

Evaluación de una intervención en estrategias de afrontamiento del estrés transcultural en inmigrantes

Larraitz Zumeta

Doctora en Psicología por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV / EHU), Donostia-San Sebastián, España.

Investigadora Posdoctoral en la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV / EHU), Donostia-San Sebastián, España

ID ORCID: [0000-0003-0108-7331](https://orcid.org/0000-0003-0108-7331)

E-mail: larraitznerea.zumeta@ehu.eus

Alicia Puente Martínez

Doctora en Psicología por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV / EHU), Donostia-San Sebastián, España.

Investigadora pos doctoral en la Universidad de Washington in St. Louis, USA.

ID ORCID: [0000-0001-5534-604X](https://orcid.org/0000-0001-5534-604X)

E-mail: apuentema@gmail.com

Submetido em: 30/04/2020. Aprobado em: 20/07/2020. Publicado em: 13/01/2021.

RESUMEN

Las migraciones internacionales por motivos políticos y económicos son un fenómeno creciente. El País Vasco (España) es una zona de recepción de personas inmigrantes, principalmente procedentes de América Latina y África. Una parte importante del colectivo de personas inmigrantes viven en situación de vulnerabilidad psicosocial y exclusión social por su situación jurídica irregular, falta de perspectivas de integración laboral y social y escasez de redes de apoyo. Ante estas situaciones de emergencia humana y social, algunos municipios han impulsado intervenciones en esta población. Este trabajo evalúa la implementación de un programa de intervención psicosocial dirigido a mejorar estrategias de afrontamiento adaptativo ante situaciones cotidianas generadoras de estrés en personas inmigrantes en situación vulnerable. Se espera que la intervención permita incrementar el bienestar y la resolución de dificultades y problemas, potenciando la capacitación personal y grupal. Participaron 39 personas (M = 41 años, DT = 9.53, 61.5% hombres) en tres ediciones en dos municipios (Ermua y Durango). La intervención consistió en 12 sesiones grupales semanales, con dos medidas (antes y después) constituidas con instrumentos estandarizados de salud mental (GHQ-12), bienestar afectivo (PNA), regulación emocional (MARS), autoeficacia, integración (IOS), apoyo social (SSQ), y satisfacción con la intervención (CST). Se muestran cambios significativos positivos pre-post en salud mental, balanza emocional, aumento de las estrategias adaptativas e incremento de la percepción de autoeficacia, de integración y de apoyo social. Se mostró que la perspectiva comunitaria y participativa resulta clave para la gestión del estrés social y la exclusión social.

Palabras clave: Inmigración. Estrés transcultural. Afrontamiento.

Avaliação de uma intervenção em estratégias de afrontamento de estresse transcultural em imigrantes

RESUMO

A migração internacional por razões políticas e econômicas é um fenômeno crescente. O País Basco (Espanha) é uma área que recebe imigrantes, principalmente da América Latina e da África. Uma parte significativa da população imigrante vive em uma situação de vulnerabilidade psicossocial e exclusão social devido a seu status legal irregular, falta de perspectivas de integração laboral e social e escassez de redes de apoio. Diante destas situações de emergência humana e social, alguns municípios têm promovido intervenções nesta população. Este trabalho avalia a implementação de um programa de intervenção psicossocial destinado a melhorar as estratégias de enfrentamento adaptativo diante de situações cotidianas que geram estresse em imigrantes vulneráveis. Espera-se que a intervenção permita aumentar o bem-estar e a resolução de dificuldades e problemas, promovendo o treinamento pessoal e grupal. Trinta e nove pessoas participaram (M = 41 anos de idade, SD = 9,53, 61,5% homens) em três edições em dois municípios (Ermua e Durango). A intervenção consistiu em 12 sessões semanais em grupo, com duas medidas (antes e depois) constituídas por instrumentos padronizados de saúde mental (GHQ-12), bem-estar afetivo (NAP), regulação emocional (MARS), auto eficácia, integração (IOS), apoio social (SSQ), e satisfação com a intervenção (CST). Mudanças positivas significativas pré-pós são mostradas na saúde mental, no equilíbrio emocional, no aumento das estratégias adaptativas e no aumento da percepção da auto eficácia, da integração e do apoio social. A perspectiva comunitária e participativa demonstrou ser fundamental para a gestão do estresse social e da exclusão social.

Palavras-chave: Imigração. Estresse transcultural. Enfrentamento.

Evaluation of an intervention of coping strategies used by migrants to deal with acculturative stress

ABSTRACT

International migrations for political and social issues are a growing phenomena. Basque Country (Spain) is a region that hosts migrants mostly from Latin America and Africa. A significant part of these groups live in a vulnerable situation due to their legal status, lack of perspectives for labor and social integration, as well as the absence of social networks. To face this human and social emergency, some municipalities have created specific intervention programs. This work evaluates a psychosocial intervention program aimed to improve the instrumental coping used by migrants who are in a vulnerable situation to deal with daily stressful situations. We expected that the intervention program would increase well-being and improve the resolution of problems and conflict, by strengthening participants personal and group abilities. The sample was composed for 39 participants (M = 41 years, DT = 9.53, 61.5% men) who participated in three consecutive editions carried on in two different municipalities (Ermua and Durango). The intervention consisted of 12 group sessions, one per week and 2 evaluations (pre and post). Evaluation included standardized measures about mental health (GHQ-12), affective well-being (PNA), emotional regulation (MARS), self-efficacy, integration (IOS), social support (SSQ) and satisfaction with the intervention (CST). Results showed significant and positive changes in pre-post scores, indicating improvements in mental health, a decrease in negative affect and an increase in the use of adaptive coping strategies, self-efficacy and a greater perception of integration and social support. These results show that a participative and community perspective is important to manage stress and social exclusion.

Keywords: Immigration. Cross-cultural stress. Coping.

INTRODUCCIÓN

El número de migrantes internacionales ha aumentado en un 49% desde el año 2000 y se prevé un aumento continuo de la migración y el éxodo en los próximos años debido a las guerras, las presiones políticas, sociales, económicas y climáticas sobre la población civil a nivel mundial (ACNUR, 2018). Actualmente, España es el noveno país de la Unión Europea con mayor porcentaje de residentes nacidos en el extranjero (EUROSTAT, 2019), las personas inmigrantes representan alrededor del 14.3% de la población. Más concretamente, la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) que es una zona de baja tasa de inmigración extranjera y extra-comunitaria también ha incrementado el porcentaje de personas extranjeras en los últimos años, del 6.4% de la población total en el 2010 al 10% en 2020, siendo la mayor parte de las personas inmigrantes procedentes de América Latina (49%) y África (21%) (IKUSPEGI, 2011; IKUSPEGI, 2018).

Al llegar a las sociedades de acogida, las personas y las familias inmigrantes se enfrentan a nuevos desafíos y factores de estrés que repercuten considerablemente en su salud física y mental (ABUBAKAR *et al.*, 2018). Numerosas investigaciones han señalado la influencia del factor migratorio como un determinante de la salud mental y el bienestar (ej., ACHOTEGUI, 2009; SALABERRIA; HARO; DEL VALLE, 2017; VEGA-ESCAÑO *et al.*, 2018). El cambio de vida, la adaptación lingüística, relacional y normativa pueden producir un profundo sentimiento de desorientación en la persona inmigrante, a lo que se añade la percepción de distancia cultural en creencias, costumbres y valores (BASABE, 2007). Otro aspecto relevante del proceso migratorio es el dolor por la pérdida múltiple y masiva de vínculos afectivos, del contacto con el grupo de pertenencia, el estatus social, los riesgos para la integridad y la salud, y la incertidumbre ante el proyecto migratorio y vital, conformando el duelo migratorio (ACHOTEGUI, 2009; ACHOTEGUI, 2012; SALABERRIA; HARO; DEL VALLE, 2017).

Otros factores que afectan negativamente a las personas inmigrantes son las experiencias de discriminación, las barreras para la obtención de la residencia legal, las diferencias de género, y los bajos ingresos económicos (GONZÁLEZ; UBILLOS, 2011; ZLOBINA *et al.*, 2006). Los estudios han demostrado que la discriminación étnica o racial tiene consecuencias graves para el bienestar y la salud de los miembros del grupo devaluado causando síntomas depresivos (FINCH; KOLODY; VEGA, 2000) y afectando a la autoestima personal (MESCH; TURJEMAN; FISHMAN, 2008).

A todos estos factores propios del proceso migratorio hay que añadirles la fuerte crisis económica que atravesó España entre los años 2008-2014 y que afectó profundamente a las tasas de desempleo, con mayor dureza a las personas extranjeras residentes (ACHOTEGUI, 2012). Según datos de la Encuesta de Población Activa correspondientes al primer trimestre del 2013 (punto álgido de la crisis económica) la tasa de paro en personas con nacionalidad española fue casi del 25% y en las personas extranjeras con permiso de trabajo alcanzaba el 39.16% (INE, 2013).

Ante esta dura situación, la acogida que brinda la sociedad receptora, es crucial para el bienestar personal y social. Es decir, las herramientas y recursos de la sociedad para la integración de las personas inmigrantes son fundamentales para que puedan llegar a sentirse y percibirse como parte de la sociedad en la que viven (BENET-MARTÍNEZ *et al.*, 2002; BOBOWIK; BASABE; PÁEZ, 2015). Estas herramientas, además, suponen un gran desafío comunitario para las sociedades interculturales contemporáneas (GILSTER, 2012; STOLL; WONG, 2007). Sin embargo, el contexto socio-político arroja una realidad muy diferente. A las dificultades propias del proceso migratorio y al complicado contexto de crisis económica y desempleo, se añade el endurecimiento de las políticas migratorias y de residencia, la discriminación y el prejuicio, además del incremento de discursos exclusivistas y xenófobos (ABUBAKAR *et al.*, 2018).

Este conjunto de factores propios de la experiencia migratoria y del contexto socio-económico generan en las personas más vulnerables altos niveles de estrés y malestar. El estrés se ha definido como “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, percibido por el primero como amenazante y que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar” (Lázarus, 1966 en GONZÁLEZ-CASTRO *et al.*, 2020). Si las demandas son excesivas, intensas y/o prolongadas en el tiempo pueden llegar a superar la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo generando estrés crónico (SALABERRIA; HARO; DEL VALLE, 2017), que puede resultar patológico (p.ej., PATIÑO; KIRCHNER, 2010). El estrés genera ansiedad, depresión y sintomatología psicósomática como cefaleas, insomnio, falta de apetito, deterioro físico general, cambios de humor, e incluso, alteraciones de la conducta y de la personalidad que pueden derivar en hábitos no saludables (p.ej., SALABERRIA; HARO; DEL VALLE, 2017; VEGA-ESCAÑO *et al.*, 2018). Investigaciones previas sobre la salud de las personas inmigrantes tanto en España como en otros países, observan altos niveles de síntomas psicológicos entre los inmigrantes, con puntuaciones superiores al 80-85% en relación con la población autóctona no clínica (p.ej., PATIÑO; KIRCHNER, 2010).

Este estado de estrés de alta intensidad, relevante y crónico del inmigrante ha sido denominado el “síndrome de Ulises”, haciendo referencia al cuadro reactivo ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas, que generalmente se agudiza por la falta de apoyo social y el déficit en capital social (ACHOTEGUI, 2009; ACHOTEGUI, 2012). El nivel de apoyo social en el país de acogida y una estrecha relación con personas de dicho país amortigua el estrés y se asocia a una mejor adaptación transcultural. Los antecedentes de investigación muestran que una mayor percepción de apoyo social subjetivo y una mayor relación con los amigos autóctonos y con la familia, se asocian con mayor salud mental (FINCH; VEGA, 2003), satisfacción vital, bienestar y mayor percepción de integración (GARCÍA-CID, *et al.*, 2017; SARASON *et al.*, 1987).

Por el contrario, la falta de apoyo social exacerba los efectos de los sucesos negativos de la vida (BASABE *et al.*, 2004; GARCÍA-CID *et al.*, 2017; LEFCOURT; MARTIN; SALEH, 1984). Del mismo modo, la percepción de baja integración o los lazos sociales debilitados dentro de la comunidad de acogida y las dificultades de acceso a servicios de salud y servicios sociales podría conducir a resultados negativos para la salud (CHEN *et al.*, 2011). Ante esta situación y las consecuencias que de ella se derivan, cabe potenciar la capacidad de regulación emocional, afrontamiento y adaptación de la persona migrante y así favorecer el proceso de ajuste psicosocial desde una perspectiva más positiva y adaptativa que promueva la recuperación de la salud mental y el bienestar personal (PATIÑO; KIRCHNER, 2010).

La regulación emocional y el afrontamiento implican una serie de estrategias cognitivas y conductuales que se utilizan para reducir y minimizar los efectos negativos de una situación estresante o amenazante (PUENTE-MARTÍNEZ *et al.*, 2018). En la medida en la que las estrategias son capaces de mejorar los afectos positivos y mitigar los efectos negativos, las formas de afrontamiento han sido definidas como adaptativas-funcionales o desadaptativas -disfuncionales (GROSS, 2015; PUENTE-MARTÍNEZ *et al.*, 2018). En este sentido, investigaciones previas muestran mejores resultados sobre la salud mental mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema, que cuando éstas se centran únicamente en la emoción (SHEPPES; GROSS, 2012), también en las personas inmigrantes (PATIÑO; KIRCHNER, 2010). Por ejemplo, se ha demostrado que los esfuerzos para modificar directamente la situación (acciones instrumentales directas) y alterar su impacto emocional constituyen una poderosa forma de regulación emocional. Sin embargo, se debe de tener en cuenta que los esfuerzos de afrontamiento activos requieren que las personas tengan los recursos necesarios para tener éxito en la aplicación de estas estrategias (ZAKI; WILLIAMS, 2013; PUENTE-MARTÍNEZ *et al.*, 2018).

Desde la psicología y otras ciencias humanas, se destaca la necesidad de generar procesos de aprendizaje accesibles a las personas inmigrantes más vulnerables, mediante programas de intervención psicosocial planteados como entrenamiento en competencias emocionales, cognitivas e instrumentales-resolutivas que permitan una posterior autonomía del aprendizaje y del afrontamiento de problemas (MARTÍNEZ; GARCÍA, 2018). Desde esta perspectiva, la intervención psicosocial con carácter interdisciplinar y formativo precisa de la colaboración y participación activa de las organizaciones e instituciones de la comunidad para fomentar un aprendizaje social que promueva el aprendizaje personal (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 1995), mejorando los recursos de las personas inmigradas (MARTÍNEZ; GARCÍA, 2018). En este sentido diversas administraciones han implementado políticas públicas que favorecen la integración de personas inmigrantes en sus comunidades de residencia.

Este trabajo evalúa la eficacia de un programa de intervención psicosocial para personas inmigrantes vulnerables residentes en las poblaciones de Ermua y Durango (Vizcaya, CAPV) que fue fomentado por la oficina de inmigración de los respectivos ayuntamientos. En concreto se evalúa como la participación en el programa de entrenamiento en habilidades para el afrontamiento del estrés migratorio mejoró la salud percibida, bienestar afectivo, las habilidades de afrontamiento adaptativo, la autoeficacia, integración y percepción de apoyo social.

EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

El programa de intervención psicosocial fue realizado en tres ediciones (2013 - 2016), de noviembre a febrero, con el objetivo general de incrementar las habilidades-capacidades de las personas participantes ante las situaciones de estrés mediante la identificación de problemas y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas.

Como objetivos específicos se definieron: (a) Identificar y detectar las situaciones fuente de estrés transcultural; (b) Potenciar las emociones positivas a nivel personal y grupal como sistema de equilibrio y protección ante situaciones de estrés agudo y mantenido; (c) Analizar los recursos de afrontamiento utilizados en situaciones estresantes valorando sus resultados; (d) Desarrollar habilidades-competencias personales y recursos instrumentales-resolutivos adecuados al contexto; (e) Crear una identidad grupal como sistema de equilibrio y apoyo en situaciones de estrés mantenido; (f) Potenciar recursos de afrontamiento social y comunitario adaptativo, mejorando la red de apoyo social y la participación activa comunitaria incrementando las opciones de integración social.

El plan de trabajo del programa se estructuró en tres fases con dos equipos de trabajo. Una primera fase que recogía el *proceso de derivación y selección del grupo de personas participantes o beneficiarias*. En esta fase, desde la administración (técnicas de inmigración, trabajadoras sociales, etc.) se invitó a los principales actores sociales y comunitarios (Cruz Roja, Cáritas, CEAR, centros de Educación de Personas Adultas (EPA's), asociaciones de inmigrantes, deportivas y culturales) que están en contacto directo con las personas inmigrantes más vulnerables a detectar y derivar a la persona al equipo de selección/evaluación, en base a criterios estipulados¹. Después, cada participante realizaba una entrevista personal con dos expertas que evaluaban la idoneidad de la persona para el programa. Dichas entrevistas tenían tres funciones (a) informar de forma clara y concisa sobre la intervención psicosocial, (b) proporcionar consentimiento informado, y firma del compromiso de confidencialidad y participación, y (c) realizar una evaluación funcional de la situación actual de la persona entrevistada. La selección final se ajustó a los criterios de inclusión/exclusión estipulados (véase Apéndice I).

¹ Véase Apéndice I: Protocolo de derivación-inclusión.

La segunda fase consistía en la *intervención psicosocial*, compuesta por formación y entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés transcultural.

Con una metodología de trabajo participativa, donde mediante ejercicios, se trabajaban situaciones surgidas en el grupo y el aprendizaje de recursos de afrontamiento, utilizando el juego de roles y la discusión grupal para identificar problemas, y proponer y evaluar soluciones. Las 12 sesiones grupales semanales² de 90 minutos de duración a cargo de psicólogas se organizaron en dos fases: (1) *Fase 1 - Sesión 1 a la 5: Formación*: centrada en la creación de un clima positivo de trabajo, en analizar las situaciones estresantes habituales y gestionar emociones, tanto positivas como negativas. (2) *Fase 2 - Sesión 6 a la 12 - Entrenamiento* de estrategias y recursos de afrontamiento: cuyo objetivo es analizar y entrenar nuevos recursos cognitivos e instrumentales de afrontamientos de situaciones generadoras de estrés. Además, desde la sesión 6, los últimos 30 minutos de la sesión se dedicaban a la visita de un actor socio-comunitario de cara a facilitar la creación de vínculos con la comunidad y el acceso de las personas participantes a los recursos disponibles en su municipio. El listado de actores socio-comunitarios a invitar se exploraba con el grupo en la primera sesión, y tras llegar a un acuerdo éste era trasladado a las personas técnicas de inmigración que realizaban la invitación. Acudieron técnicas de inmigración y cultura, representantes del Consejo Cooperación al Desarrollo, Cruz Roja, Cáritas, radio local, banco del tiempo, asociaciones deportivas y diversas asociaciones de tiempo libre.

Finalmente, se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa de la intervención, así como el análisis de calidad del programa.

En resumen, el objetivo de este trabajo es primordialmente comprobar la eficacia de un programa de intervención psicosocial en estrategias de afrontamiento al estrés transcultural para personas inmigrantes en situación de vulnerabilidad psicosocial, evaluando si las personas participantes mejoraron su salud mental, bienestar afectivo, regulación emocional y afrontamiento de dificultades y problemas, su percepción de autoeficacia, integración y apoyo social, así como su satisfacción con la intervención.

METODOLOGÍA

MUESTRA

De las 75 personas beneficiarias de la intervención, 39 respondieron a los cuestionarios pretest y postest de evaluación (48% no lo hicieron). El 43.6% ($N = 17$) corresponden al municipio de Ermua y el 56.4% ($N = 22$) a Durango. La edad de las personas participantes osciló de 22 a 64 años ($M = 41$ años; $DT = 9.53$). Más de la mitad de los participantes fueron hombres (véase Tabla 1). El tiempo medio de estancia en España fue de aproximadamente 6 años ($M = 74.88$ meses, $DT = 69.90$) y la media de hijos residentes en origen fue de 1 (rango 0-8). Del total de participantes en la evaluación, la mayor parte estaban casados/as, seguidos de los solteros/as, divorciados/as y viudos/as. Un alto porcentaje provenía de África, concretamente Senegal (39.5%), Guinea Ecuatorial (12.8%) y Marruecos (10.3%), y el resto de América Latina, donde predomina Brasil (7.7%). Alrededor de la mitad de los/as participantes no tenían permiso de residencia ni reconocimiento jurídico, mientras que la otra mitad tenía permiso temporal condicionado a la consecución de un empleo. Sólo una persona tenía la nacionalidad española en el momento de la entrevista. Más de la mitad de los participantes tenía como única fuente de ingresos una ayuda social y tan sólo el 7.7% indicó tener ingresos propios. En cuanto a la situación laboral, sólo una persona tenía empleo y otra era estudiante, mientras el resto estaban desempleadas.

² Véase Apéndice II: Intervención psicosocial: Sesiones.

Tabla 1 – Características socio-demográficas de la muestra

Variables		N	%
Sexo	Hombre	24	61.5
	Mujer	15	38.5
Estado Civil	Casado/a	16	41
	Soltero/a	14	35.9
	Divorciado/a	6	15.4
	Viudo/a	1	2.6
	No contesta	2	5.1
Origen	África	31	79.5
	América Latina	7	17.9
	Europa	1	2.6
Situación Jurídica	Con Permiso Residencia	18	46.2
	Sin Permiso Residencia	19	48.7
	Nacionalidad	1	2.6
	No responde	1	2.6
Fuente Ingresos	Propios	3	7.7
	Ayuda Social	23	59
	Familiar	5	12.8
	Otros	7	17.9
Situación Laboral	Desempleado	37	94.9
	Empleado	1	2.6
	Estudiante	1	2.6

Nota: África: Mali, Guinea, Senegal, Marruecos, Burkina Faso, Sahara, Argelia y Camerún. Latino-América: Nicaragua, Colombia, Brasil, Venezuela. Europa: Rusia.

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

Para evaluar la eficacia de la intervención se aplicó un diseño cuantitativo de medidas repetidas (pretest y postest) sin grupo control en dos poblaciones de la CAPV, Ermua y Durango. La medida pretest se recogió en una sesión individual previa al programa de intervención, la postest al finalizar la sesión doce; ambas sin la presencia de las psicólogas y mediante autoinforme con el apoyo del equipo de evaluación. La participación en el estudio (evaluación de la intervención) fue voluntaria y sin remuneración.

La duración de los cuestionarios fue de 30 minutos aproximadamente. Así mismo y, en sesión individual, las personas del equipo de evaluación informaron detalladamente sobre la investigación a las personas participantes, proporcionaron el consentimiento informado, y codificaron los datos alfanuméricamente, garantizando el anonimato y el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (BOE-A-2018-16673) y regulación del Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos (CEISH).

VARIABLES E INSTRUMENTOS³

Datos sociodemográficos (edad, género, población de residencia, estado civil, país de origen, situación jurídica, fuente de ingresos, situación laboral entre otras).

Salud Mental: GHQ-12 (General Health Questionnaire, GOLDBERG; WILLIAMS, 1988; versión española SÁNCHEZ-LÓPEZ; DRESCH, 2008; ROCHA *et al.*, 2011). Detecta síntomas asociados al estrés (distrés). Consta de 12 ítems tipo Likert, seis de ellos son sentencias positivas (ej., “¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?”) y seis negativas (ej., “¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?”) con un rango de respuesta de cuatro puntos (0 = *más que lo habitual*, 3 = *mucho menos que lo habitual*). Mayor puntuación representa más riesgo de salud mental, ansiedad y depresión. Los índices de fiabilidad en la muestra fueron ($\alpha_{T1} = .60$, $\alpha_{T2} = .70$)

Bienestar Afectivo: PNA (Afectividad positiva-negativa; Bradburn (1969); adaptada por Vergara, Yáñez e Páez (1989) e Bobowik, Basabe e Páez (2015)). Mide el nivel de bienestar o malestar afectivo. Se trata de una escala de 18 ítems tipo Likert distribuidos en dos dimensiones: (1) El afecto positivo (ej., “¿Se ha sentido particularmente estimulado o interesado por algo?”) y (2) el afecto negativo (ej., “¿Se ha sentido muy solo o distante de la gente?”), con cinco opciones de respuesta (0 = *poco o nunca*, 4 = *casi todo el tiempo*). Los alfas Cronbach fueron: afecto positivo $\alpha_{T1} = .78$, $\alpha_{T2} = .69$, $\alpha_{Total} = .66$, y afecto negativo $\alpha_{T1} = .69$, $\alpha_{T2} = .76$.

Estrategias de Afrontamiento: MARS (Medida de Affect Regulation Styles; LARSEN; PRIZMIC, 2004; PUENTE-MARTÍNEZ *et al.*, 2018). Incluye distintas formas de afrontamiento y regulación emocional ante situación de estrés. Se compone de 28 ítems extraídos de la adaptación propuesta por Puente-Martínez *et al.* (2018).

Se refiere a los acontecimientos de los últimos 12 meses con una escala de respuesta de tipo Likert que va de 0 (*nunca*) a 6 (*casi siempre*). Distingue entre las formas de afrontamiento tradicionalmente definidas como adaptativas (19 ítems: autocontrol, auto responsabilidad, expresión emocional regulada, emociones contrarias, descarga emocional y manejo fisiológico activo, reevaluación positiva, la distracción y la espiritualidad) frente a otras de naturaleza inadaptativa (8 ítems: evitación cognitiva y la rumiación, el manejo fisiológico pasivo, la inhibición-supresión, la comparación social y la confrontación). Las puntuaciones más altas indican un mayor uso de estas formas de afrontamiento y regulación emocional en los episodios emocionales negativos. La consistencia interna de la escala fue adecuada ($\alpha_{T1} = .81$, $\alpha_{T2} = .89$).

Percepción de Autoeficacia (Autoeficacia general; SUÁREZ; GARCÍA; MORENO, 2000). Se utilizaron 2 ítems con una escala tipo Likert que mide la percepción del sujeto sobre su capacidad para manejar los estresores de la vida cotidiana (ej. “Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo”) con un rango de 4 puntos (1 = *incorrecto* a 4 = *cierto*). La fiabilidad fue satisfactoria $\alpha_{T2} = .77$.

Integración: IOS (Escala Pictórica de Fusión de Identidad; ARON; ARON; SMOLLAN, 1992; PÁEZ *et al.*, 2015). Mide la proximidad relacional o fusión de identidad entre Yo y el Grupo (en este caso las personas autóctonas), mediante un ítem pictórico (*Qué dibujo describe mejor tu relación con las personas vascas- autóctonas- de tu municipio*), con un rango de respuesta incremental de 1 a 5.

Percepción de Apoyo Social: SSQ-6, (Versión breve de Social Support Questionnaire; SARASON *et al.*, 1987, adaptada por MARRERO; CABALLEIRA, 2010). Evalúa el grado de satisfacción con el apoyo social recibido, especialmente emocional.

³ La batería de medidas incluye más instrumentos de los reportados en este trabajo.

Se compone de 6 ítems tipo Likert (ej., “Alguien me consuela cuando estoy disgustado/a”) y la cantidad de apoyos para cada ítem (este apartado no fue incluido), con un rango de respuesta de seis puntos (1 = *muy satisfecho*, a 6= *muy insatisfecho*). Los índices de fiabilidad fueron $\alpha_{T1} = .98$, $\alpha_{T2} = .82$.

Satisfacción con el programa de intervención: (CST) (Larsen *et al.* (1979), versión española Odriozola, De Corral Gargalo e Irizar (1998)). Mide el grado de satisfacción general con la intervención recogiendo la calidad y satisfacción. Consta de 5 ítems tipo Likert (ej., “¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?”), con un rango de respuesta incremental de cuatro puntos. El índice de fiabilidad fue $\alpha_{T2} = .87$.

Mejora percibida (Ad-hoc). Mide el grado de mejora percibida tras la participación en la intervención mediante un ítem tipo Likert (“¿Para finalizar señalé cómo se siente en general desde la última evaluación?”) con un rango de respuesta de siete puntos (1 = *mucho peor* a 7 = *mucho mejor*).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron análisis de descriptivos y de fiabilidad (alfa de Cronbach). Se calcularon diferencias de medias (*t-test*) para muestras relacionadas entre las puntuaciones pretest y posttest para comprobar los efectos de la intervención. Se utilizó el programa SPSS 26.0. Se incorporó el tamaño del efecto (TE) de las diferencias, utilizando la *d* de Cohen. Los valores del tamaño del efecto menores de .20 son considerados pequeños, de .50 medianos y .80 grandes (COHEN, 1988).

RESULTADOS

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: DIFERENCIAS PRETEST-POSTEST

Mediante el análisis *t* de Student para muestras relacionadas, se exploró si existían diferencias pretest-postest en las variables incluidas en la evaluación (véase Tabla 2).

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre-post para la variable salud mental, indicando una reducción significativa de los síntomas asociados al estrés y del riesgo en salud mental tras la intervención (hasta un 48% menos), con un tamaño del efecto grande ($d = -2.27$).

Los niveles de afecto negativo son significativamente menores en el posttest en comparación con el pretest, con un tamaño del efecto grande ($d = -1.22$). Lo que indica que las personas participantes reducen los niveles de ansiedad (alta activación y displacer) después de la intervención. Sin embargo, no hay diferencias significativas en el nivel de afectos positivos (alegría, calma o aumento de la energía entre otras) entre las medidas pre-post test, y el tamaño del efecto es pequeño/mediano ($d = 0.29$).

Existen diferencias significativas entre el pre-post tras la intervención en el uso de las estrategias de afrontamiento de tipo adaptativo (uso de estrategias de autocontrol, auto responsabilidad, expresión emocional regulada, humor y cariño, descarga emocional y manejo fisiológico activo, así como mayor reevaluación positiva, distracción y religiosidad o espiritualidad). Sin embargo, no se han encontrado cambios pre-post en el uso de las estrategias desadaptativas o disfuncionales (evitación cognitiva y rumiación, manejo fisiológico pasivo, inhibición-supresión, comparación social y confrontación). El tamaño del efecto es medio ($d = 0.74$) para las estrategias de afrontamiento de tipo adaptativo e inexistente para las estrategias desadaptativas.

Se ha producido un incremento significativo en la percepción de autoeficacia después de la intervención y el tamaño del efecto es grande ($d = 1.52$). Los participantes han reportado más confianza en sí mismos para hacer frente a los problemas y buscar nuevas soluciones.

En el mismo sentido, los datos muestran una mejora significativa respecto a la satisfacción con el apoyo social tras participar en la intervención, con un tamaño del efecto grande ($d = 1.89$).

Es decir, las personas participantes perciben que han ampliado y fortalecido su red social de apoyo (sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación positiva, ayuda física y participación social). También, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el pre-post para la escala de integración, con una magnitud de efecto grande ($d = 1.18$). Este resultado indica que las personas, tras participar en la intervención, se perciben más próximas e integradas dentro de la comunidad de acogida.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA POR LOS PARTICIPANTES

Se utilizó el cuestionario de satisfacción con el programa para conocer el nivel de satisfacción de las personas con los diferentes aspectos de la intervención en la evaluación final. Los resultados indicaron una satisfacción general media de 2.79 ($DT = 0.81$) en una escala con un rango de 1-4. El análisis de los ítems independientes reveló $M = 3.51$ ($DT = 0.68$) para la pregunta “Si un amigo necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría este programa?”, una $M = 2.76$ ($DT = 0.99$) para “En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el programa recibido?”, $M = 2.63$ ($DT = 1.03$) para “¿Le han ayudado las sesiones que ha recibido para hacer frente más eficazmente a sus problemas?”, $M = 2.54$ ($DT = 1.06$) para “¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?”, y $M = 2.48$ ($DT = 0.99$) en “¿Cómo calificaría la calidad del programa que ha recibido?”. Todas las puntuaciones se situaron por encima de la media teórica de 2.

Tabla 2 – Comparaciones de medias entre la medida pretest y posttest

	Pre-test		Post-test		T-student		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Salud mental	7.17	2.06	3.97	1.89	-7.09	<.001	-2.27
Afecto positivo	2.39	0.61	2.49	0.49	0.91	.367	0.29
Afecto negativo	2.75	0.64	2.34	0.57	-3.83	<.001	-1.22
Afrontamiento adaptativo	3.07	1.13	3.69	1.11	2.33	.025	0.74
Afrontamiento no adaptativo	2.49	0.89	2.50	0.97	0.07	.942	0.02
Autoeficacia percibida	3.19	0.41	2.62	0.67	4.76	<.001	1.52
Apoyo social	3.02	1.55	4.56	0.79	5.91	<.001	1.89
Integración	2.64	0.94	3.48	1.39	3.68	<.001	1.18

Nota: N = 39.

Además, los/as participantes aportaron información sobre el nivel de mejoría percibida tras su participación en el programa. La media general de esta escala estuvo en 6 ($DT = 1.37$) en un rango de 1 a 7, indicando que los participantes percibieron mejoras importantes tras su participación en el programa de intervención.

CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la intervención psicosocial en estrategias de afrontamiento del estrés transcultural en migrantes. Los resultados indicaron mejoras significativas en todos los indicadores analizados, incluyendo una reducción de los síntomas asociados al estrés y la ansiedad, una reducción del afecto negativo, mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y mayor autoeficacia percibida, mayor percepción de apoyo social e integración después de participar en el programa. El afecto positivo no mostró una mejora estadísticamente significativa, sin embargo, se observa una tendencia positiva relevante para la intervención. No se produjeron cambios respecto a las estrategias de afrontamiento no adaptativas.

En cuanto al estado general de salud mental, las altas puntuaciones en la medida previa a la intervención representan un alto riesgo para la salud mental, teniendo como referencia los baremos de cribado ($= > 5$, alto riesgo para la salud mental) para población general (ROCHA *et al.*, 2011; SÁNCHEZ-LÓPEZ; DRESCH, 2008) e investigaciones previas en población inmigrante (GARCÍA-CID *et al.*, 2017; SALABERRIA; HARO; DEL VALLE, 2017). Por ejemplo, García-Cid *et al.* (2017) encontraron utilizando el mismo instrumento de medida (GHQ-12) que las personas migrantes mostraban una puntuación media 2.75 en salud mental. En la investigación realizada por Navarro-Lashayas (2014), las personas inmigrantes sin hogar y sin empadronamiento o con empadronamiento precario alcanzaban medias de 5.4 sobre 12.

Los datos encontrados en la entrevista de evaluación de las personas participantes en la intervención (media de GHQ-12 > 7) concuerdan con múltiples investigaciones que vinculan la experiencia migratoria con el riesgo para la salud mental y con sintomatología psicosomática por estrés y ansiedad (PATIÑO; KIRCHNER, 2010; VEGA-ESCAÑO *et al.*, 2018), y riesgo de salud mental que se incrementa cuando a la experiencia migratoria se añaden situaciones extremas de vulnerabilidad psicosocial (NAVARRO-LASHAYAS, 2014). Tras la intervención se produce una disminución importante del riesgo en salud mental, lo que indica una mejoría importante en la sintomatología derivada del estrés y la ansiedad. Con cierta lógica y en línea con los antecedentes de investigación (LECEROF *et al.*, 2015; SALABERRIA; HARO; DEL VALLE, 2017; VEGA-ESCAÑO *et al.*, 2018), muchas de las personas mantienen niveles elevados de riesgo para la salud mental y emocional tras la intervención, dado que los principales factores estresantes y generadores de angustia propios de la situación vital de las personas participantes (falta de trabajo, falta de reconocimiento jurídico y permiso de trabajo, duelo migratorio, falta de ingresos, etc.) no han desaparecido tras la intervención, donde únicamente se han podido trabajar las capacidades de regulación emocional, afrontamiento instrumental y desarrollo de redes sociales. Estos datos, refuerzan la necesidad de realizar intervenciones de corte clínico y psicosocial que ayuden a reducir esta sintomatología y sus posibles consecuencias en personas inmigrantes con vulnerabilidad psicosocial (MARTÍNEZ; GARCÍA, 2018).

Tras la intervención, se redujeron significativamente las emociones negativas asociadas al estrés. Respecto a las emociones positivas el contraste pre-post no fue significativo, aunque muestra una tendencia creciente. Es decir, tras la intervención, las preocupaciones, el miedo, la ansiedad, la apatía y la tristeza, entre otros componentes del afecto negativo, han disminuido.

Este resultado resulta positivo ya que las emociones negativas están relacionadas con el uso de estrategias de afrontamiento ante el estrés desadaptativas, un peor ajuste psicológico y peor salud mental (supresión del pensamiento, evitación, rumiación y autoculpa). Por el contrario, mantener adecuados niveles de emociones positivas mejora el bienestar y la salud mental a largo plazo (GONZÁLEZ- CASTRO *et al.*, 2020). Además, investigaciones previas han señalado la que el contexto y el medio ambiente son variables relevantes al analizar el estrés por aculturación y por supuesto en la evaluación de una intervención, dado que según la situación pueden actuar tanto como factores protectores o como factores de riesgo es este proceso de estrés (GONZÁLEZ-CASTRO *et al.*, 2020; RUDMIN, 2009). Este argumento podría explicar que no se hayan encontrado variaciones significativas en el afecto positivo, ya que los/las participantes forman parte de un grupo de intervención que se desarrolla dentro de un contexto seguro y estable. Sin embargo, cabe desatacar el tamaño del efecto que indica una tendencia de mejora en las emociones positivas, aunque sutil no resultó significativo. Considerando el tamaño maestra, sería interesante explorar este efecto en futuras evaluaciones.

También encontramos un incremento en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, es decir: estrategias de autocontrol, auto responsabilidad, expresión emocional regulada, emociones contrarias, descarga emocional y manejo fisiológico activo. Así mismo, aumentó el uso de la reevaluación positiva, la distracción y la religión o espiritualidad. Este resultado se ve apoyado por los estudios previos que afirman que la regulación de los estados emocionales negativos mediante el uso de estrategias adaptativas (por ejemplo, el uso de la reevaluación) mejoran el ajuste psico-social y estado de salud en población migrante (JOHNSON; BLANCHARD, 2016; MARTINS; RAMALHO; MORIN, 2010).

Sin embargo, no ha disminuido de forma significativa el uso de las estrategias no adaptativas tras la intervención (evitación cognitiva y la rumiación -culpa-, el manejo fisiológico pasivo, la inhibición-supresión, la comparación social y la confrontación) más vinculadas a la depresión (PATIÑO; KIRCHNER, 2010) y con problemas de salud (SAKLOFSKE *et al.*, 2007). Cabe mencionar ante estos resultados, que el uso de estrategias de afrontamiento “adaptativas” o “desadaptativas” no es en todos los casos necesariamente positivo o negativo, para comprender qué estrategias son más adecuadas en cada situación y contexto, las futuras intervenciones o programas deben considerar la interacción de factores individuales y contextuales (BAUDRY *et al.*, 2018; GONZÁLEZ-CASTRO *et al.*, 2020).

Las personas participantes informaron de una mayor percepción de autoeficacia tras la intervención. Este resultado concuerda con los resultados previos, donde la mejora en bienestar afectivo, la regulación emocional sobre todo de su estado de ánimo negativo y la mejora de la adaptación instrumental de sus estrategias de afrontamiento fortalecen su percepción de control y competencia, lo que le permite dirigir sus recursos para hacer frente a la situación y sufrir menos el impacto de los eventos estresantes (GONZÁLEZ-CASTRO *et al.*, 2020).

Otro de los aspectos relevante que mejora es la satisfacción con el apoyo social. La participación en el programa de intervención amplió la red social de los/las participantes (sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación positiva, ayuda física y participación social). Este factor se ha relacionado con el control del estrés, mayor salud mental (FINCH; VEGA, 2003), satisfacción vital, bienestar y mayor percepción de integración (GARCÍA-CID *et al.*, 2017; SARASON *et al.*, 1987). En este sentido, también se incrementó la percepción de integración en la comunidad (conexión física y proximidad psicológica con la población autóctona).

La percepción integración social también resultan ser un aspecto protector fundamental de la salud mental de las personas inmigrantes y del su bienestar (QIU *et al.*, 2011; ZHANG; ZHAO, 2015). Por lo tanto, los beneficios de una mayor integración social sobre la reducción de estrés transcultural son consistentes con los estudios previos (XIA *et al.*, 2020).

Por último, las personas participantes reflejaron un alto grado de satisfacción con el programa de intervención. Además, señalaron que el programa fue de alta calidad, proporcionó a las personas participantes un alto grado de satisfacción con el mismo, es recomendable para otras personas y percibieron que les había ayudado a afrontar mejor su situación personal.

Este trabajo cuenta con ciertas limitaciones que debemos considerar. En primer lugar, la limitación más importante es la ausencia de grupo control de comparación en la evaluación de la intervención. El diseño inicial incluía grupo control, pero debido a las dificultades y características propias de la población diana no fue posible concretarlo. En segundo lugar, poco más de la mitad de los participantes completaron ambos cuestionarios (pre-post). Las dificultades idiomáticas, el lenguaje técnico de los instrumentos estandarizados y las limitaciones de tiempo pueden ser algunos de los factores explicativos. Además, el pequeño tamaño de la muestra, condicionada por el tamaño del grupo adecuado a las dinámicas de trabajo grupal pero limitante de cara al análisis cuantitativo de los datos. Futuras investigaciones en este contexto deberían incorporar un grupo de control con un diseño de intervención postergada que permita asegurar la validez interna, metodologías mixtas al proceso de evaluación y adaptar el lenguaje de los instrumentos estandarizados al nivel de comprensión de las personas participantes.

En resumen, los resultados del presente estudio muestran una mejora en la salud mental de las personas inmigrantes, pero también, en el estado afectivo, en la capacidad y eficacia para afrontar las situaciones estresantes asociadas al proceso migratorio, así como, en las relaciones sociales y la percepción de integración y apertura al exterior.

Desde el punto de vista aplicado, este estudio plantea una serie de recomendaciones para los programas de salud e intervenciones psicosociales con poblaciones de inmigrantes similares, pero también extrapolables a otros colectivos con riesgo psicosocial y alto grado de estrés situacional, incluyendo, en todos los casos, análisis longitudinales que permitan comprobar los posibles efectos o cambios. Además, los resultados de este estudio podrían aplicarse dentro de un contexto de salud pública. Parece importante comprender los elementos que reducen el estrés transcultural y enfocar intervenciones y programas de salud pública en dominios específicos (relaciones personales, afrontamiento de situaciones estresantes, estilos de comunicación y vínculos sociales) que pueden ayudar a las personas inmigrantes con alta vulnerabilidad a mejorar su capacidad para afrontar los importantes desafíos de su situación personal.

REFERENCIAS

- ABUBAKAR, I. *et al.* The ucl–lancet commission on migration and health: the health of a world on the move. *The Lancet*, v. 392, p. 2606-2654, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7.
- ACHOTEGUI, J. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional* (Revista on line), v. 7, p. 1-15, 2009. Disponible em: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf>. Acceso em: 5 ene. de 2019.
- ACHOTEGUI, J. La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Revista Temas de Psicoanálisis*, v. 3, p. 1-16, 2012. Disponible em: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2011/12/ACHOTEGUI-PDF.pdf>. Acceso em: 8 mar. 2019.
- ACNUR. *Global trends: forced displacement in 2017*. 2017. Disponible em: <https://www.unhcr.org/5b27be547.pdf>. Acceso em: 1 de mayo, 2019.
- ARON, A.; ARON, E.; SMOLLAN, D. Inclusion of other in the self scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 63, p. 596-612, 1992.
- BASABE, N. Diferencias culturales y comunicación: integración socio-cultural de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. In: IGARTUA J.; MUÑOZ C. (Orgs.). *Medios de comunicación, inmigración y sociedad*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2007. p. 233-256.
- BASABE, N.; ZLOBINA, A.; PÁEZ, D. *Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco*. País Vasco: Eusko Jaurlaritzaren Argi-talpen Zerbitzu Nagusia, 2004. 141p.
- BAUDRY, A. S. *et al.* Sub-dimensions of trait emotional intelligence and health: a critical and systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Psychology*, v. 59, p. 206-222, 2018.
- BENET-MARTINEZ, V. *et al.* Negotiating biculturalism: cultural frame switching in biculturals with oppositional versus compatible cultural identities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 33, p. 492-516, 2002.
- BOBOWIK, M.; BASABE, N.; PÁEZ, D. The bright side of migration: hedonic, psychological, and social well-being in immigrants in Spain. *Social Science Research*, v. 51, p. 189-204, 2015.
- BRADBURN, N. M. *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine, 1969.
- CHEN, X. *et al.* Social stigma, social capital reconstruction and rural migrants in urban China: a population health perspective. *Human Organization*, v. 70, p. 22-32, 2011.
- COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.
- EUROSTAT (2019). Eurostat-Tables, 2018. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data>.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. *Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas*. Madrid: Síntesis, 1995.
- FINCH, B. K.; KOLODY, B.; VEGA, W. A. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of health and social behavior*, v. 1, p. 295-313, 2000.
- FINCH, B. K.; VEGA, W. A. Acculturative stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, v. 5, p. 109-117, 2003.
- GARCÍA-CID, A. *et al.* Social support, resilience and place of origin in immigrants' mental health and vital satisfaction. *Universitas Psychologica*, v. 16, p. 91-104, 2017. Disponible em: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10016919943/>. Acceso em: 1 mayo 2019.
- GILSTER, M. E. Comparing neighborhood-focused activism and volunteerism: psychological well-being and social connectedness. *Journal of Community Psychology*, v. 40, p. 769-784, 2012. DOI: 10.1002/jcop.20528
- GOLDBERG, D.; WILLIAMS, P. *Windsor*. UK: NFER-Nelson, 1988.
- GONZÁLEZ-CASTRO, J. L. *et al.* The role of emotional intelligence and sociocultural adjustment on migrants' self-reported mental well-being in Spain: A 14-Month Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, p. 1206, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17041206.
- GONZÁLEZ-CASTRO, J. L.; UBILLOS, S. Determinants of psychological distress among migrants from Ecuador and Romania in a Spanish city. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 57, p. 30-44, 2011. DOI: 10.1177/0020764009347336.
- GROSS, J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 2015, vol. 26, no 1, p. 1-26. DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- IKUSPEGI. *Percepciones y actitudes hacia la población de origen extranjero*. 2011. Disponible em: <https://www.ikuspegi.eus/documentos/barometros/2011/bar2011casOKopt.pdf>. Acceso em: 3 abr. 2019.
- IKUSPEGI. *Percepciones y actitudes hacia la población de origen extranjero*. 2018. Disponible em: https://www.ikuspegi.eus/documentos/barometros/2018/bar_CAE_2018_CAS_web.pdf. Acceso em: 3 abr. 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Informes trimestrales*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2013. Disponible em: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4249#!tabs-tabla>. Acceso em: 19 abr. 2019.

- JOHNSON, S. K.; BLANCHARD, A. Emotional intelligence and mental health: stress and symptom reporting pathways. *Journal of Mental Health Counseling*, v. 38, p. 79-92, 2016. DOI: 10.17744/mehc.38.1.06.
- LARSEN, D.; ATTKISSON, C.; HARGREAVES, W.; NGUYEN, T. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, v. 2, p. 197-207, 1979.
- LARSEN, R. J.; PRIZMIC, Z. Affect regulation. In: BAUMEISTER, R.; VOHS, K. (Eds.), *Handbook of Self-regulation Research*. New York: Guilford press, 2004. p. 40-60.
- LEFCOURT, H. M.; MARTIN, R. A.; SALEH, W. E. Locus of control and social support: interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 47, p. 378, 1984. DOI: 10.1037/0022-3514.47.2.378.
- LECEROF, S. S. *et al.* Does social capital protect mental health among migrants in sweden?. *Health Promotion International*, v. 31, p. 644-652, 2015. DOI: 10.1093/heapro/dav048.
- MARRERO QUEVEDO, R. J.; CARBALLEIRA ABELLA, M. El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, v. 33, p. 39-46, 2010.
- MARTINS, A.; RAMALHO, N.; MORIN, E. A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences*, 2010, vol. 49, no 6, p. 554-564. DOI: 10.1016/j.paid.2010.05.029.
- MARTÍNEZ, M. F.; GARCÍA, J. M. Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del Psicólogo*, v. 39, p. 96-103, 2018. Disponible em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/778/77855949003/77855949003.pdf>. Acceso em: 3 abr. 2019.
- MESCH, G. S.; TURJEMAN, H.; FISHMAN, G. Perceived discrimination and the well-being of immigrant adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 37, p. 592-604, 2008. DOI: 10.1007/s10964-007-9210-6.
- NAVARRO-LASHAYAS, M. Á. Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v.34, p. 711-723, 2014. DOI: 10.4321/S0211-57352014000400005.
- ODRIOZOLA, E. E.; DE CORRAL GARGALO, P.; IRÍZAR, K. S. Terapia de conducta y tratamientos psicofarmacológicos. In: VALLEJO, M. A. *Manual de Terapia de Conducta*. Dykinson, 1998. p. 133-165.
- PÁEZ, D. *et al.* Psychosocial effects of perceived emotional synchrony in collective gatherings. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 108, p. 711-729, 2015. DOI: 10.1037/pspi0000014.
- PATIÑO, C.; KIRCHNER, T. Stress and psychopathology in latin-american immigrants: the role of coping strategies. *Psychopathology*, v. 43, p. 17-24, 2010. DOI: 10.1159/000255959.
- PUENTE-MARTÍNEZ, A. *et al.* Examining the structure of negative affect regulation and its association with hedonic and psychological wellbeing. *Frontiers in Psychology*, v. 9, p. 1592, 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01592.
- QIU, P. *et al.* Rural-to-urban migration and its implication for new cooperative medical scheme coverage and utilization in China. *BMC public health*, v.11, p. 520. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/520>. Acceso em: 3 abr. 2019.
- ROCHA, K.B. *et al.* Propiedades psicométricas y valores normativos del general health questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 11, 125-139, 2011.
- RUDMIN, F. Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *International Journal of Intercultural Relations*, v. 33, p. 106-123, 2009. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2008.12.001.
- SAKLOFSKE, D.H. *et al.* Individual difference correlates of health-related behaviours: preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, v.42, p. 491-502, 2007. DOI: 10.1016/j.paid.2006.08.006.
- SALABERRIA, K.; HARO, S.; DEL VALLE, A. Estrés migratorio y salud mental. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, v.25, p. 419-432, 2017.
- SÁNCHEZ-LÓPEZ, M.P.; DRESCH, V. The 12-item general health questionnaire (ghq-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, v. 20, p. 839-843, 2008.
- SARASON, I. G. *et al.* Brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of social and personal relationships*, v. 4, p. 497-510, 1987.
- SHEPPES, G.; GROSS, J. J. Emotion regulation effectiveness: what works when. In TENNEN H.A.; SULS J.M. (Eds.), *Handbook of Psychology*, Indianapolis, 2012. p. 391-406.
- STOLL, M. A.; WONG, J. S. Immigration and civic participation in a multiracial and multiethnic context. *International Migration Review*, v. 41, p. 880-908, 2007. DOI: 10.1111/j.1747-7379.2007.00104.
- SUÁREZ, P. S.; GARCÍA, A. M. P.; MORENO, J. B. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, v.12, p. 509-513, 2000.
- VEGA-ESCAÑO, J. *et al.* El factor migratorio como determinante de salud: una intervención transcultural desde la enfermería del trabajo. *Enfermería Clínica*, v. 28, p. 57-62, 2018. DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.08.
- VERGARA, A.; YÁRNOZ, S.; PÁEZ, D. Escala de afectividad positiva y negativa (PNA) de Bradburn. En ECHEVARRÍA, A.; D. PÁEZ, D. (Orgs.). *Emociones: Perspectivas Psicosociales*, Madrid, 1989. p. 447-479.

XIA, X. *et al.* Reprogrammed astrocytes display higher neurogenic competence, migration ability and cell death resistance than reprogrammed fibroblasts. *Translational Neurodegeneration*, v. 9, p. 1-11. DOI: 10.1186/s40035-020-0184-6.

ZAKI, J.; WILLIAMS, W. C. Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, Washington, v. 13, p. 803–810, 2013. DOI: 10.1037/a0033839.

ZHANG, J.; ZHAO, Z. Social-family network and self-employment: evidence from temporary rural–urban migrants in China. *IZA Journal of Labor & Development*, v. 4, p. 4, 2015. DOI: 10.1186/s40175-015-0026-6.

ZLOBINA, A., *et al.* Sociocultural adjustment of immigrants: Universal and group-specific predictors. *International Journal of Intercultural Relations*, 2006, vol. 30, no 2, p. 195-211. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2005.07.005.

FINANCIACIÓN

Esta investigación fue apoyada por el Ministerio Español de Economía y Competitividad [PSI2014-51923-P/PSI2017-84145-P], el Gobierno Vasco [con el proyecto IT-1187-19 y beca de Investigación Postdoctoral REF. POS_2019_004 para Alicia Puente Martínez], la Universidad del País Vasco Beca [Beca Postdoctoral ESPDOC18/33 para Larraitz N. Zumeta] y por los Ayuntamiento de Ermua y de Durango [OTRI 20150478/79; OTRI 0140396/97 y OTRI 20130200/03].

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a las personas participantes, al equipo de evaluación y las psicólogas a cargo de las sesiones, con especial mención a Ana Varela. A las personas del Grupo Consolidado de Investigación en Psicología Social “CCE” por sus contribuciones al diseño y evaluación del programa, especialmente a Nekane Basabe por su dirección y supervisión; también a los actores socio-comunitarios que con su implicación proporcionaron al programa su dimensión más comunitaria. Y finalmente, a las técnicas de inmigración Ane Enzunza (Ermua) y Verónica Redondo (Durango), sin ellas y su trabajo este proyecto no hubiera sido posible.

Cuadro 1 – Criterios para la derivación y aceptación en programa de intervención

Criterios de Inclusión * son requisitos imprescindibles	Criterios de Exclusión * valorar cada aspecto y cada caso concreto con especial atención.
Es una persona “inmigrante” entre 18 y 65 años. Comprende y habla castellano (nivel medio). Se muestra desbordada/o (deficiencias en recursos personales). Solicita ayuda psicosocial o acompañamiento. Se valora necesario el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y regulación emocional para situaciones de estrés o crisis.	Tratamiento de enfermedad psiquiátrica severa diagnosticada. Actualmente experimenta trauma de alta gravedad en los últimos 3 meses o severo duelo reciente (muerte o desaparición de familiar de 1er grado, agresiones, guerra, etc.). Tiene problemas de adicción o consumos no controlados (ej. drogas, alcohol, etc.). Tiene antecedentes penales de conducta violenta.
Aspectos a valorar: Valore los aspectos y su nivel de presencia de 1 a 5,(1 = nada, 2 = poco, 3 = moderado, 4 = bastante y 5 = mucho). Ponga especial atención a cada aspecto.	
Desajuste o pre-agotamiento emocional Manifiesta estrés-ansiedad Manifiesta síntomas depresivos leves Vivencia crisis situacional Solicita ayuda psicosocial o acompañamiento Acude algún tipo de intervención o actividad grupal (rango de valoración total > 12 puntos)	

APÉNDICE I

RUTA DE REGISTRO: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN-INCLUSIÓN: PROCEDIMIENTO

El procedimiento consta de cuatro fases: una vez la persona es detectada como población diana, se le informa sobre la existencia del programa. Posteriormente, si muestra interés el o la profesional rellenará la hoja de derivación [1], y le traslada al servicio técnico de inmigración [2], que tras acoger a la persona y registrar los datos notificará a las evaluadoras su interés. Una de las evaluadoras mantien con la persona interesada una entrevista individual[3]. Finalizada la ronda de entrevistas y realizados los análisis pertinentes , las evaluadoras informan del listado de participantes en la intervención a las técnicas del servicio de inmigración y a las personas seleccionadas su admisión[4].

APÉNDICE II

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: SESIONES

Presentamos, a continuación, el desarrollo de las 12 sesiones del programa para la formación psico-social y el aprendizaje en estrategias de afrontamiento al estrés transcultural.

Sesión 1 – Organización del grupo y comienzo

- Presentación del grupo
- Presentación efectiva del programa e información sobre el mismo
- Consensuar proceso de trabajo
- Firma de acuerdo con participantes
- Presentación del esquema de trabajo
- Presentación de situaciones habituales de estrés de forma general

Sesión 2 – Compartir emocional y análisis de posiciones emocionales

- Recogida de necesidades, situaciones estresantes y recursos disponibles
- Análisis de dificultades habituales generales y vinculadas a las diferencias culturales
- Determinación de aprendizajes necesarios de manejo estrés y comunicación intercultural

Sesión 3 – Estrés, características e indicadores

- Indicadores físicos, emocionales, cognitivos, sociales, ...
- Emociones y funcionamiento reactivo
- Afrontamientos poco eficaces y resultados derivados
- Nuevas estrategias de afrontamiento para conseguir resultados más adaptativos
- Determinación de situaciones habituales estresantes incluyendo los conflictos por diferencia culturales

Sesión 4 – Bienestar: Emociones positivas y equilibrio. Manejo fisiológico

- Gestionar aspectos positivos y utilizarlos para el bienestar
- Generar emociones positivas
- Equilibrar emoción y pensamiento
- Manejo de síntomas físicos y control de impulsos
- Comprender nuestras sensaciones

Sesión 5 – Técnicas de manejo de recursos fisiológicos

- Manejo de síntomas físicos y control de impulsos
- Técnicas de relajación y visualización
- Técnicas de activación
- Otros a decidir por profesional responsable

Sesión 6 – Entrenamiento en recursos de afrontamiento: Comunicación regulada y asertividad I (sesión de 2 horas de duración)

- Reglas eficaces de comunicación intercultural
- Proceso comunicacional y organización
- Planificación del proceso
- Elementos esenciales
- Situaciones para entrenamiento
- Evaluación de proceso

Sesión 7 – Entrenamiento en recursos de afrontamiento: Comunicación regulada y asertividad II

- Mejora capacidad comunicación intercultural
- Entrenamiento situacional
- Análisis de dificultades y resultados
- Nuevos recursos, situaciones planteadas y ejercicios

- Información por parte de representante de 1 recurso comunitario

Sesión 8 – Entrenamiento en recursos de afrontamiento: Afrontamiento instrumental resolución de problemas 1

- Análisis de factores involucrados: manejables y no manejables
- Generar opciones para diferentes factores: mapas mentales
- Analizar viabilidad opciones novedosas
- Recursos necesarios para el afrontamiento adaptativo
- Resultados posibles, situaciones planteadas y ejercicios
- Información por parte de representante de 1 recurso comunitario

Sesión 9 –Entrenamiento en recursos de afrontamiento: Construcción del apoyo social

- Grupos de apoyo emocional efectivo
- Apoyo instrumental y gestión de problemas
- Presentación de recursos comunitarios: públicos y privados
- Información sobre recursos por parte de representantes de asociaciones y otros, 2 personas máximo

Sesión 10 – Entrenamiento en recursos de afrontamiento: Afrontamiento instrumental resolución de problemas 2

- Análisis de factores involucrados: manejables y no manejables
- Generar opciones para diferentes factores
- Analizar viabilidad de opciones
- Recursos necesarios
- Resultados posibles

- Reestructuración cognitiva

- Información por parte de representante de 1 recurso comunitario

Sesión 11 – Procesos de integración comunitaria y redes sociales

- Revisión del trabajo realizado durante el programa
- Recursos fisiológicos, apoyo social, recursos de afrontamiento, análisis de problemas y generación de nuevas opciones
- Recursos de participación social y comunitaria
- Análisis de los diferentes recursos, adecuación y utilización
- Representantes de 1-2 diferentes recursos comunitarios

Sesión 12 – Cierre de grupo (sesión de 2 horas de duración)

- Narrativa del proceso realizado
- Potenciar el grupo como sistema de apoyo emocional e instrumental
- Nuevas posibilidades de actuación
- Transición 2ª fase Información necesaria sobre las líneas de continuación
- Evaluación de aprendizaje y desarrollo
- Despedida y cierre de programa