempre he tenido la migración como un determinante social de la salud, nunca imaginé que sería migrante forzada" [P8B].

Se identifica también que la percepción de salud y calidad de vida está fuertemente influida por la comparación de la vida antes de migrar, con el contexto de origen. Algunas personas expresan gratitud y resiliencia frente a las adversidades del proceso migratorio, mientras que otras señalan las pérdidas significativas que afectan a su satisfacción actual.

"Me encuentro agradecida y tengo una vida satisfactoria, aunque podría ser mejor, ser como antes" [P3D].

La satisfacción con la salud aparece, en definitiva, como un concepto subjetivo e integral, que incluye tanto el cuerpo o lo físico como las emociones, la autonomía funcional, la historia migratoria y las expectativas futuras en el país/ciudad de recepción de la migración. Este enfoque permite visibilizar dimensiones alternativas a la mirada exclusivamente biomédica, en la que cabría analizar desde los modelos activos en salud propuestos desde el Trabajo Social.

4. Discusión

Los hallazgos de este estudio examinan la percepción de las personas migrantes sobre su realidad social y sanitaria en el contexto de la ciudad de Palermo desde un enfoque etnográfico centrado en la experiencia vivida y los significados sociales del propio entorno. Desde este enfoque, los relatos analizados ponen en evidencia que la salud no solo puede entenderse desde una perspectiva biomédica. A este respecto se han identificado una serie de hallazgos sobre el estado de salud percibido, patologías, cronicidad y salud mental, la autopercepción sobre la salud y los factores contextuales, así como la satisfacción con la salud y la calidad de vida.

Del estado de salud percibido por parte de las personas migrantes, el estudio proporciona datos sobre una disociación entre el malestar percibido y su reconocimiento médico formal o diagnóstico, particularmente en el área de la salud mental. El caso de la invisibilidad de las afecciones dadas a la salud mental en población migrante, ya ha sido estudiado por diversos autores/as como Aguedo-Suárez et al. (2011) en España,

donde se destaca que las personas migrantes tienden a normalizar síntomas de ansiedad o depresión por la falta de acceso al sistema sanitario, por miedo a ser estigmatizados/as o por la no identificación de los síntomas como un problema de salud (naturalización de la enfermedad). Así mismo, estudios como el de Priebe et al. (2016) o Cabieses et al. (2017), muestran cómo las barreras idiomáticas, culturales y administrativas contribuyen significativamente a la invisibilización del estado de salud en la percepción, agravando el riesgo de cronicidad y la falta de tratamientos.

Las patologías crónicas, la discapacidad y la salud mental componen el segundo bloque de resultados del estudio que muestra una clara coexistencia entre las enfermedades diagnosticadas y otras no reconocidas, pasando por la falta de utilización del sistema sanitario. Estos hallazgos podrían ser corroborados por estudios desarrollados por autores/as como Llop-Gironés et al. (2014) en los que se demuestra que la población migrante suele tener un menor contacto con los servicios sanitarios, incluso cuando hay presente una enfermedad crónica diagnosticada. Al igual que ocurre en los hallazgos de este estudio, este fenómeno se ha vinculado a la falta de regularización, a la falta de conocimiento sobre los derechos, al desconocimiento del sistema sanitario y la percepción de discriminación institucional (Malmusi y Ortiz-Barreda, 2014). Así mismo, estudios desarrollados en el ámbito internacional muestran cómo la falta de continuidad en el seguimiento médico y las dificultades de acceso al sistema sanitario por causas sociales, impactan negativamente en el manejo de patologías, la salud mental y su cronicidad, creando un círculo de exclusión que perpetúa la situación de vulnerabilidad social y sanitaria (Comelles y Bernal, 2007; Norredam et al., 2009).

En cuanto a la autopercepción de la salud y los factores contextuales, los discursos muestran cómo ésta está influenciada por las condiciones materiales como el empleo, la vivienda, la alimentación, etc. Pero también por aquellos procesos subjetivos que provienen de la propia experiencia vital que tienen que ver con la resiliencia o la comparación con el país de origen. Estos hallazgos coinciden con los estudios de Aguedelo-Suárez et al. (2011) y Asprilla-Córdoba et al. (2022), quienes señalan que la autopercepción de la salud en población migrante puede estar influenciada por una mejora en sus condiciones de vida tras la migración, pese a estar objetivamente expuestos/as a la precariedad. Además, la relación entre la autopercepción de la salud con la propia capacidad funcional que, a fin de cuentas, oculta las necesidades reales de atención al bienestar, se podrían vincular con los resultados aportados por

investigaciones como la de Ingleby (2012) en la que se expone la invisibilización de las necesidades reales frente a la evolución de los estándares mínimos de funcionalidad en la sociedad.

Por último, los hallazgos sobre satisfacción con la salud y la calidad de vida muestran que no se asocia de manera exclusiva a la ausencia de enfermedad, sino que dependen de los aspectos funcionales, emocionales y relacionales que se hayan creado. Este enfoque holístico se encuentra en las líneas de la Organización Mundial de la Salud (1946) que define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Del mismo modo, autores/as como Băltătescu (2007), Hernando et al. (2018) o Van der Boor et al. (2020) proponen que la percepción de la calidad de vida en población migrante incluye factores como el entorno social, la autonomía, la integración comunitaria y las redes de apoyo. Así mismo, el estudio *European health report 2018: more than numbers* (World Health Organization, 2018) sobre la salud en personas migrantes destaca la importancia de trabajar con indicadores de bienestar subjetivo y no solo con métricas clínicas que permitan la integración de ese modelo de coordinación sociosanitaria que tradicionalmente se ha venido utilizando por parte de disciplinas como el Trabajo Social (Guillén et al., 2001; Lacomba, 1998; Vázquez, 2002).

En definitiva, los resultados se encuentran respaldados por diversas investigaciones que se encargan del estudio de los elementos subjetivos que afectan a la salud de manera directa y al bienestar social de personas migrantes. Esta es identificada como una de las principales aportaciones del estudio, pues la literatura científica tiende a centrar su atención en la perspectiva patogénica de la salud que estudia la enfermedad, los factores que la causan y sus efectos, limitando la salud a la ausencia de enfermedad. Mientras que este estudio se centra, por el contrario, en una perspectiva salutogénica que pone el foco de atención en factores que promueven y mantienen la salud, incluso en situaciones de adversidad.

Si bien, entre las principales limitaciones del estudio, se destaca el número de la muestra y la localización del trabajo, centrado exclusivamente en el contexto de Palermo, lo cual restringe la generalización de resultados. Sin embargo, el enfoque etnográfico ha permitido captar las experiencias vividas de las personas participantes, lo que refuerza su valor comprensivo para potenciar la intervención social en salud en contextos similares.

5. Conclusiones

A partir del estudio se han obtenido hallazgos que han permitido conocer la experiencia vivida de personas migrantes en la ciudad de Palermo con respecto a su salud. De los resultados, se destaca una percepción del estado de salud fragmentada ante la presencia de factores determinantes de la salud como son los culturales y personales. Además, este tipo de factores condicionan el acceso al sistema sanitario y a la propia identificación de situaciones de malestar. A partir de estos hallazgos, se pueden extraer una serie de conclusiones.

En primer lugar, destacar que existe una tensión entre lo visible y lo no diagnosticado, donde la falta de reconocimiento médico formal de las afecciones obstaculiza la validación y el tratamiento de muchos padecimientos. Sobre todo, en el ámbito de la salud mental. Las barreras culturales, idiomáticas y de desconocimiento del sistema sanitario contribuyen a la invisibilidad de las diferentes patologías.

En segundo lugar, se subraya que la autopercepción con la salud aparece como fenómeno dinámico que se ve influenciado por las condiciones materiales de la vida, las expectativas previas a la migración y los procesos de adaptación al nuevo contexto. La estabilización en la percepción de la salud no siempre refleja una mejora objetiva, sino que supone más bien una adaptación simbólica frente a situaciones de mayor estabilidad respecto al país de origen.

En tercer lugar, se concluye, con respecto a la cronicidad y a la discapacidad, que es detectada una preocupante naturalización del padecimiento y la enfermedad, acompañada de la escasez de acceso al sistema médico de tratamiento de la enfermedad. La salud mental, aunque siempre se encuentra presente en los relatos, muchas veces no se categoriza como problema de salud, lo cual subraya la necesidad de implementación de enfoques interculturales que partan del modelo de coordinación sociosanitaria entre el sistema médico y los servicios sociales como visión más sensible a los contextos migratorios.

Finalmente decir que la satisfacción con la salud se construye desde una mirada integral que contempla elementos físicos, emocionales y sociales; que la autonomía y la funcionalidad son factores centrales en la valoración del propio bienestar y que, por tanto, invita a repensar y cuestionar las categorías biomédicas radiocanales a favor de los modelos holísticos de la salud dados por parte de profesiones como el trabajo social.

Referencias

- Aguedelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C., García, A.M., Ruíz-Frutos, C., Felt, E., y Benavidez, F.G. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, (11), 652. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-652>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2024, septiembre 3). *Las llegadas a Italia por el Mediterráneo central aumentaron un 7% en agosto* [Comunicado de prensa]. <https://www.acnur.org/es-es/noticias/comunicados-de-prensa/acnur-llegadas-italia-por-el-mediterraneo-central-aumentaron>
- Armijos-Orellana, A.C., Maldonado-Matute, J.M., González-Calle, M.J., y Guerrero-Maxi, P.F. (2022). Los motivos de la migración. Una breve revisión bibliográfica. *Universitas-XXI. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, (37), 223-246. <https://doi.org/10.17163/uni.n37.2022.09>
- Asprilla-Córdoba, K.L., Montenegro-Martínez, G., y Segura-Cardona, A.M. (2022). Autopercepción del estado de salud y factores asociados de afrocolombianos migrantes del Chocó a Medellín, Colombia. *Duazary*, 19(3), 161-172. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4831>
- Bartoli, C. (2010). Introduzione. Peculiarità dell'immigrazione in Sicilia [Introduction. Peculiarity of immigration in Sicily.]. In C. Bartoli, *Asilo/Esilio. Donne migranti e richiedenti asilo in Sicilia* (pp. 7-31) Due Punti Edizioni. <https://hdl.handle.net/10447/44744>
- Băltătescu, S. (2007). Central and Eastern Europeans Migrants' Subjective Quality of Life. A Comparative Study *Journal of Identity and Migration Studies*, 1(2), 67-81.
- Blanco, P. (2022). Subjetividades migrantes: entre la necropolítica y la resistencia. Experiencias desde la Ruta del Mediterráneo Central. *Claroscuro, Revista del Centro de Estudios sobre Diversidad Cultural*, (21), 1-27. <https://doi.org/10.35305/cl.vi21.112>

- Cabieses, B., Bernal, M., y McIntyre, A.M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. <http://hdl.handle.net/11447/1461>
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., y Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Esan Ediciones. <https://hdl.handle.net/20.500.12640/1215>
- Castles, S. (2010). Migración Irregular: Causas, Tipos y Dimensiones Regionales. *Migración y Desarrollo*, 7(15), 49-80.
- Comisión Europea. (2024, mayo 28). *Estadísticas sobre Migración en Europa*. https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/statistics-migration-europe_en?prefLang=es&etrans=es
- Comelles, J.M., y Bernal, M. (2007). El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanitas: Humanidades Médica*, (13), 1-25.
- D'Angelo, A. (2019). Italy: the 'illegality factory'? Theory and practice of refugees' reception in Sicily. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(12), 2213-2226. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2018.1468361>
- Díaz, E., Huete, A., Huete, M.A., y Jiménez, A. (2008). *Las personas inmigrantes con discapacidad en España*. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Subdirección General de Información.
- Díaz, R.M., de la Fuente, Y.M., y Muñoz, R. (2019). Migraciones y diversidad funcional. La realidad invisible de las mujeres. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*, 6(1), 61-82. <http://dx.doi.org/10.15648/Coll.1.2019.5>
- Euronews. (2018, noviembre 21). *Palermo apuesta por una cultura moderna de acogida*. Euronews. <https://es.euronews.com/2018/11/21/palermo-apuesta-por-una-cultura-moderna-de-acogida>
- Eurostat. (2024). *Migration and asylum in Europe – 2024 edition*. European Union. <https://doi.org/10.2785/43971>
- Filmer, D., & Federici, F. (2018). Mediating migration crises : Sicily and the languages of despair. *European Journal of Language Policy*, 10(2), 229-253. <https://doi.org/10.3828/ejlp.2018.13>

- García-Sánchez, A.G. (2018). Revisión crítica de las principales teorías que tratan de explicar la migración. *RIEM. Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 7(4), 198-228. <https://doi.org/10.25115/riem.v7i4.1963>
- González, S. (2022). *Estrés por aculturación y salud mental en migrantes en Latinoamericanos una revisión del estado del arte del 2010-2021* [Trabajo de Grado, Universidad Católica de Pereira]. <http://hdl.handle.net/10785/12065>
- Guillén, E., de Lucas, F., Pérez, D., y Arias, A. (2001). Servicios sociales e inmigración: límites y retos para una nueva política social. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, (9), 211-239.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. P. (2020). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331-341. <https://doi.org/10.5093/in2012a29>
- Jiménez, C., y Tprin, V. (2023) *Pensar las migraciones contemporáneas. Categorías críticas para su abordaje*. Universidad Nacional del Comahue. <http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/17045>
- Lacomba, J. (1998). Migraciones y Trabajo Social Intercultural: propuestas teóricas y metodológicas. *Servicios sociales y política social*, (44), 33-54. <https://www.serviciosocialesypoliticassocial.com/migraciones-y-trabajo-social-intercultural-propuestas-teoricas-y-metodologicas>
- León, A.M. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones. *Trabajo social*, (7), 59-76. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8476/9120>
- Lindlof, T.R., & Taylor, B.C. (2017). *Qualitative Communication Research Methods*. Sage.
- Llop-Gironés, A., Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M.B., y Vázquez, M.L. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 715-734. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>

- Loizate, J.A. (2006). Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (19), 59-85. <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/3083>
- Malmusi, D., y Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 687-701. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600003>
- Ministero Dell' Interno. (2025). *Sbarchi e accoglienza dei migranti: tutti i dati [Landings and reception of migrants: all the data]*. <https://www.interno.gov.it/it/stampa-e-comunicazione/dati-e-statistiche/sbarchi-e-accoglienza-dei-migranti-tutti-i-dati>
- Muñoz, J. (2019). *Las variaciones en el flujo migratorio en el Mediterráneo Central y Oriental y su efecto en el Mediterráneo Occidental*. XIX CEMFAS.
- Norredam, M., Nielsen, S.S., & Krasnik, A. (2009). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—A systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5), 555-563. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp195>
- O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A., & Cook, D.A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2012, marzo 13). *La OIM lanza proyecto de integración de migrantes en Sicilia* [Comunicado global]. <https://www.iom.int/es/news/la-oim-lanza-proyecto-de-integracion-de-migrantes-en-sicilia>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2023a). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. OIM. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2023b). *Proyecto Migrantes Desaparecidos*. OIM. <https://missingmigrants.iom.int/es/region/el-mediterraneo>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2024). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024*. OIM. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024>

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Piñones-Rivera, C., Liberona-Concha, N., y Leiva-Gómez, S. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30(1), 200310. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200310>

Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Regions* [Health Evidence Networks Synthesis Report, nº 47]. WHO Regional Office for Europe.

Retortillo, Á., Ovejero, A., Cruz, F.R., Arias, B., y Lucas, S. (2006). Inmigración y modelos de integración: entre la asimilación y el multiculturalismo. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, (7), 123-139. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/11345>

Román-López, P., Palanca-Cruz, M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., y Algarte-López, A. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante: Communication barriers in health to immigrants. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6(2), 204-212. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2939>

Rovira, L. (2008). The relationship between language and identity. The use of the home language as a human right of the immigrant. *REHMU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 16(31), 63-81. <https://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/94>

Saija, M. (2006). *Breve manuale di Storia dell'emigrazione Siciliana [Short manual on the history of Sicilian emigration.]*. Emigrazione Regione Siciliana. <https://hdl.handle.net/10447/64746>

Schensul, J.J., & LeCompte, M.D. (2012). *Essential Ethnographic Methods : A Mixed Methods Approach*. AltaMira Press.

Sicilia in Europa (2022). *Storia dell'emigrazione siciliana [History of Sicilian emigration]*. <http://www.siciliaineuropa.eu/cultura/storia-dell-emigrazione-siciliana/>

Van der Boor, C.F., Amos, R., Nevitt, S., Dowrick, C., & White, R.G. (2020). Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Conflict and Health*, (14), 48.

<https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-020-00292-y>

Vázquez, O. (2002). Trabajo social y competencia intercultural. *Portularia*, 2, 125-138.

<http://hdl.handle.net/10272/140>

World Health Organization, Regional Office for Europe. (2018). *European health report 2018: more than numbers—evidence for all*. WHO Regional Office for Europe.

<https://iris.who.int/handle/10665/279904>