EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CUERPO-DOLOR:
malestar y somatización en mujeres migradas

Investigadora: Elisa Vela Pitarch
Directora académica: Eva Izquierdo Sotorrío

Universidad a Distancia de Madrid. 2022/23

retorna SALUT PSICO-EMOCIONAL COMUNITÀRIA

udima UNIVERSIDAD A DISTANCIA DE MADRID

Índice

Pag 3 **El proyecto Cuerpo-Dolor**
- Descripción del proyecto
- Objetivos del proyecto

Pag 5 **Introducción a la Investigación**
- Marco teórico: interseccionalidad
- Intervenciones psicoterapéuticas utilizadas en el proyecto Cuerpo-Dolor
- Objetivos e Hipótesis

Pag 8 **Método de investigación**
- Derivación y selección de las participantes
- Características de las participantes
- Diseño e instrumentos
- Análisis de datos
- Procedimiento

Pag 13 **Resultados**

Pag 15 **Discusiones**

Pag 24 **Conclusiones**

Pag 24 **Anexo: Comparativa entre modalidad básica vs. modalidad ampliada**

Pag 32 **Referencias**

El proyecto Cuerpo-Dolor

Descripción del proyecto

Proyecto diseñado e implementado por la Asociación Retorna que atiende a **mujeres migradas que refieren malestar y somatizaciones**.

Se trata de un dispositivo psicoterapéutico grupal de corte **Humanista-Existencial (THE),** que integra técnicas cognitivas y corporales del **Análisis-Bioenergético y la Biodanza**, en el que el grupo opera como entorno restaurador del duelo migratorio y la espiritualidad como factor protector de salud.

La **perspectiva intercultural y la perspectiva de género** son transversales en el equipo y los recursos, en todas las fases de diseño, implementación y evaluación. Las profesionales del equipo directivo y terapéutico son de bagajes culturales y migratorios diversos, con conocimientos en primera persona sobre lo que implica ser mujer migrada en Barcelona. Las sesiones cuentan con **mediación intercultural** en árabe, urdu e hindi.

Es un proyecto de salud comunitaria hasta ahora cofinanciado por la Administración, implementado en Barcelona desde 2018 en 5 barrios, con más de 4 ediciones y una 5ª edición en 2023-24.

El proyecto Cuerpo-Dolor

Objetivos del proyecto

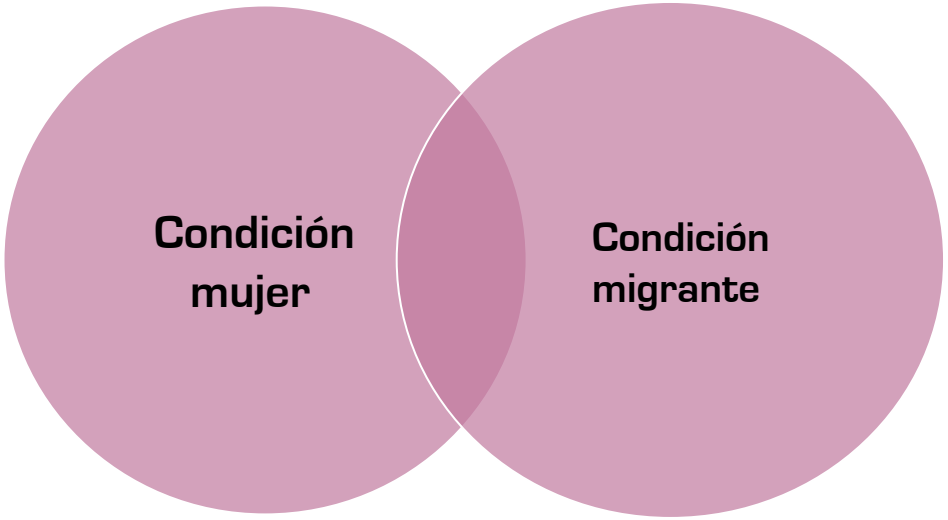
Objetivo General: Mejorar la salud de las mujeres migradas que refieren malestar y somatización	
Objetivos específicos	OE1: Generar procesos de **autonomía con la propia salud**, reconociendo y experimentando la agencia en el propio bienestar
	OE2: Promover la adquisición de **nuevos hábitos de salud 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 augmenten el sentimiento de pertenencia

Introducción a la Investigación

Marco teórico: Interseccionalidad

Presión rol género
AVE* y violencia

*AVE: Acontecimiento Vital Estresante



Factores de riesgo:

- Psicopatología previa, tipo de migración, AVE, precariedad empleo, vivienda, estatus legal, racismo, falta de apoyo social
- Estrés aculturativo
- Estrés por duelos migratorios

Mujer migrada,
persona interseccional por excelencia

- Peores índices de salud mental positiva , mayores índices de salud negativa
- Mayor prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Afectaciones funcionalidad
- Mayor prescripción de psicofármacos

(Achotegui, 2006; Ariza et al., 2022; Bastia, 2014; Bernáldez-Jaimes et al., 2020; Berry, 2001; Brunnet et al., 2020; Collazos et al., 2014; Crenshaw, 1991; Eguiluz, 2022; Linardelli, 2015; McCall. 2005; Pujal i Llombart et al., 2020; Rousseau y Frounfelker, 2019; Rubio, 2020; Salaberría et al., 2009)

Introducción a la investigación

Intervenciones psicoterapéuticas aplicadas en el proyecto y evidencia científica de eficacia asociada

Terapia humanista-existencial:

- Depresión
- Ansiedad
- TEPT

Biodanza:

- Dolor
- Estrés y depresión
- Inteligencia y expresión emocional

Análisis-Bioenergético:

- Estrés y la calidad de vida
- Síntomas de somatización, depresión y ansiedad

(Abad et al., 2014; Barkham et al., 2020; Butollo et al., 2016; Carbonell-Baeza et al., 2010; López-Rodríguez et al., 2017; Lowen, 1958; Mullings, 2017; Nickel et al. 2006; Stueck y Tofts, 2016; Stueck et al., 2019; Timulak et al., 2017; Toro, 1995; Ventling y Gerhard, 2000; Ventling et al., 2006; Zoni, 2017)

Introducción a la investigación

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:**
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 subjetiv**o	**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 ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos**	**H3**: La sintomatología referida a ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos de las mujeres participantes **disminuirá** tras participar en el programa
4. Evaluar si el proyecto mejora el **funcionamiento general**	**H4**: El funcionamiento general (que incluye el funcionamiento cotidiano y el apoyo percibido) de las **mujeres mejorará** tras participar en el programa
5. Evaluar si el proyecto disminuye la **ideación suicida, las autolesiones y los actos de agresión a terceros**	**H5**: La ideación suicida, las autolesiones y los actos de agresión a terceros en las 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

Método de investigación

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: equipo de intervención Associación 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*

Grupo experimental (GE) + Grupo control (GC) lista de espera

Muestra inicial de 68 mujeres
(GE=58 + GC=10)

Muestra final de 41 mujeres
(GE=35 + GC=6)

(GE=bajas +70% programa intervención; GC=bajas)

Método

Características de las participantes

Variables sociodemográficas	Variables migratorias	Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)
• **90,2% precariedad socioeconómica** • **65,9% precariedad vivienda** • **63,4% cuidados de dependencia** • 31,7% apoyos nulos o precarios • 22% doble jornada laboral • 48'8% pareja, 22% separadas, 29'3% solteras • 22% sin estudios, 46'4% estudios preuniversitarios , 31'7% universitarios	• **24,4% migrado en más de una ocasión,** • **24,4% situación administrativa irregular** • 19,5% requiere mediación en árabe o urdu. • 14 nacionalidades: Marruecos, Perú, Bangladesh, Colombia, Argentina, India, Ecuador, Pakistán, Bolivia, Chile, Indonesia, Rumania, Serbia y Venezuela	• **56,1% duelos activos** • **58,5% experiencias de violencia activas** • **26,8% violencia sexual activa** • **36,6% dificultades reproductivas activas**

- **93,7% espiritualidad-religiosidad**
- **41,5% seguimiento psicológico individual**

Método

Diseño e instrumentos I

Diseño cuantitativo, cuasi experimental con medidas repetidas pre y post intervención que incorpora datos cualitativos

Variable independiente: • Programa de intervención: GE y GC	**Instrumentos**
Variables dependientes: • Percepción de energía disponible • Percepción de salud	• Termómetro energía disponible (1-10) • CORE-OM (Evans et al., 2000) adaptación española (Feixas et al., 2012) *Estado general, Bienestar subjetivo, Síntomas, Funcionamiento General, Riesgo*
Otras variables de interés • sociodemográficas, migratorias, AVE • espiritualidad-religiosidad • seguimiento psicológico individual	Cuestionario de creación propia
Testimonios	Grupo focal

Método

Diseño e instrumentos II

CORE-OM

Herramienta de investigación especialmente diseñada para **captar lo esencial del malestar psicológico en los sujetos** de estudio, tanto en estadio pre-tratamiento como post-tratamiento, con la finalidad establecer relaciones comparativas y **esclarecer el éxito de las terapias aplicadas.**

Establece una puntuación general para valorar la **percepción general subjetiva de salud**

Evalúa 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 suicidia, autolesiones o intentos de agresión a terceros

Método

Procedimiento

- Se han respetado requisitos éticos y deontológicos ejecutando consentimientos informados.
- La recogida de datos se ha realizado de septiembre a marzo de 2023

		Pretest	Postest
GE	equipo de intervención	**Modalidad presencial** - cuestionario V. sociodemográficas, migratorias y de AVE - percepción energía - CORE-OM	**Modalidad presencial** - percepción energía - CORE-OM
	equipo de intervención e investigadora		**Modalidad presencial** - sesión evaluación participativa (satisfacción y valoración del proyecto CD)
GC	investigadora	**Modalidad presencial y telefónica** - cuestionario V. sociodemográficas, migratorias y de AVE - percepción energía - CORE-OM	**Modalidad presencial y telefónica** - percepción energía - CORE-OM

Análisis de datos

- Paquete estadístico SPSS-21
- *T* de Student para los grupos que cumplen normalidad y homogeneidad
- Test de Wilcoxon para muestras relacionada y U-Mann Whitney para grupos independientes

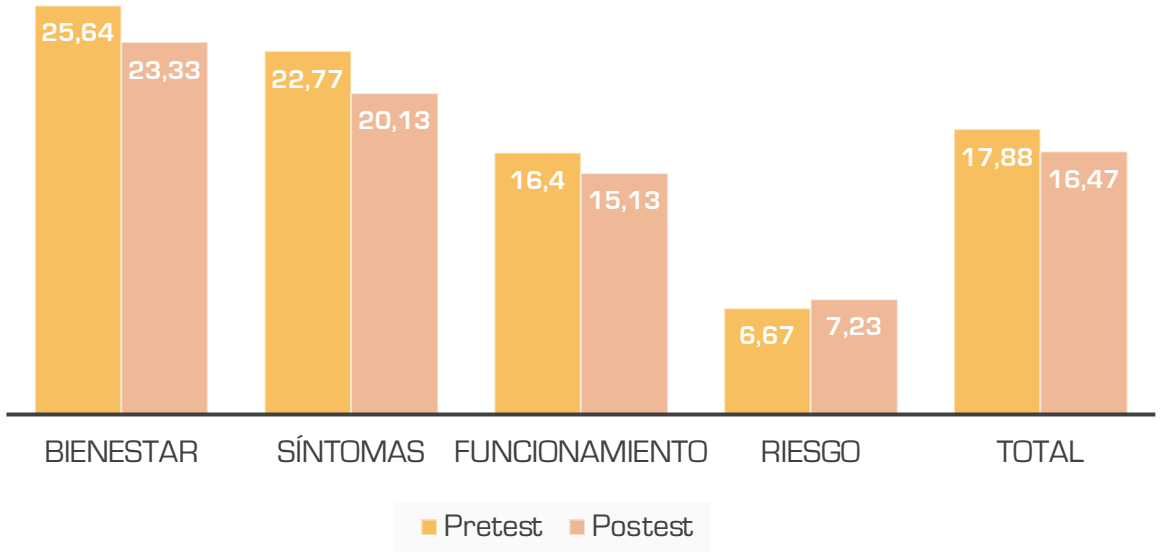
Resultados y Discusión Grupo Control

La comparación de medidas de salud **pretest y postest** (*Test Wilcoxon*) ***en GC no muestra diferencias significativas*** *(figura 1)- resultado esperado*

La comparación de medidas de salud **pretest** (*U-Mann-Witnhey*) ***en GE y GC no muestra diferencias significativas*** *- resultado esperado*

La comparación de medidas de salud **postest** (*U-Mann-Witnhey*) ***en GE y GC no muestra diferencias significativas***

Figura 1
No se observan diferencias significativas en las medidas de salud entre pretest y postest en el GC



No es posible afirmar la eficacia de la intervención frente la no intervención.

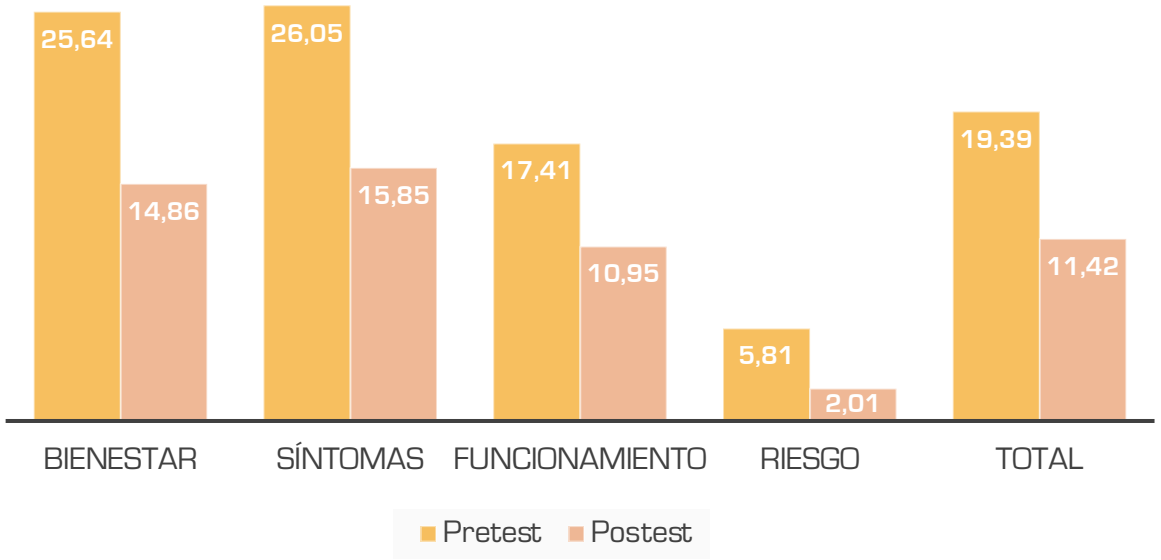
- ✓ Reducido tamaño muestral GC (6)
- ✓ Impacto de los datos atípicos en una muestra pequeña.
- ✓ Control de los cambios vitales.

Futuras investigaciones: Ampliar el tamaño muestral del GC

Resultados Grupo Experimental

La comparación de medidas de salud pretest y postest (*t Student) en GE muestra diferencias significativas*

Figura 2
Diferencias significativas en las medidas de salud entre pretest y postest en el GE



Se observan diferencias significativas:

- ✓ aumento del bienestar subjetivo*
- ✓ reducción de los síntomas y problemas
- ✓ mejora del funcionamiento general*
- ✓ reducción de conductas de riesgo
- ✓ mejora general de la percepción general de salud las participantes

*El Bienestar subjetivo (W) y el Funcionamiento General (F) se miden en términos negativos; por tanto, **a menor puntuación, menor malestar y mayor bienestar.**

Resultados Grupo Experimental

Testimonios

Tabla 1
Relación de los testimonios de las mujeres con las hipótesis de investigación

Hipótesis	Testimonios
H1	T5, T16
H2	T1, T2, T6, T7, T17, T25, T26, T27
H3	T2, T5, T7, T8, T10, T15, T20, T24
H4	T1, T3, T5, T9, T16, T22, T23, T24, T28, T29, T30
H5	T2, T6, T9, T17, T25, T27, T28
H6	T4, T5, T21, T28, T30, T31

Discusión Grupo Experimental

GE: Comparación medidas de salud pretest y postest	→	**diferencias significativas en las 6 Hipótesis**
Testimonios	→	**coincidencias con 6 hipótesis**

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

En esta línea observamos testimonios que expresan el proceso de aprendizaje y cambio que representa la intervención y refieren **sentirse mejor, disponer de más fuerza, y sentir la mente libre** (T5, T16).

(Altamirano et al., 2021; Alguacil Cabrera et al., 2020; Barkham et al., 2020; Bernáldez-Jaimes et al., 2020; Brenes et al., 2015; Carbonell-Baeza et al., 2010; López-Rodríguez et al., 2017; Mullings, 2017; Nickel et al. 2006; Rodríguez et al., 2018; Salaberría et al., 2009; Saxon et al., 2017; Stueck y Tofts, 2016; Stueck et al. 2019; Timulak et al., 2017; Ventling et al., 2006; Zoni, 2017)

Discusión Grupo Experimental

Hipótesis 2: El bienestar subjetivo mejora tras la intervención

	Revisión de la literatura	Hallazgos de esta investigación
Biodanza y Análisis-Bioenergético	mujeres con fibromialgia, mujeres mayores, población general e infancia Aumento de la competencia para expresar emociones.	Se trabaja desde la psicoeducación en la autoestima y relación con el propio cuerpo. Los testimonios expresan cómo el **abordaje psicocorporal les ha permitido escucharse a sí mismas, expresar lo que sienten, perdonarse, integrar y sentir mayor bienestar**
Apoyo social	El sentimiento de pertenencia al grupo y el apoyo social han demostrado aumentar el bienestar subjetivo de las personas	Los testimonios refieren el **beneficio del grupo terapéutico, vivido como una familia o comunidad**, muestran un mayor bienestar tras la intervención y **sugieren una relación positiva entre el bienestar y el apoyo social generado** por la intervención del proyecto CD.
Espiritualidad-religiosidad	factor protector de la salud	Los testimonios expresan cómo conectar con la espiritualidad-religiosidad, **permite sentirse acompañada y reducir la sensación de soledad, da fuerza y promueve pensamientos y estilos de afrontamiento positivos**, que revierten en un mayor bienestar.

(Altamirano et al., 2021; Alguacil Cabrera et al., 2020; Barkham et al., 2020; Bernáldez-Jaimes et al., 2020; Brenes et al., 2015; Carbonell-Baeza et al., 2010; López-Rodríguez et al., 2017; Mullings, 2017; Nickel et al. 2006; Rodríguez et al., 2018; Salaberría et al., 2009; Saxon et al., 2017; Stueck y Tofts, 2016; Stueck et al. 2019; Timulak et al., 2017; Ventling et al., 2006; Zoni, 2017)

Discusión Grupo Experimental

Hipótesis 3: Se reduce la sintomatología referida a ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos

	Revisión de la literatura	Hallazgos de esta investigación
Biodanza y Análisis-Bioenergético	Eficaces en tratamiento contra depresión, ansiedad y estrés.	**Reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés**
Biodanza	Mejora en mujeres con fibromialgia, mejora alteraciones del sueño y el dolor	**Mejora en las alteraciones del sueño, reducción de dolores físicos**
Análisis Bioenergético	Mejoras de los síntomas de somatización, inseguridad social, depresión, ansiedad y hostilidad tras intervenciones	**Mejora de síntomas por somatización**
Psicoeducación	Entender el propio cuerpo y sus relaciones con los estado psíquicos y emocionales para poder gestionar	Concepción holística, cuerpo, emoción y mente. Psicoeducación de los malestares, **la escucha somática de las emociones, la comprensión de las causas de los síntomas y la generación de herramientas de gestión** de esos malestares.
Persp. intercultural	Estrés migratorio y los AVE, entre ellos la violencia y el racismo, con síntomas somáticos y de malestar psicológico.	Abordaje de la comunicación asertiva y la **expresión de la rabia como legítima frente a situaciones de discriminación y violencia.** El trabajo de expresar la rabia y aprender a poner límites es beneficioso según las mismas mujeres.

(Altamirano et al., 2021; Alguacil Cabrera et al., 2020; Barkham et al., 2020; Bernáldez-Jaimes et al., 2020; Brenes et al., 2015; Carbonell-Baeza et al., 2010; López-Rodríguez et al., 2017; Mullings, 2017; Nickel et al. 2006; Rodríguez et al., 2018; Salaberría et al., 2009; Saxon et al., 2017; Stueck y Tofts, 2016; Stueck et al. 2019; Timulak et al., 2017; Ventling et al., 2006; Zoni, 2017)

Discusión Grupo Experimental

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

El funcionamiento general contempla:

i. Funcionamiento cotidiano (Se relaciona con la tercera hipótesis)

- relación de síntomas de ansiedad, depresión y dolor y la afectación del funcionamiento cotidiano de las mujeres migrantes
- falta de interés por actividades cotidianas y alteraciones en sueño, asociado a estrés y duelos migratorioa y AVE, incapacidad para realizar actividades cotidianas.
- objetivo generar autonomía en la salud. Los testimonios muestran los aprendizajes de autogestión en su salud, la fuerza para luchar por sí mismas, la constancia y disciplina y el realizar ejercicios en casa como forma de autocuidado que revierte en su funcionamiento cotidiano

➢ **Por tanto, es congruente que las mujeres mejoren en el funcionamiento cotidiano, si se ha producido una reducción de los síntomas descritos.**

ii. Apoyo social percibido

- Factor protector, su ausencia como factor de riesgo.
- 31% de la muestra no dispone de apoyos, o solo dispone de apoyos comunitarios; soledad y aislamiento. Efecto del grupo.
- espiritualidad como factor de pertenencia y factor protector de la salud
- Adquisición de recursos: modelado de conductas adaptativas y aportación de nuevos recursos de afrontamiento reducen estrés aculturativo

➢ **El proyecto promueve el sentimiento de pertenencia en el grupo como entorno restaurador del duelo migratorio y de los procesos de pérdida de familia y amistades en país de origen. Los testimonios viven el grupo como familia o comunidad (T9, T28, T30).**

(Altamirano et al, 2021; Brunnet et al., 2020; Carbonell-Baeza et al., 2010; Eguiluz 2022; Elliott et al., 2021; Leiderman, 2020; Linardelli, 2015; Jurado et al., 2017; Nina Estrella, 2018; Plaza et al., 2004; RodrÍguez et al., 2020; Rousseau y Frounfelker, 2019; Vaca-Ferrer et al., 2020)

Discusión Grupo Experimental

Hipótesis 5: Disminuyen la ideación suicida y las autolesiones tras la intervención

	Revisión de la literatura	Hallazgos de esta investigación
Ideación suicida y duelo migratorio	Duelos migratorios asociados a ideación suicida Muertes de familiares en el país de origen, así como a dificultades para viajar y despedirse de personas fallecidas	Trabajo específico sobre los duelos, psicoeducación de los duelos **metodología psico-corporal ayuda a integrar las pérdidas**
Ideación suicida y AVE	Ideación y conducta autolítica con los AVE, en especial las experiencias de violencia. Modelos TEH 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.	CD promueve el grupo como espacio de pertenencia y de seguridad en el que **compartir experiencias traumáticas y crear nuevas narrativas más adaptativas.** Los testimonios muestran el **beneficio de la expresión emocional en el grupo** (T2, T9, T27, T28) y del **perdón a sí mismas** (T6), en relación a la culpa frecuentemente asociada a los AVE.
Espiritualidad, religión e ideación suicida o autolítica	Factor protector de la espiritualidad-religiosidad frente al riesgo suicida	Muchas de las mujeres **aludieron a su espiritualidad-religiosidad, como factor que les impedía contemplar la ideación suicida y que las ayudó a salir de los peores momentos de crisis vitales.**
Género y agresión a terceros	En congruencia con estudios que analizan la **expresión emocional diferencial según el género** se observa una mayor prevalencia de tristeza y preocupación en lugar de ira	Ninguna mujer refirió actos de agresión a terceros

(Achotegui, 2006; Brunnet et al., 2020; Currier et al., 2019; Elliot et al., 2021; Fernández et al., 2020; Rodríguez et al. 2022; Martínez, 2019; Sambucini et al., 2020; Vaca Ferrer et al., 2020)

Discusión Grupo Experimental

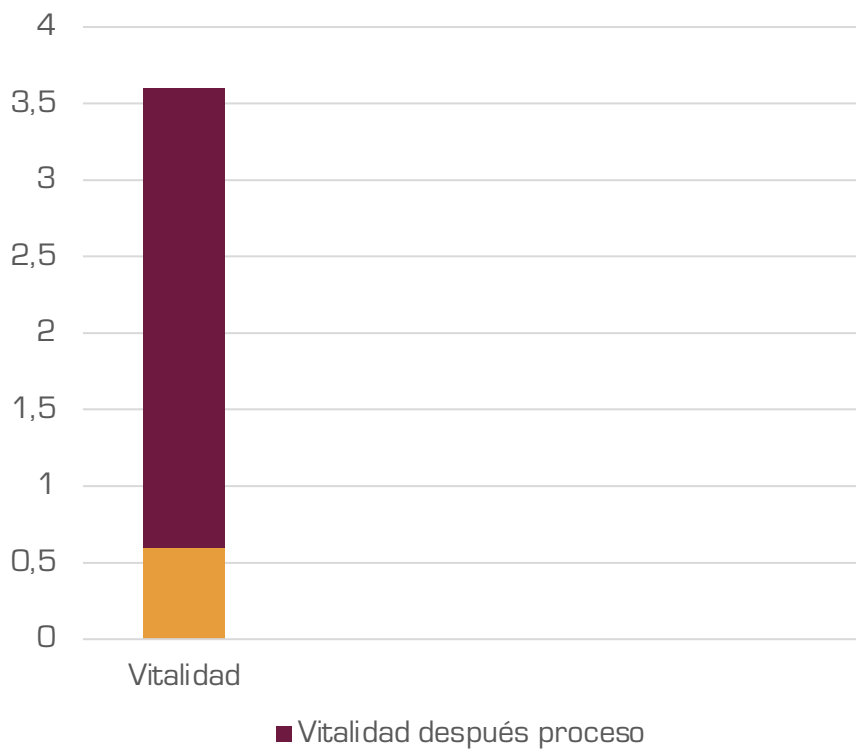
Hipótesis 6: Aumenta la percepción de energía disponible para la vida cotidiana

- ✓ **Bienestar asociado a la vitalidad** (percepción de energía en la cotidianidad)

Testimonios refieren cambios en el nivel de energía percibida; refieren una **disminución del cansancio y expresan haber encontrado nuevas fuerzas para luchar** (T21,T5).

- ✓ **Bienestar asociado a la energía subjetiva y a la expresión de alegría**.

Testimonios que relacionan el aumento de la energía con el juego y la diversión y refieren disponer de **más sentimientos positivos y mayor capacidad para afrontar la vida** (T30). A su vez, expresan cómo el grupo proporciona mayor energía para actuar en la propia vida (T28). Y también como la espiritualidad-religiosidad las ayuda a recuperar fuerzas y seguir adelante (T31).



(Achotegui, 2006; Brunnet et al., 2020; Currier et al., 2019; Elliot et al., 2021; Fernández et al., 2020; Rodríguez et al. 2022; Martínez, 2019; Sambucini et al., 2020; Vaca Ferrer et al., 2020)

Discusión seguimiento psicológico

Diferencias entre participantes con seguimiento psicológico y sin seguimiento psicológico

Seguimiento psicológico (Sí/No)
pretest: **No diferencias significativas**
postest: **No diferencias significativas**

No se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que disponen de seguimiento psicológico y las que no, tanto en las medidas pretest, como en las medidas postest.

- Contradicción con estudios que muestran apoyo psicológico como factor protector de la salud.
- Umbral máximo de mejora del beneficio del apoyo psicológico?
- Nivel basal de las mujeres derivadas al psicólogo
- Características del apoyo psicológico: temporalidad, abordaje, adaptado culturalmente?

Posibles causas inferidas de los testimonios:

- **Insuficiente frecuencia y temporalidad** de visitas psicólogos/as en la sanidad pública
- **Falta de acomodación cultural** de los abordajes públicos (falta de incorporación de la dimensión espiritual, escasez de formación en interculturalidad y antirracismo, ausencia de la figura de mediador/a intercultural)
- Pérdida general de calidad por **saturación de los servicios**

(Arundell et al., 2021; Brunnet et al., 2020; Cuesta, 2019)

Discusión

Limitaciones y futuras investigaciones

Limitaciones en la validez interna y externa: la asignación por conveniencia de las participantes a los grupos de tratamiento por barrio, interfiere en la validez interna y externa de los resultados.

Nuevas investigaciones: amplíen el tamaño muestral del GC y GE, controlen los cambios vitales e implementen el proyecto CD en otras regiones.

Conclusiones

- **El proyecto CD 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

- **No existen diferencias significativas entre las mujeres que realizan seguimiento psicológico** individual, independiente de Cuerpo-Dolor, y las que no tienen este seguimiento psicológico

- La presente investigación
  - **Amplía el conocimiento científico**
  - **Informa a las administraciones públicas**
  - **Garantiza el derecho de las mujeres**

ANEXO

Estudio de las modalidades de intervención: Programa básico vs. ampliado

Introducción

Se realizan unos primeros estudios preliminares sobre las diferencias que supone participar en un modelo básico vs. participar en un modelo ampliado

Los resultados sugieren que participar en el MODELO AMPLIADO genera mayor reducción de malestar, por tanto MAYOR BIENESTAR.

Modelo básico

1 entrevista individual inicio proceso
12 sesiones terapéuticas
1 sesión evaluación

VS.

Modelo ampliado

1 entrevista individual inicio proceso
16 sesiones terapéuticas
3 sesiones de red comunitaria
25 sesiones individuales por grupo

ANEXO

Estudio de las modalidades de intervención: Un programa de intervención básico vs. ampliado

- Los resultados sugieren que las participantes del modelo ampliado han mostrado, respecto a las participantes del modelo básico:
    - mayor mejora en la percepción general de salud de las mujeres
    - mayor mejora del bienestar subjetivo
    - mayor reducción de los síntomas de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos
    - mayor mejora del funcionamiento general

→ **La modalidad ampliada genera más diferencia pre-post, es decir, mayor reducción de malestar y por tanto mayor bienestar.**

→ **A mayor número de sesiones, mayor reducción de malestar y por tanto mayor bienestar.**

ANEXO

Estudio de las modalidades de intervención: Programa básico vs. ampliado

Variables CORE-OM (ANOVA de medidas repetidas)

	M. Básica		M. Ampliada				
	Pre	Post	Pre	Post	F	*p*	*eta* parcial cuadrado
W	28.25	21.00	24.82	10.54	4.204	0.05*	0.160
P	29.93	21.33	25.41	12.25	2.916	0.10*	0.117
F	20.08	16.65	16.19	7.74	3.276	0.08*	0.13
R	7.99	4.34	4.28	1.44	0.122	0.73	0.006
Total	22.39	16.65	18.36	8.56	3.930	0.06*	0.152
Total sin R	25.47	19.27	21.38	10.08	4.902	0.04*	0.182

*Diferencias **significativas** en bienestar y puntuación total sin riesgo.

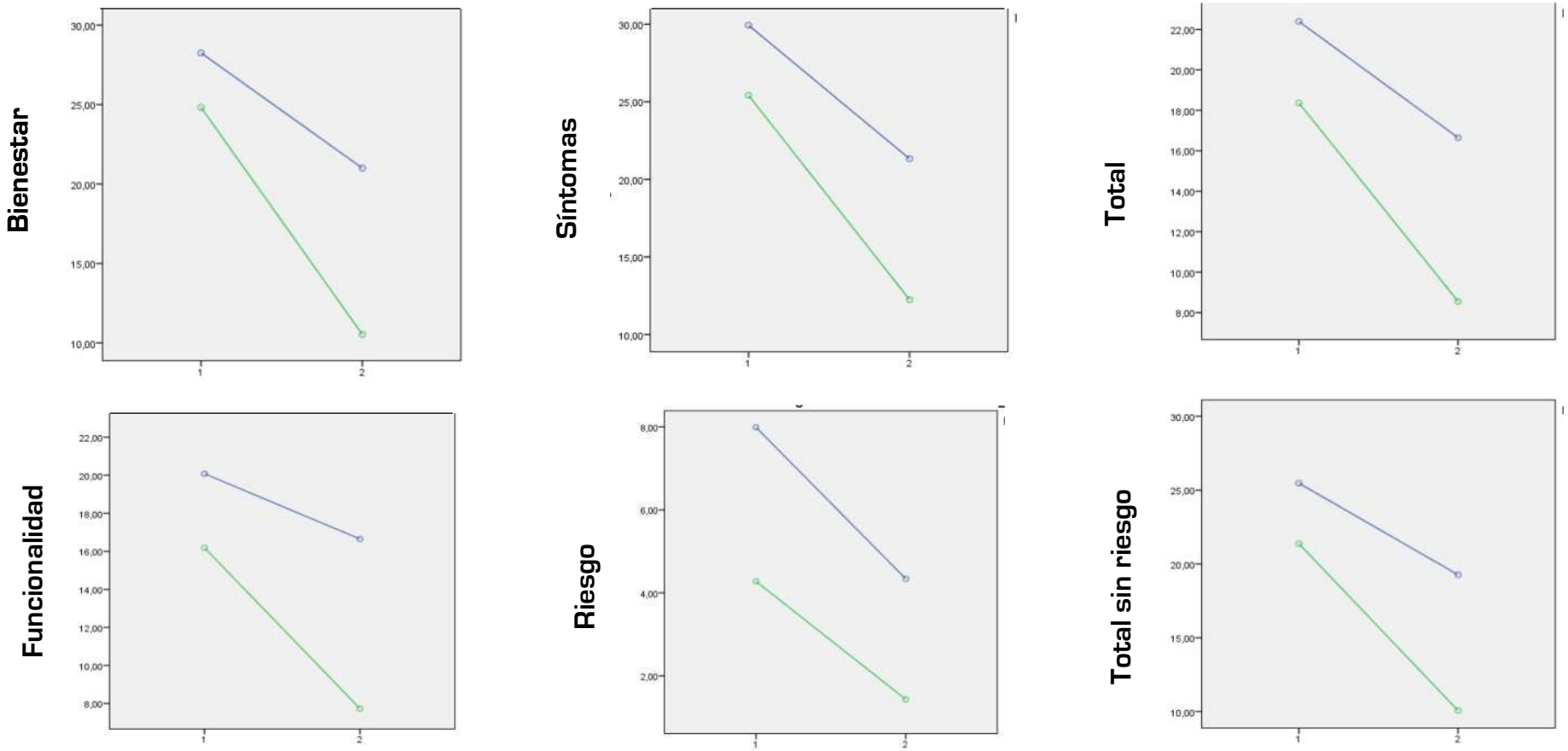
*Diferencias **tendentes a la significación** en problemas/síntomas y funcionamiento.

No diferencias significativas en Riesgo.

ANEXO

Estudio de las modalidades de intervención: Un programa de intervención básico vs. ampliado

Medias marginales estimadas (modelo básico / modelo ampliado)

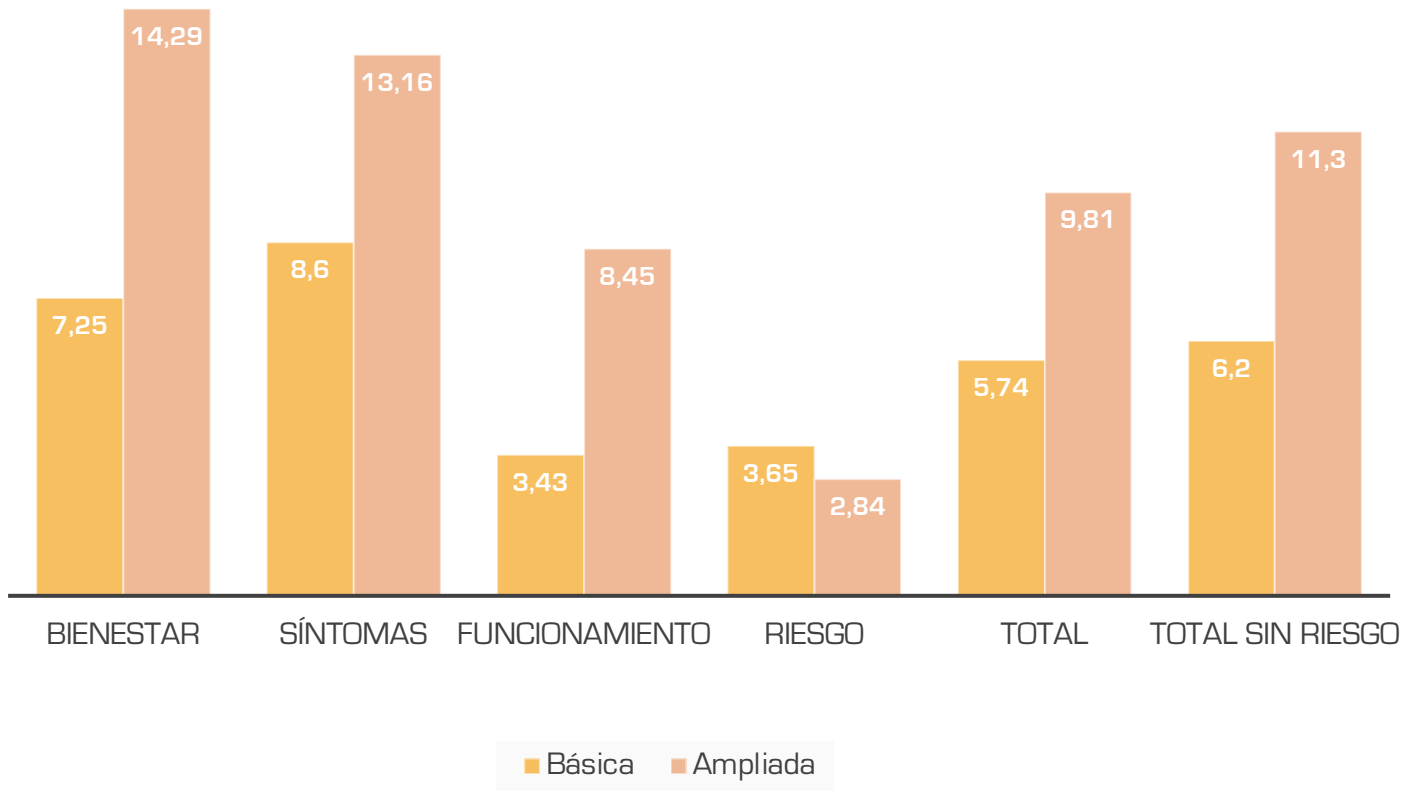


Mayor mejora en modelo ampliado respecto al modelo básico en todos los ámbitos CORE-OM estudiados, excepto en variable riesgo.

ANEXO

Estudio de las modalidades de intervención: Un programa de intervención básico vs. ampliado

Diferencia de medidas pre y post

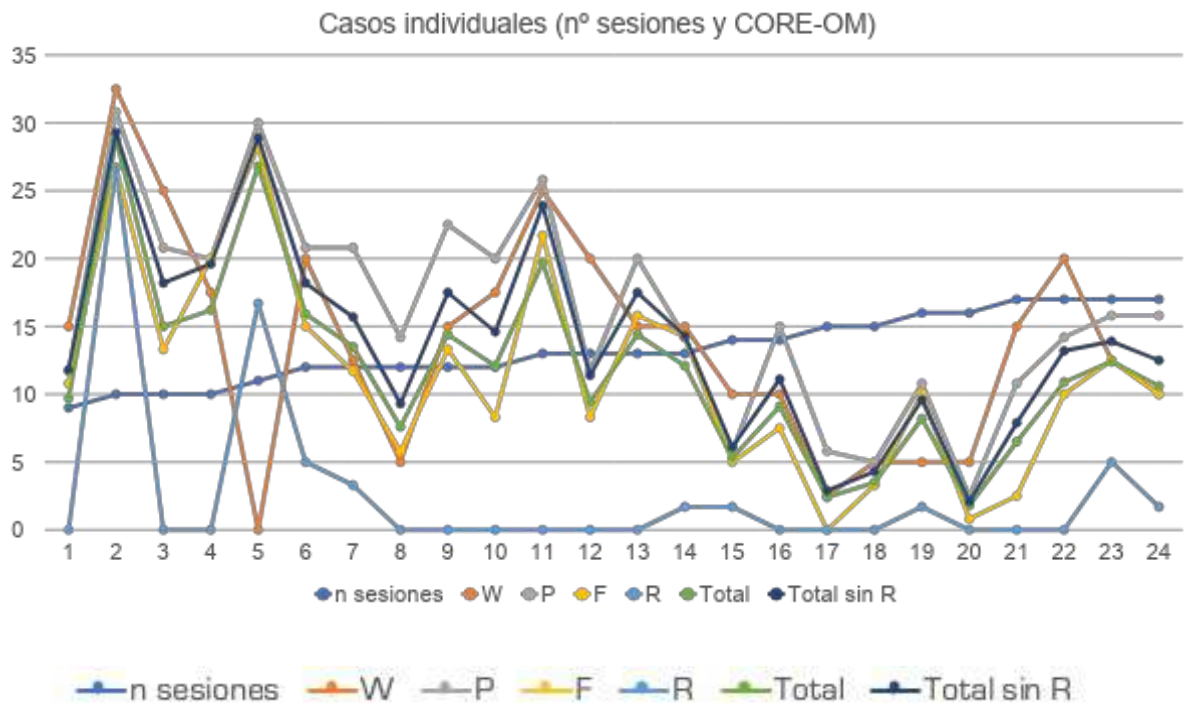


Mayores diferencias en las medidas pre y post en el modelo ampliado respecto del modelo básico. Por tanto: **mayor cambio respecto la línea base, mayor mejoría en el modelo ampliado.**

ANEXO

Estudio de las modalidades de intervención: Un programa de intervención básico vs. ampliado

Relación entre resultados CORE-OM y número de sesiones



Los resultados CORE-OM disminuyen más en las mujeres que han participado en más sesiones. Es decir:

- ✓ **A mayor número de sesiones, mayor reducción del malestar**
- ✓ **La adherencia al tratamiento aumenta su eficacia**
- ✓ **El modelo ampliado es más eficaz que el modelo básico**

ANEXO

Estudio de las modalidades de intervención: Un programa de intervención básico vs. ampliado

Correlaciones (Pearson)

		N_sesiones	W_post	P_post	F_post	R_post	Total_post	TotalsinR_post
N_sesiones	Correlación de Pearson	1	-,528**	-,562**	-,557**	-,307	-,563**	-,580**
	Sig. (bilateral)		,008	,004	,005	,144	,004	,003
	N	24	24	24	24	24	24	24
W_post	Correlación de Pearson	-,528**	1	,809**	,807**	,584**	,871**	,875**
	Sig. (bilateral)	,008		,000	,000	,003	,000	,000
	N	24	24	24	24	24	24	24
P_post	Correlación de Pearson	-,562**	,809**	1	,899**	,593**	,957**	,971**
	Sig. (bilateral)	,004	,000		,000	,002	,000	,000
	N	24	24	24	24	24	24	24
F_post	Correlación de Pearson	-,557**	,807**	,899**	1	,663**	,968**	,970**
	Sig. (bilateral)	,005	,000	,000		,000	,000	,000
	N	24	24	24	24	24	24	24
R_post	Correlación de Pearson	-,307	,584**	,593**	,663**	1	,740**	,650**
	Sig. (bilateral)	,144	,003	,002	,000		,000	,001
	N	24	24	24	24	24	24	24
Total_post	Correlación de Pearson	-,563**	,871**	,957**	,968**	,740**	1	,992**
	Sig. (bilateral)	,004	,000	,000	,000	,000		,000
	N	24	24	24	24	24	24	24
TotalsinR_post	Correlación de Pearson	-,580**	,875**	,971**	,970**	,650**	,992**	1
	Sig. (bilateral)	,003	,000	,000	,000	,001	,000	
	N	24	24	24	24	24	24	24

Correlaciones negativas en todos los ámbitos, por tanto **tendencia a la disminución del malestar a medida que aumenta el número de sesiones** (excepto variable Riesgo)

Referencias de la presentación

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).

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/reg.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 [PRaCTICED]. *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.

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

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

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.

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. doi.org/10.4321/S1135-57272014000600008

Referencias de la presentación

Crenshaw, K. (1991). Race, gender, and sexual harassment. s. Cal. l. Rev., 65, 1467.

Cuesta, C. R. (2019). La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes. *Psicosomàtica 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., 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

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

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-Estepa, 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.

Referencias de la presentación

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

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.

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

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).

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

Salaberría Irízar, 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.

Referencias de la presentación

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

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.

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

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

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. *IIAB Poster Award prize 2.*

Para obtener el detalle de la investigación completa contactar con:

elisavela@gmail.com
676345010

info@retorna.net
www.retorna.net