

Evaluación de la intervención “Cuerpo-Dolor: malestar y somatización en mujeres migradas” 2023-2025

Responsables de la investigación: Kainat Iqbal, Rosa Cardús Juvé, Maria Jiménez Azaustre (Associació Retorna)

Análisis de datos e informe ejecutivo: Eva Izquierdo Sotorrío, Enrique Bonilla Algovia, Irene Caro Cañizares (Universidad a Distancia de Madrid)

Junio 2025

ret  rna SALUT
PSICO-EMOCIONAL
COMUNITARIA

udima

ÍNDICE

1. Introducción a la investigación
 - 1.1. El proyecto Cuerpo-Dolor
 - 1.2. Marco teórico: Interseccionalidad
 - 1.3. Intervenciones psicoterapéuticas aplicadas en el proyecto y evidencia científica de eficacia asociada (IV)
 - 1.4. Objetivos e hipótesis de la investigación
2. Método
 - 2.1. Derivación y selección de las participantes
 - 2.2. Diseño e Instrumentos
 - 2.3. Procedimientos
 - 2.4. Análisis de resultados
3. Resultados
 - 3.1. Análisis descriptivos
 - 3.2. Análisis de los efectos de la intervención a nivel grupal
 - 3.3. Análisis de los efectos de la intervención en función de variables sociodemográficas
4. Discusión
 - 4.1. Hipótesis 1: La percepción general de salud de las mujeres mejora tras participar en el programa
 - 4.2. Hipótesis 2: El bienestar subjetivo de las mujeres mejora tras participar en el programa
 - 4.3. Hipótesis 3: Se reduce la sintomatología referida a salud mental de las mujeres tras participar en el programa
 - 4.4. Hipótesis 4: El funcionamiento general de las mujeres mejora tras participar en el programa
 - 4.5. Hipótesis 5: Disminuyen la ideación suicida y las autolesiones en las mujeres tras participar en el programa
 - 4.6. Hipótesis 6: Aumenta la percepción de energía disponible para la vida cotidiana de las mujeres tras participar en el programa
 - 4.7. Comparación medidas de salud y energía pretest y postest en función de variables de vulnerabilidad
5. Limitaciones y futuras investigaciones
6. Conclusiones y resumen de los principales resultados
7. Referencias

1/ Introducción a la investigación

1.1.El proyecto Cuerpo Dolor

La Asociación Retorna desarrolla en Barcelona desde 2018 el programa CUERPO DOLOR, un dispositivo psicoterapéutico que atiende a **mujeres migradas que refieren malestar psicológico y somatizaciones corporales**

El programa se sitúa en el paradigma de la **Terapia Humanista-Existencial (THE)** y se aplican técnicas de **Análisis-Bioenergético y de Biodanza**. La intervención es grupal y se complementa con sesiones individuales.

La **perspectiva intercultural** y la **perspectiva de género** son aplicadas transversalmente en el diagnóstico de necesidades, diseño, atención y evaluación.

La **Tasa de Adherencia al tratamiento** es del 86%, evidenciando una alta participación en el dispositivo gracias a las especificidades interculturales y feministas de todo el proyecto, muy por debajo del índice de no adherencia (abandono) en procesos terapéuticos que está establecido en torno al 30-40%

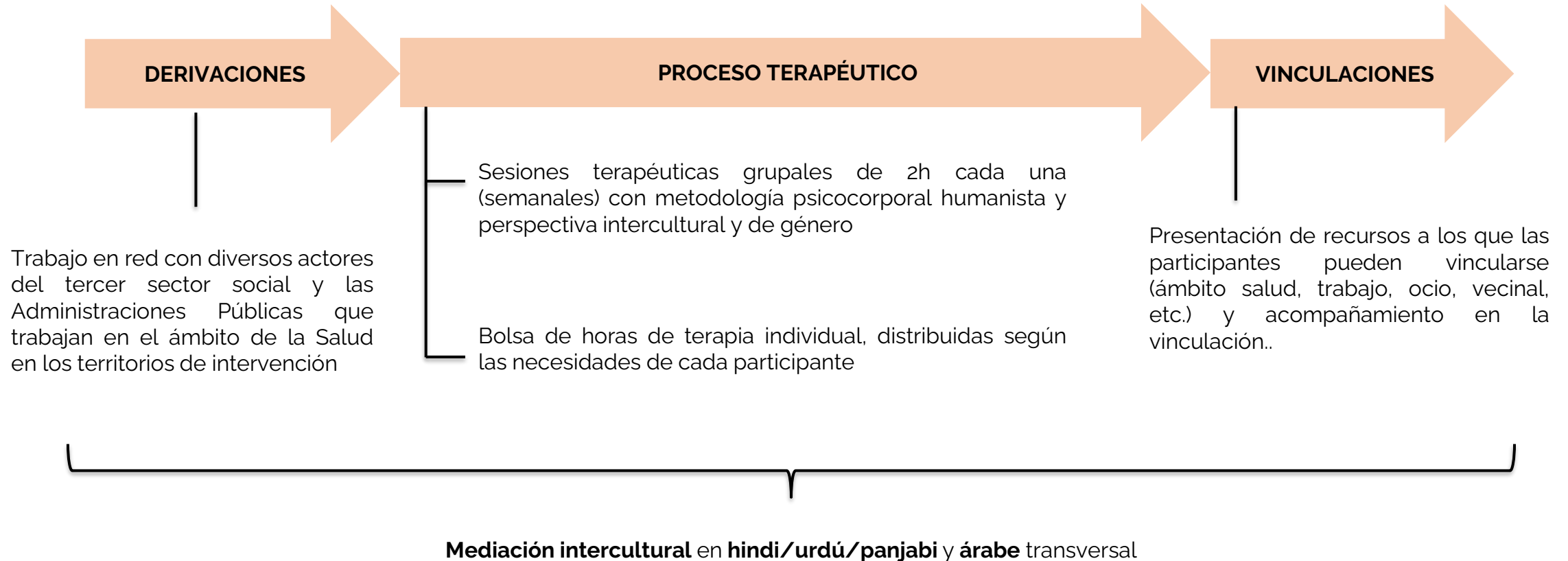
Cofinanciado por la Administración (Generalitat de Catalunya, Ajuntament de Barcelona, Pla de Barris)

Objetivos del programa:

OG: Mejorar la salud de las mujeres migradas que refieren malestar y somatización

- **OE1:** Generar procesos de **autonomía con la propia salud**, reconociendo y experimentando la agencia en el propio bienestar
- **OE2:** Promover la adquisición de **nuevos hábitos de salud física, mental y emocional**; técnicas de respiración y relajación, de autoconciencia corporal y emocional y de movimiento y contacto como vías de promoción de la salud
- **OE3:** **Reducir el impacto psicofísico provocado por la migración y las situaciones de discriminación** vividas en la sociedad de acogida
- **OE4:** **Reducir el aislamiento social** generando redes y relaciones de confianza que aumenten el sentimiento de pertenencia

1.1.1. Estructura del programa Cuerpo Dolor



1.2.Marco teórico: Interseccionalidad

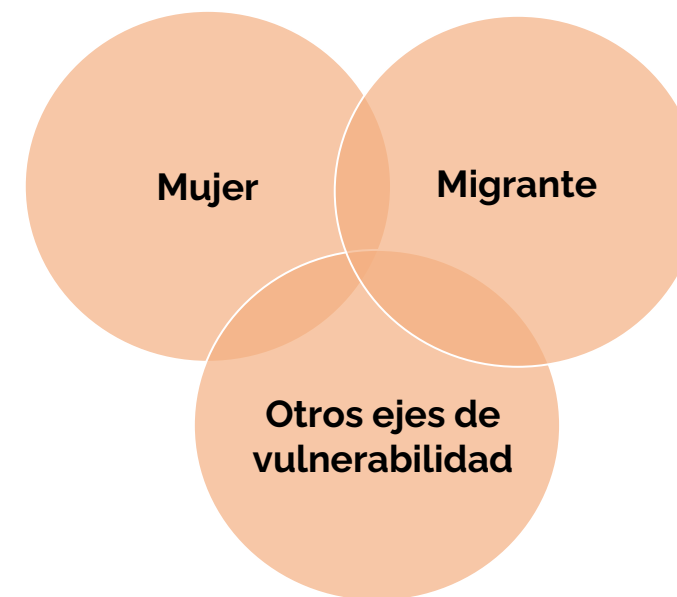
La Interseccionalidad es un marco conceptual que permite observar distintos ejes de vulnerabilidad que se cruzan en una persona en un momento y contexto concreto (Rodó-Zárate, 2021)

Se trata de una herramienta de interpretación de la realidad social para analizar cómo las personas estamos condicionadas por ejes de privilegio y opresión como son la clase social, la etnia, el género, la diversidad funcional o la edad, entre otros. Estos ejes determinan la posición social que encarnamos en relación con el acceso a derechos de ciudadanía y bienestar social, o, por el contrario, en la vivencia de situaciones de exclusión y violencias estructurales.

Situar la mirada desde una visión interseccional nos permite realizar un abordaje más complejo y realista sobre el modo en que entendemos el malestar y la salud mental, ya que pertenecer a un grupo que recibe discriminaciones estructurales supone más riesgo de sufrir malestar psicoemocional.

Factores de riesgo psicosocial asociados habitualmente al perfil de mujeres atendidas en Cuerpo Dolor:

Tipo de migración, Acontecimientos Vitales Estresantes
Precariedad laboral o de vivienda
Estatus legal
Racismo
Falta de apoyo social
Estrés aculturativo
Estrés por duelos migratorios

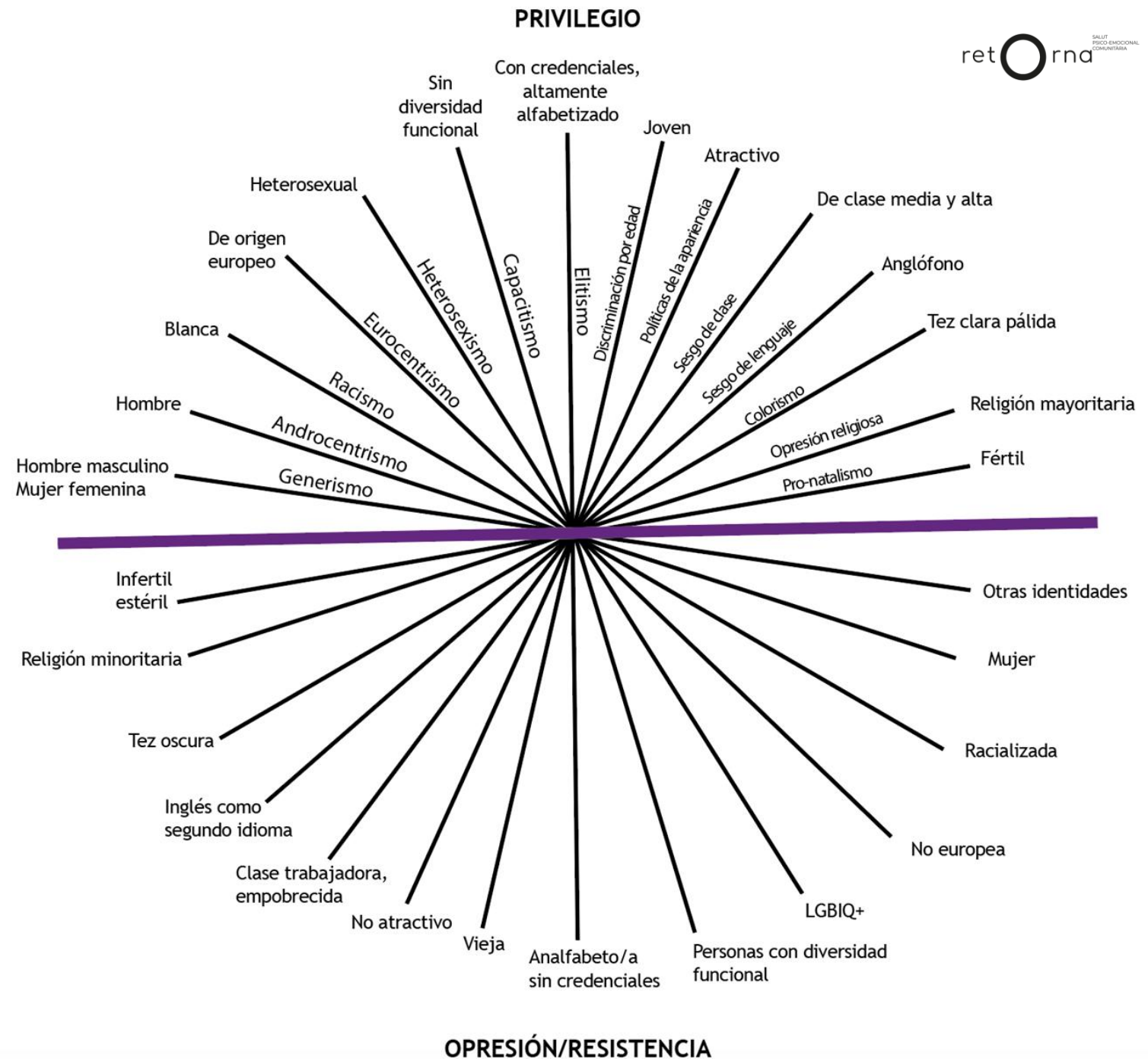


Mayores problemas de salud mental

- Mayor prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT)
 - Afectaciones en la funcionalidad
- Mayor prescripción de psicofármacos

1.2.Marco teórico: Interseccionalidad (II)

Ejes de desigualdad de acuerdo al marco de Interseccionalidad propuesto por Patricia Hill Collins



1.3. Intervenciones psicoterapéuticas aplicadas en el proyecto y evidencia científica de eficacia asociada (I)

La presente investigación analiza la eficacia del proyecto "Cuerpo-Dolor: malestar y somatización en mujeres migradas" (CD). Se trata de una intervención psicoterapéutica grupal de corte **humanista-existencial**, que combina técnicas cognitivas, con técnicas corporales del **Análisis-Bioenergético** y la **Biodanza** y utiliza el grupo como entorno social restaurador del duelo migratorio.

Terapia Humanista-Existencial

La terapia humanista-existencial (THE) nace de la integración de la tradición fenomenológica-existencial de origen europeo y de la psicología humanista de origen norteamericano (Tobías y García Valdecasas, 2009). Este paradigma propone, una concepción integral del ser humano, una intervención de corte vivencial, el uso del vínculo terapéutico como factor reparador y la potenciación de la persona como agente de su propia vida (Elliott et al., 2013; Jonquera y Arroyo, 2006). A pesar de que la THE no se ha sometido a pruebas de evidencia científica con la frecuencia de otros modelos psicoterapéuticos (Moriani y Gálvez-Lara, 2020), existen evidencias de su eficacia y utilidad (Angus et al., 2015; Elliot et al., 2021; Schneider y Krug, 2020). Se han encontrado resultados positivos en el tratamiento de la depresión (Barkham et al., 2020; Mullings, 2017; Saxon et al., 2017) y en la depresión postparto (Morell et al., 2009), en la ansiedad (Brenes et al., 2015; Timulak et al., 2010), en el TEPT y abuso sexual infantil (Butollo et al., 2016; Foa et al., 2013; Paivio et al., 2010) y en el afrontamiento de problemas médicos comórbidos (Elliott et al., 2021; Mullings 2017).

1.3. Intervenciones psicoterapéuticas aplicadas en el proyecto y evidencia científica de eficacia asociada (II)

Biodanza

La Biodanza (Toro, 1995) se integra dentro de la Psicoterapia Corporal como un procedimiento psicoterapéutico basado en la unidad cuerpo-mente (Röhricht, 2009). Este modelo se centra en la promoción de la salud mediante la expresión emocional y el desarrollo personal y espiritual, con el uso de la música, el movimiento y la vivencia individual y grupal. Estas experiencias actúan aumentando la vitalidad, disminuyendo el estrés, facilitando el equilibrio emocional y el fortalecimiento de la autoestima (Stück et al. 2009).

Diversos estudios sugieren una relación positiva entre la Biodanza y la salud en distintas poblaciones estudiadas (Pretty et al., 2019; Quevedo et al., 2021). En mujeres que padecen fibromialgia se han observado mejoras en el dolor y el impacto de la enfermedad (Carbonell-Baeza et al., 2010; Segura-Jiménez et al., 2017); en personas adultas y jóvenes se ha concluido un efecto positivo en el estrés y la depresión percibidos (López-Rodríguez et al., 2017; Stueck y Tofts, 2016) y en personas adultas mayores, una reducción de los estados depresivos (Chicchi y Fernández, 2016). También se ha encontrado un efecto positivo entre la Biodanza y la inteligencia emocional percibida en mujeres (Abad et al., 2014).

Análisis Bioenergético

El Análisis-Bioenergético, también considerado un tipo de Psicoterapia Corporal (Röhricht, 2009), integra el trabajo analítico, corporal y relacional con el objetivo de eliminar los bloqueos defensivos, corporales y emocionales de la persona, promoviendo cambios en las dinámicas individuales y relacionales (Lowen, 1958; 1977).

Ha demostrado evidencia en la mejora en la calidad de vida de los pacientes (Ventling y Gerhard, 2000), en los síntomas de somatización, depresión, ansiedad y hostilidad en pacientes con trastornos somatomorfos crónicos (Nickel et al. 2006), en trastornos de la personalidad, trastornos afectivos y ansiedad generalizada (Ventling et al., 2006) y en el estrés en población sana (Zoni, 2017).

1.4. Objetivos e hipótesis de la investigación

Objetivo General: Evaluar la eficacia del proyecto Cuerpo-Dolor en la mejora de la salud de las mujeres

Objetivos Específicos	Hipótesis asociadas
1. Evaluar si el proyecto mejora la percepción general de salud	H1: La percepción general de salud de las mujeres mejorará tras participar en el programa
2. Evaluar si el proyecto mejora el bienestar subjetivo	H2: El bienestar subjetivo de las mujeres participantes mejorará tras participar en el programa
3. Evaluar si el proyecto disminuye la gravedad de los síntomas de salud mental	H3: La sintomatología referida a problemas de salud mental de las mujeres participantes disminuirá tras participar en el programa
4. Evaluar si el proyecto mejora el funcionamiento general (que incluye el funcionamiento cotidiano y el apoyo percibido)	H4: El funcionamiento general de las mujeres mejorará tras participar en el programa
5. Evaluar si el proyecto disminuye el riesgo de ideación suicida y autolesiones	H5: El riesgo de ideación suicida y autolesiones en las mujeres participantes disminuirán tras participar en el programa
6. Evaluar si el proyecto incrementa la percepción de energía disponible	H6: La percepción de energía disponible de las mujeres aumentará tras participar en el programa

2/ Método

2.1. Derivación y selección de las participantes

Derivación a través de recursos públicos y recursos privados: **Difusión intercultural + Grupo Motor***

** El Grupo Motor está formado por diferentes agentes del Ayuntamiento de Barcelona: Pla de Barris, Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), Área de Interculturalidad, referente sectorial de Feminismos y LGTBIQ, referente sectorial de Salud, Puntos de Información y Atención a la Mujer, Entidades de Acción Comunitaria de los barrios de Intervención*

Selección a cargo del equipo de intervención de la Asociación Retorna

Criterios de inclusión

- Ser mujer migrante
- Disponer de competencia en las lenguas vehiculares de la intervención (castellano, urdu o árabe)
- Referir síntomas de malestar físico, con afectación en la funcionalidad, síntomas de depresión, ansiedad, dificultades con el sueño y/o aislamiento social.

Criterios de exclusión

- Gravedad de los síntomas excede el abordaje grupal comunitario
- No disponer de competencia en las lenguas de la intervención

Muestra final de 87 mujeres (edad: M = 45.47, Dt= 10.30)*

2.2.Diseño e instrumentos (I)

Diseño cuantitativo, prospectivo de medidas repetidas pre y post intervención

Variable independiente: <ul style="list-style-type: none">• Programa de intervención	Instrumentos
Variables dependientes: <ul style="list-style-type: none">• Percepción de energía disponible• Percepción de salud (bienestar, síntomas de salud mental, funcionamiento general, riesgo ideación suicida y autolesiones)	<ul style="list-style-type: none">• Termómetro energía disponible (1-10)• CORE-OM (Evans et al., 2000) adaptación española (Feixas et al., 2012) <i>Estado general, Bienestar subjetivo, Síntomas, Funcionamiento General, Riesgo</i>
Otras variables de interés <ul style="list-style-type: none">• sociodemográficas, migratorias, AVE	<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario sociodemográfico elaborado <i>ad hoc</i>

2.2.Diseño e instrumentos (II)

CORE-OM

Es una herramienta de investigación especialmente diseñada para recoger indicadores de malestar psicológico en los sujetos de estudio, tanto en estadio pre-tratamiento como post-tratamiento, con la finalidad de establecer relaciones comparativas y esclarecer la eficacia de las metodologías terapéuticas aplicadas. Se trata de una herramienta de investigación muy extendida en contextos de atención primaria y secundaria, como medida de respuesta ante síntomas, funcionamiento de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, en la evaluación del riesgo de suicidio de pacientes, o en la implementación de terapias cognitivo-conductuales.

Establece una puntuación general para valorar la **percepción general subjetiva de salud**, evaluando 4 áreas:

- **Bienestar subjetivo (W)**: autopercepción de malestar psicológico
- **Problemas/síntomas (P)**: ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos.
- **Funcionamiento general (F)**: relaciones íntimas, sociales y otros aspectos que afectan a la funcionalidad cotidiana
- **Riesgo (R)**: indicadores clínicos de ideación suicida, autolesiones o intentos de agresión a terceros

2.3.Procedimiento

- Se han respetado requisitos éticos y deontológicos ejecutando consentimientos informados.
- La recogida de datos se ha realizado de enero de 2022 a febrero de 2026.

	Pretest	Posttest
Grupo Experimental	-Cuestionario de variables sociodemográficas, migratorias y de AVE -Percepción de energía disponible -CORE-OM	-Percepción de energía disponible -CORE-OM

2.4.Análisis de datos

- Paquete estadístico SPSS-24
- Análisis de frecuencias
- *T* de Student

3. Resultados

Índice de resultados

3.1. Análisis descriptivos

- 3.1.a. Estudio de variables sociodemográficas
- 3.1.b. Estudio de variables migratorias
- 3.1.c. Estudio de variables psicológicas

3.2. Análisis de los efectos de la intervención a nivel grupal

- 3.2.a. Comparación pre-post intervención en las variables de salud recogidas con CORE-OM
- 3.2.b. Comparación pre-post intervención en la percepción subjetiva de energía recogida con el "termómetro"

3.3. Análisis de los efectos de la intervención en función de variables de vulnerabilidad

- 3.3.a. Comparación pre-post intervención en la medida total de salud recogida con CORE-OM en función de las variables sociodemográficas
- 3.3.b. Comparación pre-post intervención en las medidas de salud recogidas con CORE-OM en función de las variables sociodemográficas.
- 3.3.c. Comparación pre-post intervención en la medida total de salud recogidas con CORE-OM en función de los acontecimientos vitales adversos
- 3.3.d. Comparación pre-post intervención en las medidas de salud recogidas con CORE-OM en función de los acontecimientos vitales adversos

3.1. Análisis descriptivos

3.1.a. Estudio de variables sociodemográficas

Muestra total

87 mujeres con una edad media de 45.47 años (DT = 10.30)

Distribución por edad:

24-40 años: 34.5%

41-53 años: 52.5%

54-69 años: 23%

Estado civil:

23% soltera

39.1% casada o en pareja

34.5% separada/divorciada

3.4% viuda

Nivel de estudios

Sin estudios: 24.1%

Estudios preuniversitarios obligatorios: 20.7%,

Estudios preuniversitarios no obligatorios: 19.5%

Estudios universitarios: 34.5%

*El 74.7% no tiene los estudios homologados

Precariedad en la vivienda

El 48.3% no tiene acceso a una vivienda digna

Situación laboral

Trabaja: 10.3%,

Incapacidad temporal: 9.1%,

Trabaja sin contrato legal: 12.6%

Recibe subsidio administración: 14.9%

Recibe subsidio organización: 1.1%

Trabajo en cuidados no remunerados: 33.3%

Estudiante: 3.4%

Incapacidad permanente: 12.6%

Otra situación: 1.1%

Ingresos

Con ingresos: 23%

Recibe subsidio: 28.7%

Sin ingresos: 47.1%

Dependencia

El 70.1% se encarga de los cuidados de personas dependientes a su cargo, que se divide en:

Cuidado de menores de tres años: 2.3%

Cuidado de menores entre 3 y 15 años: 47.1%

Cuidado de personas mayores dependientes: 9.2%

Cuidado de personas con discapacidad: 3.4%

Cuidado de hijos dependientes económicamente: 2.3%

Cuidado de personas a cargo en otras situaciones: 5.7%

3.1.b. Estudio de variables migratorias

País de nacimiento

Argelia: 2.3%
Argentina: 4.6%
Bangladesh: 3.4%
Bolivia: 3.4%
Chile: 1.1%
Colombia: 4.6%
Ecuador: 2.3%
Filipinas: 1.1%
India: 2.3%
Indonesia: 1.1%
Marruecos: 20.7%
Paquistán: 6.9%
Perú: 6.9%
Polonia: 1.1%
Portugal: 1.1%
Rumania: 1.1%
Rusia: 1.1%
Serbia: 1.1%
Uruguay: 1.1%
Venezuela: 1.1%

* Hay un 31% de datos perdidos que no se indica

El 27.6% ha migrado más de una vez.

Situación legal-administrativa

Regularizada: 78.2%
Irregular: 20.7%

Acogimiento

La media de meses de acogida es 132.52 (DT = 115.72), distribuido en:
De 0-24 meses de acogida: 27.1%
De 25-60 meses de acogida: 16.5%
De 61-180 meses de acogida: 21.2%
Más de 180 meses de acogida: 35.3%

Religión/Espiritualidad

Ateísmo: 10.3%
Cristianismo: 26.4%
Hinduismo: 2.3%
Islamismo: 47.7%
Espiritualidad sin religión: 12.6%

3.1.c. Estudio de variables psicológicas

Seguimiento psicológico

El 41.4% se encuentra en seguimiento psicológico/psiquiátrico

Acontecimientos vitales estresantes (sucesos vitales adversos)

Duelo pasado: 79.3%

Duelo activo: 59.8%

Experiencias de violencia pasado: 75.9%

Experiencias de violencia activas: 64.4%

Abuso sexual pasado: 43.7%

Abuso sexual activo: 34.5%

Dificultades reproductivas pasado: 47.1%

Dificultades reproductivas activas: 27.6%

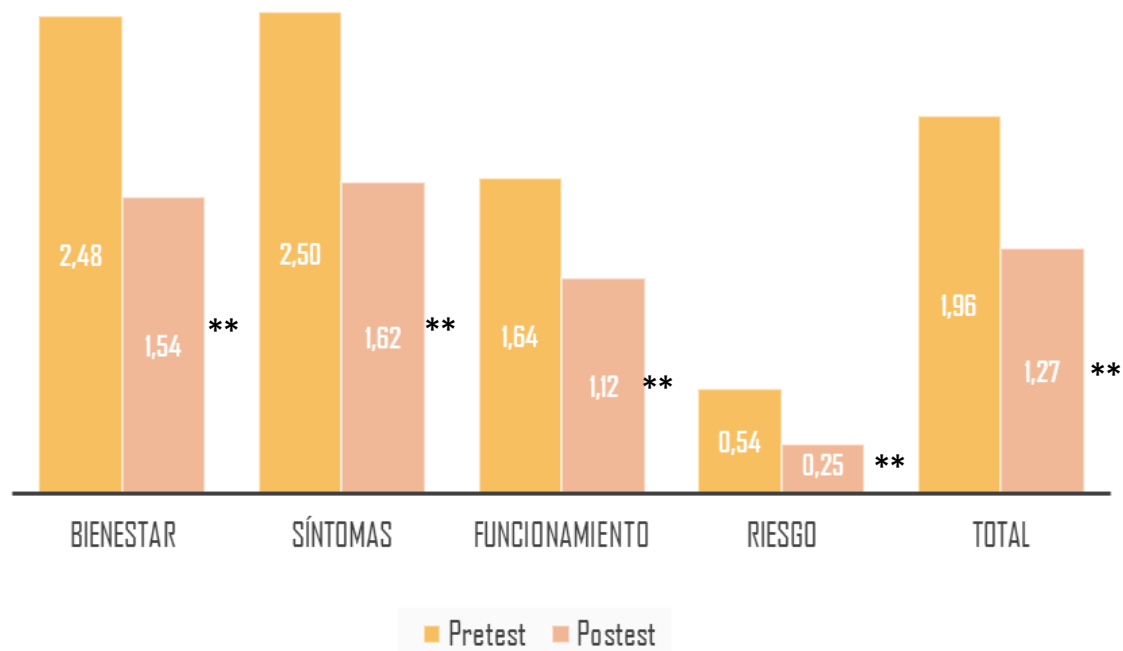
3.2. Análisis de los efectos de la intervención a nivel grupal

3.2.a. Comparación pre-post intervención en las variables de salud recogidas con CORE-OM (I)

Hallazgo: La comparación de medidas de salud (CORE-OM) pretest y postest (t Student) muestra diferencias significativas en todas las variables

Figura 1

Diferencias significativas en las medidas de salud entre pretest y postest



**** Se observan diferencias significativas:**

- aumento del bienestar* (t = 9.01, p = 0.000)
- reducción de los síntomas de salud mental (t = 9.34, p = 0.000)
- mejora del funcionamiento* (t = 6.43, p = 0.000)
- reducción de conductas de riesgo - ideación suicida y autolesiones- (t = 3.92, p = 0.000)
- mejora general de la percepción general de salud las participantes (t = 9.08, p = 0.000)

*El Bienestar y el Funcionamiento se miden en términos negativos; por tanto, **a menor puntuación, menor malestar y mayor bienestar.**

3.2.a. Comparación pre-post intervención en las variables de salud recogidas con CORE-OM (II)

Interpretación del hallazgo:

La comparación de los niveles de bienestar, sintomatología ansioso-depresiva, funcionamiento diario, riesgo suicida y salud total, evaluados con el CORE-OM y sus subescalas, mostró un descenso significativo en las puntuaciones medias del grupo.

La prueba t de student para muestras relacionadas indicó que los valores postest fueron significativamente menores que los pretest, lo que sugiere que la intervención tuvo un efecto positivo en el aumento* del bienestar y del funcionamiento, y en la disminución de sintomatología ansioso-depresiva y riesgo suicida.

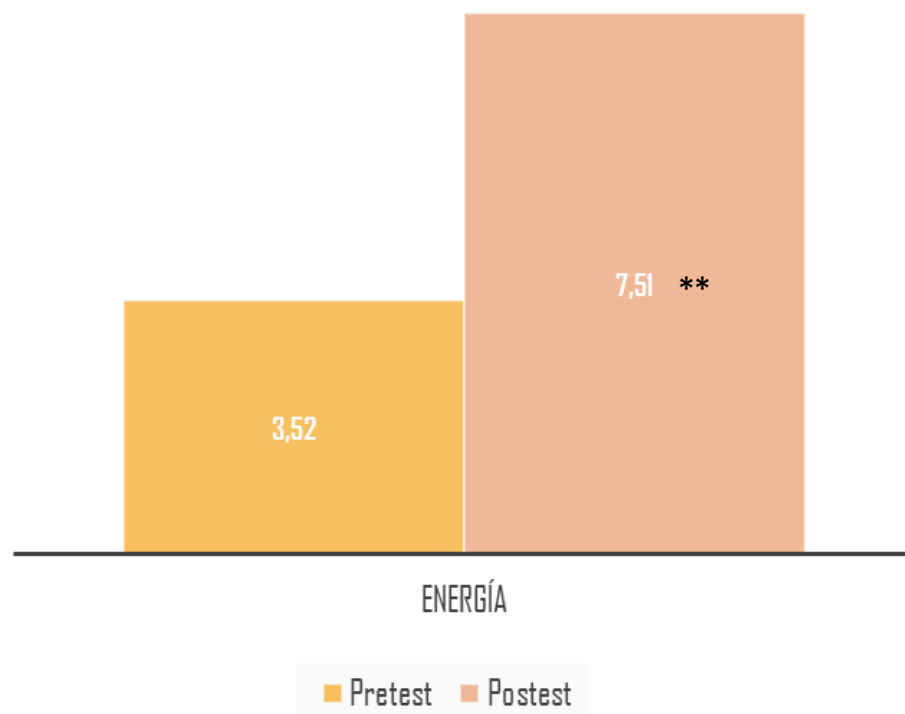
*El Bienestar y el Funcionamiento se miden en términos negativos; por tanto, **a menor puntuación, menor malestar y mayor bienestar.**

3.2.b. Comparación pre-post intervención en la percepción subjetiva de energía recogida con el "termómetro" (I)

Hallazgo: La comparación de medidas de energía (termómetro) pretest y postest (t Student) muestra diferencias significativas.

Figura 2

Diferencias significativas en la medida de energía



**** Se observan diferencias significativas (t = -19.89, p = 0.000)**

Interpretación del hallazgo:

La comparación de los niveles de energía percibida antes y después de la intervención, medida mediante el "termómetro de energía", mostró un incremento significativo.

La prueba t de student para muestras relacionadas indicó que los valores postest fueron significativamente mayores que los pretest, lo que sugiere que la intervención tuvo un efecto positivo en el aumento de la energía percibida por las participantes.

3.2.b. Comparación pre-post intervención en las variables de salud recogidas con CORE-OM en función de las variables sociodemográficas (II)

Hallazgo: La comparación de medidas de salud general (CORE-OM) pretest y posttest (t Student) en función de variables sociodemográficas muestra diferencias significativas.

Tabla 1

Diferencias significativas en las medidas de salud entre pretest y posttest en función de variables sociodemográficas

	Pre Total M (DT)	Post Total M (DT)	Diferencia de medias (DT)	t	P
Situación legal-administrativa:					
Regular	2.02 (0.67)	1.27 (0.62)	0.74 (0.66)	9.29	0.000
Irregular	1.75 (0.58)	1.25 (0.52)	0.51 (.90)	2.37	0.030
Situación de la vivienda:					
Vivienda digna	1.78 (0.63)	1.24 (0.65)	0.54 (0.81)	4.37	0.000
Sin vivienda digna	2.15 (0.64)	1.30 (.55)	0.86 (0.57)	9.80	0.000
Seguimiento psicológico:					
Sí	2.10 (0.75)	1.33 (0.70)	0.76 (0.69)	6.60	0.000
No	1.85 (0.55)	1.22 (0.53)	0.63 (0.72)	5.99	0.000
Cuidado de personas:					
Con dependientes	1.93 (0.62)	1.26 (0.64)	0.67 (0.72)	7.23	0.000
Sin dependientes	2.04 (0.75)	1.28 (0.51)	0.76 (0.72)	5.24	0.000

Interpretación del hallazgo:

Se observan diferencias significativas en la puntuación global del CORE-OM en función de todas las variables, lo que sugiere que todas las mujeres, independientemente de su situación sociodemográfica, mejoran en la medida global del CORE-OM, por lo que se puede interpretar que se benefician del programa. Pero destaca:

- Mujeres en situación legal-administrativa regular, mujeres en seguimiento psicológico y mujeres que no tienen personas dependientes a cargo: se benefician más del programa (respecto a mujeres en situación legal-administrativa irregular, sin seguimiento psicológico y con personas dependientes a cargo)
- Mujeres en situación de infravivienda se benefician más del programa que mujeres con vivienda digna.

3.3. Análisis de los efectos de la intervención en función de variables de vulnerabilidad

3.3.a. Comparación pre-post intervención en la medida total de salud recogida con CORE-OM en función de las variables sociodemográficas ()

Si atendemos a los cambios pre-post intervención en cada una de las variables de salud recogidas con el CORE-OM (Bienestar subjetivo, Sintomatología ansioso-depresiva, Funcionamiento y Riesgo suicida) en función de las variables sociodemográficas cabe señalar (ver Tabla 2):

- **Respecto a la Edad:** las mujeres con edad comprendida entre los 41-53 años se benefician más del programa de intervención en la percepción de bienestar subjetivo, en la reducción de sintomatología ansioso-depresiva y en la mejora del funcionamiento. Sin embargo, las mujeres más jóvenes (edades comprendidas entre 24-40 años) son las que más se benefician del programa para el descenso del riesgo suicida. No obstante, independientemente del grupo de edad al que pertenezcan, todas las mujeres se benefician del programa.
- **Respecto a los ingresos:** las mujeres con algún tipo de ingreso (propio o a través de subsidio) se benefician más del programa en cuanto a mayor aumento de bienestar subjetivo, reducción de sintomatología ansioso-depresiva, aumento del funcionamiento y reducción de riesgo suicida, que las mujeres sin ingresos de ningún tipo.
- **Respecto a la situación legal-administrativa:** las mujeres en situación legal-administrativa regular se benefician más del programa en cuanto a que experimentan un mayor aumento de bienestar subjetivo, reducción de sintomatología ansioso-depresiva, aumento del funcionamiento y reducción de riesgo suicida, que las mujeres en situación legal-administrativa irregular.
- **Respecto a la situación de la vivienda:** Las mujeres sin vivienda digna se benefician más del programa en cuanto a experimentar un mayor aumento de bienestar subjetivo, reducción de sintomatología ansioso-depresiva, aumento del funcionamiento y reducción de riesgo suicida, que las mujeres con una vivienda digna.

3.3.b. Comparación pre-post intervención en las variables de salud recogidas con CORE-OM en función de las variables sociodemográficas (II)

- **Respecto al seguimiento psicológico**, las mujeres que se encuentran en seguimiento se benefician más del programa en cuanto a experimentar un mayor aumento de bienestar subjetivo, reducción de sintomatología ansioso-depresiva, aumento del funcionamiento y reducción de riesgo suicida, que las mujeres que no están en seguimiento.
- **Respecto a la migración**, las mujeres que han migrado más de una vez se benefician más del programa respecto a la reducción de sintomatología ansioso-depresiva, aumento del funcionamiento y reducción del riesgo suicida que aquellas que sólo han migrado en una ocasión. Sin embargo, estas últimas se benefician más del programa en cuanto a aumento de bienestar subjetivo.
- **Respecto a los meses de acogida**: Las mujeres que llevan más de 180 meses de acogida se benefician más del programa en cuanto a aumento de bienestar subjetivo, reducción de sintomatología ansioso-depresiva y aumento del funcionamiento. Las mujeres que llevan entre 25-60 meses de acogida son las que se benefician más del programa en cuanto a la reducción del riesgo suicida.
- **Respecto al cuidado de personas a cargo**, las mujeres que tienen personas dependientes a su cargo se benefician más del programa en cuanto a aumento de bienestar subjetivo. Mientras que las mujeres que no tienen personas a cargo se benefician más del programa en la reducción de sintomatología ansioso-depresiva, aumento del funcionamiento y reducción de riesgo suicida

3.3.b. Comparación pre-post intervención en las variables de salud recogidas con CORE-OM en función de las variables sociodemográficas

	Bienestar subjetivo			Problemas/síntomas			Funcionamiento			Riesgo			Total CORE-OM		
	Pre	Post	t	Pre	Post	t	Pre	Post	t	Pre	Post	t	Pre	Post	t
Edad															
24-40 años	2.44	1.48	6.20***	2.45	1.55	6.27***	1.65	1.10	4.22***	0.62	0.20	4.09***	2.01	1.25	6.27***
41-53 años	2.58	1.48	7.97***	2.56	1.57	7.49***	1.64	1.07	4.85***	0.48	0.17	2.64*	1.96	1.20	7.27***
54-69 años	2.36	1.73	2.15*	2.45	1.82	2.55*	1.63	1.24	1.91	0.52	0.46	0.37	1.89	1.42	2.37*
Ingresos															
Con ingresos	2.51	1.46	4.32***	2.53	1.53	4.80***	1.61	0.84	5.06***	0.71	0.11	5.54***	1.98	1.11	5.66***
Subsidios	2.80	1.53	6.79***	2.77	1.77	5.71***	1.96	1.31	3.44**	0.59	0.32	1.64	2.23	1.41	5.13***
Sin ingresos	2.25	1.52	5.23***	2.30	1.57	5.48***	1.46	1.13	3.32**	0.41	0.27	1.41	1.78	1.26	5.15***
Situación legal-administrativa:															
Regular	2.54	1.52	8.67***	2.55	1.61	10.19***	1.68	1.12	6.27***	0.58	0.24	3.94***	2.02	1.27	9.29***
Irregular	2.19	1.47	3.25**	2.25	1.64	2.12*	1.49	1.10	1.92	0.37	0.26	0.71	1.75	1.25	2.37*
Situación de la vivienda:															
Vivienda digna	2.36	1.44	5.50***	2.38	1.64	4.90***	1.45	1.14	2.62*	0.41	0.29	1.13	1.78	1.24	4.37***
Sin vivienda digna	2.59	1.58	8.03***	2.60	1.60	9.24***	1.84	1.09	7.18***	0.66	0.21	4.78***	2.15	1.30	9.80***
Seguimiento psicológico:															
Sí	2.62	1.56	6.90***	2.64	1.70	6.16***	1.75	1.14	4.68***	0.66	0.35	2.93**	2.10	1.33	6.60***
No	2.37	1.45	6.66***	2.39	1.57	4.42***	1.55	1.09	4.20***	0.42	0.18	2.38*	1.85	1.22	5.99***
Migrado más de una vez:															
Sí	2.40	1.48	5.74***	2.53	1.57	5.22***	1.78	1.13	3.67***	0.65	0.23	3.14**	2.02	1.25	5.32***
No	2.50	1.54	7.23***	2.47	1.65	7.37***	1.59	1.12	5.04***	0.50	0.26	2.64*	1.94	1.29	7.015***
Meses de acogida:															
0-24 meses	2.24	1.36	4.86***	2.21	1.57	3.06**	1.52	1.06	2.97**	0.51	0.24	1.98	1.79	1.20	3.58**
25-60 meses	2.20	1.79	1.68	2.44	1.78	3.18**	1.67	1.32	1.83	0.54	0.08	3.15**	1.91	1.42	3.04**
61-180 meses	2.39	1.57	3.07**	2.48	1.59	4.46***	1.50	1.08	1.98	0.35	0.27	0.45	1.89	1.26	3.20**
181 o más meses	2.83	1.47	8.75***	2.75	1.61	7.58***	1.78	1.09	5.33***	0.67	0.33	2.61*	2.16	1.26	7.81***
Cuidado de personas:															
Con dependientes	2.48	1.50	8.46***	2.43	1.60	7.34***	1.64	1.12	5.31***	0.50	0.30	2.19*	1.92	1.26	7.22***
Sin dependientes	2.44	1.52	4.04***	2.64	1.67	5.54***	1.66	1.09	3.47**	0.61	0.11	4.12***	2.04	1.28	5.24***

Tabla 2

Diferencias significativas en las medidas de las subescalas de salud de la prueba CORE-OM entre pretest y posttest en función de variables sociodemográficas

3.3.c. Comparación pre-post intervención en la medida total de salud recogida con CORE-OM en función de los acontecimientos vitales estresantes (AVE)

Hallazgo: La comparación de medidas de salud (CORE-OM) pretest y posttest (t Student) en función de AVE muestra diferencias significativas

Interpretación del hallazgo:

Se observan diferencias significativas en la puntuación global del CORE-OM en función de todas las variables, lo que sugiere que todas las mujeres, independientemente de los AVE que han vivido en el pasado o están experimentando en el presente, mejoran en la medida global del CORE-OM, por lo que se puede interpretar que se benefician del programa.

Además, destaca:

- Mujeres con historia pasada o actual de violencia y abuso sexual se benefician más del programa (frente a mujeres sin historia pasada o actual de violencia o abuso sexual).
- Mujeres sin historia de duelo se benefician más del programa que las mujeres con historia de duelo.
- Mujeres sin historia pasada de dificultades reproductivas y mujeres con dificultades reproductivas actuales se benefician más del programa.

Tabla 3

Diferencias significativas en las medidas de salud entre pretest y posttest en función de AVE

	Pre Total M (DT)	Post Total M (DT)	Diferencia de medias (DT)	t	P
Duelo (pasado):					
Sí - Duelo pasado	1.96 (0.67)	1.30 (0.64)	0.66 (0.76)	7.22	0.000
No - Duelo pasado	1.99 (0.61)	1.14 (0.37)	0.84 (0.52)	6.92	0.000
Duelo (activo):					
Sí - Duelo activo	2.05 (0.71)	1.35 (0.68)	0.70 (0.77)	6.59	0.000
No - Duelo activo	1.84 (0.59)	1.08 (0.42)	0.75 (0.64)	6.32	0.000
Experiencias violencia (pasado):					
Sí - Violencia pasado	1.97 (0.65)	1.22 (0.53)	0.75 (0.77)	7.95	0.000
No - Violencia pasado	1.94 (0.71)	1.45 (0.60)	0.50 (0.49)	4.57	0.000
Experiencias violencia (activo):					
Sí - Violencia activo	2.02 (0.66)	1.20 (0.56)	0.82 (0.75)	8.18	0.000
No - Violencia activo	1.87 (0.69)	1.48 (0.66)	0.39 (0.62)	3.22	0.004
Abuso sexual (pasado):					
Sí - Abuso pasado	2.05 (0.64)	1.22 (0.60)	0.83 (0.80)	6.40	0.000
No - Abuso pasado	1.90 (0.67)	1.31 (0.60)	0.59 (.63)	6.45	0.000
Abuso sexual (activo):					
Sí - Abuso activo	2.05 (.65)	1.23 (0.68)	0.81 (0.83)	5.36	0.000
No - Abuso activo	1.95 (0.69)	1.33 (0.56)	0.62 (0.67)	6.50	0.000
Dificultades reproductivas (pasado):					
Sí - Dificultades pasado	1.95 (0.65)	1.31 (0.66)	0.63 (0.82)	4.97	0.000
No - Dificultades pasado	1.98 (0.67)	1.23 (0.54)	0.75 (0.61)	8.32	0.000
Dificultades reproductivas (activo):					
Sí - Dificultades activo	2.14 (0.63)	1.36 (0.73)	0.78 (0.79)	4.83	0.000
No - Dificultades activo	1.86 (0.64)	1.22 (0.55)	0.63 (0.70)	6.86	0.000

3.3.d. Comparación pre-post intervención en las medidas de salud recogidas con CORE-OM en función de los acontecimientos vitales estresantes

Si atendemos a los cambios pre-post intervención en cada una de las variables de salud recogidas con el CORE-OM (Bienestar subjetivo, Sintomatología ansioso-depresiva, Funcionamiento y Riesgo suicida) en función de los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) cabe señalar (ver Tabla 4):

- **Mujeres sin historia de duelo pasado** se benefician más del programa, en cuanto a que experimentan mayor aumento de bienestar subjetivo, mayor reducción de síntomas ansioso-depresivos, mayor aumento del funcionamiento y mayor reducción de riesgo suicida, que las mujeres que tienen historia pasada de duelo. No obstante, ambos grupos se benefician del programa en todas las variables evaluadas.
- Respecto a estar atravesando una **situación de duelo activo**, las mujeres que no lo están viviendo en el momento de la intervención se benefician más respecto a que experimentan mayor bienestar subjetivo y mayor reducción de sintomatología ansioso-depresiva. Sin embargo, las mujeres que están atravesando un proceso de duelo activo durante la intervención se benefician más en cuanto a que experimentan mayor mejoría en su funcionamiento y mayor reducción de riesgo suicida.
- **Respecto a las experiencias de violencia** en el pasado o activas durante el momento de la intervención, las mujeres víctimas se benefician en mayor medida del programa en todas las variables de salud evaluadas que las mujeres que no están sufriendo o han sufrido experiencias de violencia.
- **Respecto al abuso sexual en el pasado**, las mujeres que refieren haberlo sufrido se benefician más del programa respecto a que muestran mayores cambios en todas las variables de salud que mujeres sin historia de abusos sexuales.
- **Respecto a abuso sexual en activo**, las mujeres que refieren estar sufriendolo de forma activa se benefician más del programa en todas las variables de salud, a excepción del riesgo suicida. El beneficio para la reducción del riesgo suicida es mayor en mujeres que no estén sufriendo abusos sexuales activos.
- **Respecto a las dificultades reproductivas**, mujeres que niegan haber tenido dificultades reproductivas en el pasado se benefician más del programa en todas las variables de salud evaluadas que aquellas que refieren haber tenido dificultades reproductivas. No obstante, ambos grupos mejoran con la intervención. Sin embargo, las mujeres que refieren estar experimentando dificultades reproductivas durante la intervención muestran mayores beneficios de ésta en todas las variables evaluadas a excepción del riesgo suicida. La reducción del riesgo suicida es mayor en mujeres sin dificultades reproductivas en activo.

3.3.d. Comparación pre-post intervención en las medidas de salud recogidas con CORE-OM en función de los acontecimientos vitales estresantes (III)

	Bienestar subjetivo			Problemas/síntomas			Funcionamiento			Riesgo			Total CORE-OM		
	Pre	Post	t	Pre	Post	t	Pre	Post	t	Pre	Post	t	Pre	Post	t
Duelo (pasado):															
Sí - Duelo pasado	2.46	1.57	7.22***	2.49	1.67	7.72***	1.65	1.14	5.17***	0.54	0.30	2.82**	1.96	1.30	7.22***
No - Duelo pasado	2.58	1.40	6.34***	2.52	1.42	5.56***	1.64	1.04	4.80***	0.53	0.07	3.65**	1.99	1.14	6.92***
Duelo (activo):															
Sí - Duelo activo	2.55	1.65	6.25***	2.61	1.75	6.99***	1.73	1.17	5.05***	0.67	0.35	2.96**	2.05	1.35	6.59***
No - Duelo activo	2.43	1.31	7.06***	2.38	1.39	6.08***	1.52	1.00	3.74***	0.36	0.09	3.08**	1.84	1.08	6.32***
Experiencias violencia (pasado):															
Sí - Violencia pasado	2.50	1.48	7.99***	2.52	1.58	8.07***	1.67	1.08	6.14***	0.54	0.25	3.12**	1.97	1.22	7.95***
No - Violencia pasado	2.45	1.73	4.02***	2.43	1.76	4.98***	1.52	1.27	1.84	0.55	0.26	3.38**	1.94	1.45	4.57***
Experiencias violencia (activo):															
Sí - Violencia activo	2.55	1.38	9.44***	2.57	1.54	8.68***	1.69	1.07	5.85***	0.56	0.22	3.36***	2.01	1.20	8.18***
No - Violencia activo	2.39	1.90	2.47*	2.39	1.89	3.06**	1.53	1.30	1.96	0.52	0.35	1.52	1.87	1.48	3.22**
Abuso sexual (pasado):															
Sí - Abuso pasado	2.59	1.45	6.53***	2.58	1.61	6.36***	1.78	1.04	5.21***	0.54	0.24	2.57*	2.05	1.22	6.40***
No - Abuso pasado	2.41	1.61	6.18***	2.43	1.63	6.69***	1.53	1.18	3.97***	0.54	0.27	2.80**	1.90	1.31	6.45***
Abuso sexual (activo):															
Sí - Abuso activo	2.53	1.51	5.40***	2.57	1.61	5.67***	1.79	1.05	4.61***	0.51	0.27	1.67	2.05	1.23	5.36***
No - Abuso activo	2.56	1.61	6.60***	2.50	1.70	6.40***	1.62	1.20	4.14***	0.60	0.26	3.60***	1.95	1.33	6.50***
Dificultades reproductivas (pasado):															
Sí - Dificultades pasado	2.47	1.64	5.07***	2.46	1.64	5.36***	1.59	1.16	3.35**	0.58	0.33	2.16*	1.95	1.31	4.97***
No - Dificultades pasado	2.49	1.45	7.80***	2.53	1.60	8.07***	1.70	1.08	5.87***	0.50	0.18	3.45***	1.98	1.23	8.32***
Dificultades reproductivas (activo):															
Sí - Dificultades activo	2.59	1.64	4.66***	2.62	1.62	5.39***	1.73	1.18	3.22**	0.62	0.33	1.90	2.14	1.36	4.83***
No - Dificultades activo	2.43	1.50	6.95***	2.43	1.62	6.80***	1.59	1.10	5.00***	0.46	0.21	2.89**	1.86	1.22	6.86***

Tabla 4

Diferencias significativas en las medidas de salud entre pretest y posttest en función de AVE

4/ Discusión

La comparación de medidas de salud y de energía disponible pretest y posttest muestra diferencias significativas para las 6 hipótesis:

Hipótesis 1: La percepción general de salud de las mujeres mejora tras participar en el programa

Hipótesis 2: El bienestar subjetivo de las mujeres mejora tras participar en el programa

Hipótesis 3: Se reduce la sintomatología referida a salud mental de las mujeres tras participar en el programa

Hipótesis 4: El funcionamiento general de las mujeres mejora tras participar en el programa

Hipótesis 5: Disminuyen la ideación suicida y las autolesiones en las mujeres tras participar en el programa

Hipótesis 6: Aumenta la percepción de energía disponible para la vida cotidiana de las mujeres tras participar en el programa

4.1. Hipótesis 1: La percepción general de salud de las mujeres mejora tras participar en el programa

La primera hipótesis que se planteaba se cumple al observarse una mejora, global y en todos los indicadores de salud evaluados con el CORE-OM, tras la intervención. Las mujeres participantes muestran mayor bienestar percibido, menor sintomatología ansioso-depresiva, mejor nivel de funcionamiento y menor riesgo de suicidio tras la intervención. Igualmente, muestran mejoría global de salud tras la intervención.

Estos cambios se pueden explicar por:

A) Los aspectos técnicos de la intervención, de corte **humanista-existencial, en combinación con técnicas cognitivas, técnicas corporales del Análisis-Bioenergético y la Biodanza**, que han mostrado eficacia para la reducción de sintomatología y aumento de bienestar en distintos estudios.

B) El uso del **grupo como entorno social restaurador del duelo migratorio que contempla la interculturalidad y que incluye una clara perspectiva de género**. La interculturalidad del programa da respuesta a algunos de los aspectos que se han recogido en la literatura como fundamentales para mejorar la adherencia al tratamiento, aumentar la eficacia del mismo y fortalecer la relación terapéutica. Según la literatura, cuando el tratamiento se adapta a las preferencias religiosas o espirituales, el beneficio de este es mayor ya que se relaciona con mayor salud física y mental y con el fomento del desarrollo de la identidad. Igualmente, adaptar los tratamientos a las preferencias individuales, culturales y de género acumula robustas evidencias en la literatura de su efecto en la eficacia de los programas. El programa evaluado resulta sensible a las particularidades culturales en función del origen de las mujeres participantes y pone el foco en construir una relación terapéutica que reconoce y valora la diversidad cultural de cada mujer, lo que redundará en los efectos tan favorables encontrados.

4.2. Hipótesis 2: El bienestar subjetivo de las mujeres mejora tras participar en el programa

La segunda hipótesis planteada se cumple al observarse aumento del bienestar percibido tras la intervención. En el programa se trabaja desde la psicoeducación en la autoestima y relación con el propio cuerpo, lo que permite un aumento de la competencia para expresar emociones.

El sentimiento de pertenencia al grupo y el apoyo social han demostrado aumentar el bienestar subjetivo de las personas: los resultados muestran un mayor bienestar tras la intervención y **sugieren una relación positiva entre el bienestar y el apoyo social generado por la intervención.**

4.3.Hipótesis 3: Se reduce la sintomatología referida a salud mental de las mujeres tras participar en el programa

La tercera hipótesis planteada se cumple al observarse reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, mejora en las alteraciones del sueño, reducción de dolores físicos y mejora de síntomas por somatización. En la literatura se encuentra que la Biodanza y el análisis bioenergético son intervenciones eficaces en el tratamiento contra depresión, ansiedad y estrés. Igualmente, se han descrito mejoras de los síntomas de somatización, inseguridad social, depresión, ansiedad y hostilidad tras intervenciones.

El abordaje en la intervención de la comunicación asertiva y la expresión de la rabia como legítima frente a situaciones de discriminación y violencia resulta beneficioso. La literatura recoge que el estrés migratorio y los AVE, entre ellos la violencia y el racismo, son factores de riesgo para síntomas somáticos y malestar psicológico. Su abordaje explícito en el grupo permite la mejoría sintomatológica.

4.4. Hipótesis 4: El funcionamiento general de las mujeres mejora tras participar en el programa

La cuarta hipótesis planteada se cumple al observarse un aumento en los niveles de funcionamiento referido por las mujeres tras la intervención.

El Funcionamiento General contempla: Funcionamiento cotidiano + Apoyo social percibido.

Respecto al funcionamiento cotidiano: este se ve afectado por sintomatología de salud mental, falta de interés por actividades cotidianas y alteraciones del sueño (variables contempladas en la Hipótesis 3). La intervención promueve la autonomía en el ámbito de la salud: los aprendizajes de autogestión en salud, la constancia y disciplina y el realizar ejercicios en casa como forma de autocuidado son aspectos potenciados por la intervención que revierten en la mejora del funcionamiento cotidiano.

Respecto al apoyo social percibido: la literatura recoge ampliamente este aspecto como factor protector. La intervención, por su componente grupal, promueve el sentimiento de pertenencia. El grupo actúa como entorno restaurador del duelo migratorio y de los procesos de pérdida de familia y red social del país de origen. Igualmente, la intervención favorece el modelado de conductas adaptativas y aportación de nuevos recursos de afrontamiento reducen estrés aculturativo.

4.5. Hipótesis 5: Disminuyen la ideación suicida y las autolesiones en las mujeres tras participar en el programa

La quinta hipótesis planteada se cumple al observarse un descenso del riesgo suicida en las mujeres tras la intervención.

La literatura recoge que los duelos migratorios se asocian a aumento de ideación suicida. La muerte de familiares en el país de origen, junto con dificultades para viajar a despedirse de las personas fallecidas, dificultan la elaboración del duelo y son un factor de riesgo para la ideación suicida. La intervención realiza un trabajo específico sobre los duelos, tanto con psicoeducación como con técnicas psicocorporales, lo que favorece la elaboración del duelo y la integración de las pérdidas.

Por otro lado, la presencia de AVE, especialmente las experiencias de violencia, son uno de los principales factores de riesgo para la ideación suicida y las autolesiones, ampliamente recogidos en la literatura. Modelos THE promueven cambios mediante la expresión emocional y la narrativa hacia sí mismas y se han mostrado eficaces en la reducción de los síntomas asociados al TEPT y en la integración de estos acontecimientos. El trabajo durante la intervención a través del grupo promueve, por un lado, un espacio de pertenencia que permite compartir experiencias traumáticas y, por otro lado, permite la elaboración de las mismas a través de la expresión emocional.

4.6. Hipótesis 6: Aumenta la percepción de energía disponible para la vida cotidiana de las mujeres tras participar en el programa

La sexta hipótesis planteada se cumple al recogerse un aumento en el nivel de energía referido por las mujeres tras la intervención.

La percepción de energía en la cotidianidad se relaciona directamente con la percepción vitalidad. Esta, a su vez se asocia con el bienestar percibido y la expresión de alegría. La mejora en el funcionamiento general, la disminución de sintomatología de salud mental y el aumento del bienestar percibido producido tras la intervención contribuyen a un aumento en la percepción de energía.

4.7. Comparación medidas de salud y energía pretest y posttest en función de variables de vulnerabilidad

1. La intervención es significativa en todas las variables en todas las categorías sociodemográficas y de vulnerabilidad estudiadas.
2. Existen algunas variables sociodemográficas y de AVE que identifican grupos de mujeres con tendencia a manifestar mayores beneficios de participar en el programa:
 - A) mujeres en situación administrativa-legal regular; mujeres en seguimiento psicológico, mujeres sin personas dependientes a cargo, sin historia de duelo pasado ni duelos activos y sin historia de dificultades reproductivas en el pasado.
 - B) mujeres en situación de infravivienda, con historia de experiencias violentas (pasadas o actuales), historia de abuso sexual (pasado o actual) y dificultades reproductivas en activo.

☐ **La intervención sería indicada para mujeres migrantes con síntomas de malestar físico, afectación en la funcionalidad, síntomas de depresión o ansiedad, dificultades con el sueño o aislamiento social. Y especialmente indicada si estas mujeres, además, no tienen acceso a una vivienda digna, muestra historia de violencia o son víctimas de violencia presente o refieren historia de abuso sexual o son víctimas de abuso sexual en el presente.**

5. Limitaciones y futuras investigaciones

Limitaciones y futuras investigaciones

A pesar de los prometedores resultados obtenidos tras la intervención, el estudio de eficacia del programa tiene algunas limitaciones que deben ser consideradas:

- En primer lugar, a nivel metodológico, la ausencia de un grupo control (un grupo de mujeres que no reciba la intervención) limita las posibilidades de comparar los cambios que se producen en el grupo que recibe el tratamiento respecto al grupo que no lo recibe. Aunque, desde el punto de vista pragmático, los cambios generalizados y significativos observados en el grupo de mujeres que recibe la intervención pueden atribuirse a los efectos de la intervención, desde el punto de vista metodológico no se puede descartar que esos cambios puedan ser debidos a otras cuestiones, como el mero paso del tiempo, o el apoyo institucional/organizativo. Para poder establecer esta relación de forma unívoca debería contarse con un grupo control que sea evaluado en los mismos momentos temporales que el grupo que recibe la intervención y cuyos resultados puedan compararse.
- En segundo lugar, las medidas de evaluación de las variables de interés que se han utilizado son medidas de autoinforme y medidas subjetivas. Este tipo de medidas tiene la ventaja de que capta mejor la percepción subjetiva de las participantes, pero puede dar lugar a sesgos en la interpretación de los resultados.
- En tercer lugar, la muestra de participantes con la que se ha contado, a pesar de ser diversa socioculturalmente, procede de un mismo punto por lo que podría haber sesgos locales, lo que dificulta la generalización de los resultados.

En consecuencia, sería recomendable replicar este estudio incluyendo:

- Un grupo control que permita controlar el efecto de otras variables en los resultados (como el paso del tiempo u otros cambios vitales) y que favorezcan el establecimiento de conclusiones sólidas respecto a la eficacia de la intervención
- Medidas clínicas heteroinformadas que permitan contrastar la información compartida por las participantes en las pruebas utilizadas para la evaluación.
- Nuevos grupos de mujeres procedentes de otras regiones, que favorezca la generalización de los resultados.

6. Conclusiones y resumen de principales resultados

6.1. Conclusiones

- **El proyecto CUERPO DOLOR se ha mostrado eficaz en la mejora de la salud de las mujeres que participaron en la intervención.**
 - mejora la percepción general de salud de las mujeres
 - mejora el bienestar subjetivo
 - reduce los síntomas de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos
 - mejora el funcionamiento general
 - disminuye los indicadores de ideación y conducta suicida
 - aumenta la energía disponible para realizar actividades cotidianas
- La presente investigación
 - **Amplía el conocimiento científico** respecto a intervenciones validadas para mujeres migrantes con problemas de salud mental, ofreciendo alternativas psicoterapéuticas seguras, válidas y fiables.
 - **Informa a las administraciones públicas** de la necesidad de atención profesional de las mujeres migrantes con problemas de salud mental, así como de los beneficios sanitarios y sociales de ofrecer intervenciones humanizadas, con foco en los aspectos culturales y de género.
 - **Garantiza el derecho de las mujeres** migrantes con problemas de salud mental a recibir una atención adecuada a sus necesidades.

6.2. Resumen de los principales resultados

- **Las mujeres que participaron en el proyecto CUERPO DOLOR mostraron:**
 - Mejora significativa ($t = 9.08, p = 0.000$) en la percepción general de salud, en 0.69 puntos sobre 4
 - Mejora significativa ($t = 9.01, p = 0.000$) en el bienestar subjetivo, en 0.94 puntos sobre 4
 - Reducción significativa ($t = 9.34, p = 0.000$) de los síntomas de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos, en 0.88 puntos sobre 4
 - Mejora significativa ($t = 6.43, p = 0.000$) del funcionamiento general percibido, en 0.52 puntos sobre 4
 - Disminución significativa ($t = 3.92, p = 0.000$) de los indicadores de riesgo suicida, en 0.29 puntos sobre 4
 - Aumento significativo ($t = -19.89, p = 0.000$) de la percepción subjetiva de energía disponible para realizar actividades cotidianas, en 3.99 puntos sobre 10.
- **Las mujeres en situación legal-administrativa regular, en seguimiento psicológico y sin personas dependientes a cargo** se beneficiaron más del programa que aquellas en situación administrativa-irregular, sin seguimiento psicológico y con personas dependientes a cargo.
- **Las mujeres víctimas de experiencias violentas (en el pasado o actuales), víctimas de abuso sexual (en el pasado o actual) y con dificultades reproductivas activas** se beneficiaron más del programa que aquellas mujeres sin antecedentes (pasados o actuales) de experiencias violentas, abuso sexual o dificultades reproductivas activas.

7. Referencias

- Abad Robles, MT, Castillo Viera, E. y Orizia Pérez, AC (2014). Los efectos de un programa motor basado en la biodanza en relación con parámetros de inteligencia emocional en mujeres. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14 (1), 13-22.
- Achotegui, J. (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.
- Alguacil Cabrera, M., Lozano Díaz, D. y Arias Arias, Á. (2020). Efectividad de la Biodanza® en personas con trastorno mental grave y familiares en un hospital de día. *Ene*, 14(1).
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347.
- Ariza, M. y Chaves, F. J. (2022). Migración femenina e interseccionalidad: El trabajo reproductivo de las inmigrantes latinoamericanas en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 8, 1-42. doi.org/10.24201/req.v8i1.957
- Arundell, L. L., Barnett, P., Buckman, J. E., Saunders, R. y Pilling, S. (2021). The effectiveness of adapted psychological interventions for people from ethnic minority groups: A systematic review and conceptual typology. *Clinical psychology review*, 88, 102063. doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102063
- Barkham, M., Saxon, D., Hardy, G.E., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera, N., Keetharuth, A.D., Bower, P., King, M., Elliott, R., Gabriel, L., Kellett, S., Shaw, S., Wilkinson, T., Connell, J., Harrison, P., Ardern, K., Bishop-Edwards, L., Ashley, K., ... Brazier, J.E. (2020). Clinical and cost-effectiveness of person-centred experiential therapy vs. cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies national program: A pragmatic randomised non-inferiority trial [IPRaCTICED]. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 487-499.
- Bastia, T. (2014). Intersectionality, migration and development. *Progress in Development Studies*, 14(3), 237-248. doi.org/10.1177/1464993414521330
- Berry, J. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*, 3(57), 615-631.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E. y Miller, M. E. (2015). Telephonedelivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(10), 1012-1020. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1154

- Brunnet, A. E., dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H. y Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. *L'Encéphale*, 46(5), 364-371.
doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009
- Budge, S. L. (2018). Attending to gender in psychotherapy: Understanding and incorporating systems of power. *Journal of Clinical Psychology*, 74 (11), 2014-2027.
- Butollo, W., Karl, R., König, J. y Rosner, R. (2016). A randomized controlled clinical trial of dialogical exposure therapy versus cognitive processing therapy for adult outpatients suffering from PTSD after type I trauma in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 16-26.
[doi: 10.1159/000440726](https://doi.org/10.1159/000440726)
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy-Heltzel, S.E. y Wothington Jr. E.L. (2018). Integrating clients`religion and spirituality within psychotherapy: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938-1951.
- Carbonell-Baeza, A., Aparicio, VA, Martins-Pereira, CM, Gatto-Cardia, CM, Ortega, FB, Huertas, FJ, ... y Delgado-Fernández, M. (2010). Eficacia de Biodanza para el tratamiento de mujeres con fibromialgia. *La revista de medicina alternativa y complementaria* , 16 (11), 1191-1200.
doi.org/10.4321/S1135-57272014000600008
- Castonguay, L.G., Costantino, M. J. y Beutler, L. E. (2019). *Principles of change. How Psychotherapists implement research in practice*. Oxford University Press
- Chicchi León, C. y Fernández Motiño, M. T. (2016). *La psicodanza en la disminución de grados depresivos en personas adultas mayores* (Doctoral dissertation, Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Carrera de Psicología).
- Collazos Sánchez, F., Ghali Bada, K., Ramos Gascón, M. y Qureshi Burckhardt, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 755-761.
- Crenshaw, K. (1991). Race, gender, and sexual harassment. *Cal. L. Rev.*, 65, 1467.
- Cuesta, C. R. (2019). La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes. *Psicosomática y Psiquiatría*, Núm. 10 (2019): julio agosto.
doi.org/10.34810/PSICOSOMPSIQUIATRNUM1002
- Currier, J. M., Foster, J. D., vanOyen Witvliet, C., Abernethy, A. D., Luna, L. M. R., Schnitker, S. A., VanHarn, K. y Carter, J. (2019). Spiritual struggles and mental health outcomes in a spiritually integrated inpatient program. *Journal of Affective Disorders*, 249, 127-135.
doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.012
- Eguiluz, I. (2022). Entre Ulises y Penélope: Integrar la perspectiva de género en los estudios sobre la salud mental de las mujeres migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 29, 159-177.
doi.org/10.1590/1980-85852503880006310

- Elliott, R. Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. y Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 495-538). New York, NY: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J., Timulak, L. y Sharbanee, J. (2021). Research on humanistic-experiential psychotherapies: Updated review. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 421-467). John Wiley & Sons, Inc.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. y McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9 (3), 247-255. doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S. y Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(24), 2650-2657. doi: 10.1001/jama.2013.282829
- Jonquera, A. S. y Arroyo, L. M. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de psicología*, 15(1), ág-91.
- Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L. y Gurpegui, M. (2017). Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 45-58. doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.004
- Koenig, H., King, D., Carson, V. DB (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Leiderman, L. M. (2020). Psychodynamic group therapy with hispanic migrants: Interpersonal, relational constructs in treating complex trauma, dissociation, and enactments. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(2), 162-182.
- Linardelli, M. F. (2015). Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac: Revista Digital de Ciencias Sociales*, 2(3), 191-224.
- López-Rodríguez, M. M., Baldrich-Rodríguez, I., Ruiz-Muelle, A., Cortés-Rodríguez, A. E., Lopezosa-Esteba, T. y Roman, P. (2017). Effects of biodanza on stress, depression, and sleep quality in university students. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(7), 558-565. doi.org/10.1089/acm.2016.0365
- Lowen, A. (1958). *The language of the body*. Nueva York: Grusse and Stratton.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800. doi.org/10.1086/426800
- Moriana, J. A. y Gálvez-Lara, M. (2020). Psicoterapias y pseudoterapias en búsqueda de la evidencia científica. La ciencia y la práctica profesional en psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 201-220. doi:10.23923/pap.psicol2020.2946

Mullings, B. (2017). A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential psychotherapies. *Melbourne: PACFA*.

Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., Mitterlehner, O.F., Leiberich, P., Rother N., Buschmann, W., Kettler, C., Pedrosa F., Lahmann, C., Egger, C., Fartacek, R., Rother W.R., Loew, T.H. y Nickel, C. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized, controlled study. *Journal of psychosomatic research*, 61(4), 507-513.
doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.004

Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I. y Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 11(4), 353-366.
[doi: 10.1093/ptr/11.4.433](https://doi.org/10.1093/ptr/11.4.433)

Palomar-Lever, J. (2017). Factores protectores y de riesgo que influyen en el bienestar subjetivo y económico de migrantes latinos en Boston, Estados Unidos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 22(1), 86-102.

Paloutzian, R. F. y Park, C. L. (2014). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guildford Press.

Pretty, M. E. I., Zuñiga, M. I. G., Urrutia, S. H. S., Solis, V. D. H., Osorio, L. A. G. y González, M. E. C. (2019). Biodanza en adultos mayores con enfermedades crónicas para la promoción de la salud. *Archivos de medicina (Manizales)*, 19(1), 66-73.

Pujal i Llombart, M., Calatayud, M. y Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: Una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2), Article 2. doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113

Quevedo, C. A., Viera, E. C. y Pascual, I. R. (2021). Biodanza: revisión sistemática sobre los beneficios de una práctica emergente en la promoción de la salud y el bienestar. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (39), 844-848.

Rodríguez, J. C. F., Pineda, N. Z. D. y Muñoz, F. M. (2020). El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. *RESI: Revista de estudios en seguridad internacional*, 6(1), 101-117.

Rodríguez, M. P. C., Pacheco, S. C. C. y Fernandes, J. L. L. (2018). A análise bioenergética como ferramenta de bem-estar num grupo de mulheres idosas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(2).

Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156.

Rousseau, C. y Frounfelker, R. L. (2019). Mental health needs and services for migrants: An overview for primary care providers. *Journal of Travel Medicine*, 26(2), tay150.
doi.org/10.1093/jtm/tay150

- Rubio León, D. C. (2020). Dimensiones para abordar la salud mental en el contexto de la migración. Revisión de literatura científica entre 2016 y 2019. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-18. doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.dasm
- Salaberria Irizar, K y de Corral Gargallo, P. (2009). Eficacia de un programa de apoyo psicológico a mujeres inmigrantes: un estudio de casos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(3), 153-164.
- Sambucini, D., Aceto, P., Begotaraj, E. y Lai, C. (2020). Efficacy of psychological interventions on depression anxiety and somatization in migrants: a meta-analysis. *Journal of immigrant and minority health*, 22(6), 1320-1346.
- Saxon, D., Ashley, K., Bishop-Edwards, L., Connell, J. Harrison, P., Ohlsen, S. Hardy, G.E., Kellett, S., Mukuria, C., Mank, T., Bower, P., Bradburn, M., Brazier, J. Elliott, R., Gabriel, L., King, M. Pilling, S., Shaw, S., Waller, G. y Barkham, M. (2017). A pragmatic randomized controlled trial assessing the non-inferiority of counselling for depression versus cognitive-behaviour therapy for patients in primary care meeting a diagnosis of moderate or severe depression (PRaCTICED): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 18: 93. [doi:10.1186/s13063-017-1834-6](https://doi.org/10.1186/s13063-017-1834-6)
- Segura-Jiménez, V., Gatto-Cardia, C. M., Martins-Pereira, C. M., Delgado-Fernández, M., Aparicio, V. A. y Carbonell-Baeza, A. (2017). Biodanza reduces acute pain severity in women with fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 18(5), 318-327.
- Schneider, K. J., & Krug, O. T. (2020). Existential–humanistic psychotherapies. In S. B. Messer, & N. J. Kaslow (Eds.), 4th ed.; *essential psychotherapies: Theory and practice (4th ed.)* (4th ed. ed., pp. 257-293, Chapter xii, 500 Pages). New York, NY: The Guilford Press. Retrieved from <https://www.proquest.com/books/existential-humanistic-psychotherapies/docview/2512799652/se-2>
- Staczan, P., Schmuecker, R., Koehler, M., Berglar, J., Cramer, A., von Wyl, A., ... Tschuschke, V. (2015). Effects of sex and gender in ten types of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 74–88. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1072285>
- Stück, M., Villegas, A., Bauer, K., Terren, R., Toro, V. y Sack, U. (2009). Psycho-immunological process evaluation of Biodanza. *Signum Temporis*, 2(1), 99.
- Stueck, M., Kaloeti, D., Villegas, A. y Utami, D. (2019). The influence of Biodanza and School of Empathy verbal–respectful communication on the ability to express emotions and needs: a pilot study among adults in Indonesia. *Health Psychology Report*, 7(4), 334-340.
- Stueck, M. y Tofts, P. S. (2016). Biodanza effects on stress reduction and well-being-a review of study quality and outcome. *Signum Temporis*, 8(1), 57. doi.org/10.1515/sigtem-2016-0018
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M. y Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924-1937.
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E. y Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361. doi.org/10.1037/pst0000128

- Timulak, L. y Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred and experiential psychotherapies. In M. Cooper, J. C. Watson y D. Hölldampf (Eds.), *Personcentred and experiential therapies work* (pp. 65-90). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Tobías Imbernón, C. y García-Valdecasas Campelo, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 437-453.
- Toro, R. (1995). The Theory of Biodanza. *Unpublished Materials of School of Biodanza Leipzig* (www.biodanzaschule-leipzig.de).
- Vaca-Ferrer, R., García, R. F. y Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(2), 188-199.
- Ventling, C., Bertschi, H. y Gerhard, U. (2006). Wirksamkeit bioenergetischer psychotherapien bei patienten mit bekannter ICD-10-diagnose. [Retrospective evaluation of the efficacy of bioenergetic psychotherapy as related to ICD-10 diagnosis] *Psychotherapeut*, 51(5), 346-353.
doi.org/10.1007/s00278-006-0483-0
- Ventling, C. D. y Gerhard, U. (2000). Zur wirksamkeit bioenergetischer psychotherapien und stabilität des therapieresultats. eine retrospektive untersuchung. [About the efficacy of bioenergetic psychotherapies and the stability of therapy outcomes: A retrospective investigation] *Psychotherapeut*, 45(4), 230-236.
doi.org/10.1007/s002780000083
- Zoni, M. (2017) Bioenergetic exercises and other practices of body awareness: The effect on endurance sport athletes after 8 weeks of practices. *IAB Poster Award prize 2*.

ret **O** rna

SALUT
PSICO-EMOCIONAL
COMUNITÀRIA

udima

info@retorna.net
www.retorna.net