



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

ACEPTACIÓN Y VIABILIDAD DE UN TALLER GRUPAL CON POBLACIÓN MIGRANTE

Autora: Patricia Sánchez Carrillo

Tutor: José Manuel Caperos Montalbán

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Junio 2025

Resumen

Introducción: La población migrante presenta una mayor vulnerabilidad a distintas sintomatologías psicológicas. Esta vulnerabilidad se considera relacionada con el duelo migratorio, además de otros factores de riesgo asociados a la experiencia migratoria. El apoyo social y la integración a nivel comunitario son factores protectores subrayados respecto a la salud mental de la población migrante. En los últimos años se han llevado a cabo con éxito numerosas intervenciones de carácter grupal dirigidas a este colectivo, destacando los grupos de apoyo o grupos de intervención psicosocial, que presentan numerosos beneficios respecto a otros formatos de intervención. El presente estudio evalúa la aceptabilidad y viabilidad de un protocolo de intervención en formato de taller grupal, y su potencial impacto.

Método: Se ha realizado un estudio de viabilidad y aceptabilidad con metodología mixta en una muestra de 11 mujeres migrantes reclutadas por el criterio de conveniencia.

Resultados: Los resultados muestran una alta aceptación y viabilidad del protocolo realizado, así como algunos cambios informados por las participantes.

Palabras clave: Mujeres migrantes; talleres grupales; malestar psicológico; apoyo social percibido.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MÉTODO.....	6
2.1. Diseño del estudio	6
2.2. Participantes	7
2.3. Variables y medidas.....	9
2.4. Protocolo de intervención.....	11
2.5. Análisis de datos.....	12
3. RESULTADOS.....	13
4. DISCUSIÓN.....	25
5. REFERENCIAS	27

1. INTRODUCCIÓN

La población migrante presenta una mayor vulnerabilidad a distintas sintomatologías psicológicas, siendo un colectivo con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental y de suicidio (Patel et al., 2017). Especialmente, destaca el riesgo de sufrir sintomatología psicótica, ansiosa y depresiva, y de desarrollar trastorno por estrés postraumático o TEPT (Rousseau & Frounfelker, 2019). En este colectivo es importante distinguir entre refugiados y migrantes no refugiados, siendo menor la prevalencia de problemas de salud mental de estos últimos (Patel et al., 2017). Esta mayor vulnerabilidad psicológica puede considerarse fuertemente asociada al duelo migratorio, es decir, a la experiencia de los cambios no solo en términos de ganancias y beneficios sino de *tensiones y pérdidas* (Achotegui, 2000, p. 84). En concreto, este autor distingue 7 duelos específicos que afrontan las personas que se encuentran en procesos de migración: el duelo por familiares y amigos, por la lengua materna, por la cultura, por la tierra, por el estatus social, por el grupo étnico, y por la seguridad física (Achotegui, 2000).

Además de los duelos señalados, encontramos una serie de factores asociados a la salud mental de la población migrante. Se han considerado factores de riesgo: ser refugiado (Pinilla & Ivars, 2013), ser mujer (Gerritsen et al., 2006), un bajo nivel adquisitivo (Hovey, 2001), la falta de apoyo económico y de habilidades para comunicarse en el país de acogida (Rousseau & Frounfelker, 2019), experiencias de violencia y pérdidas (Miller et al., 2002), la discriminación percibida (Kim et al., 2022), y la soledad y el aislamiento social (Löbel et al., 2022). Destaca, también, el estar expuesto tanto a estresores traumáticos en el país de origen y durante el proceso de migración, como a los que se añaden en relación con las dificultades que conlleva la integración en el nuevo país (Pinilla & Ivars, 2013; Rousseau & Frounfelker, 2019); en este sentido, la experiencia de detención ligada a un estado legal precario constituye un factor de riesgo extremo en relación con la salud mental (Robjant et al., 2009).

Como factores protectores se subrayan: el apoyo social y familiar (García-Cid et al., 2018), el manejo del idioma hablado en el país de acogida (Kim et al., 2012), la integración a nivel comunitario y educativo/laboral (Rousseau & Frounfelker, 2019), contar con recursos económicos (Agudelo-Suárez et al., 2013), el compromiso religioso (Sujoldžić et al., 2006), tener una función clara o rol activo definido (Zarza & Sobrino, 2007), y la capacidad de resiliencia (García-Cid et al., 2018).

En los últimos años se ha puesto el foco en la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a este colectivo que tengan en cuenta la experiencia del migrante en todos sus niveles (Alemi et al., 2016). Se considera que son indicadas las prácticas realizadas por fases, de tal modo que primero se atiende a aspectos más básicos (p. ej. necesidades materiales y apoyo emocional) y después se pase a realizar intervenciones más focalizadas (Rousseau & Frounfelker, 2019). Además, las intervenciones psicosociales de carácter grupal basadas en la comunidad han mostrado positivos el movilizar apoyo social y potenciar el fortalecimiento de la red comunitaria, facilitando la promoción de la seguridad y el bienestar de mujeres migrantes (Greene et al., 2023).

Los grupos de apoyo o grupos de intervención psicosocial constituyen un modelo ampliamente extendido de intervención basada en el apoyo social (Gracia, 2011). Un grupo de apoyo, generalmente, está formado por personas con situaciones vitales similares, y uno o más profesionales que acompañan a los miembros durante un tiempo establecido (Gracia, 1997). Suele combinar una parte educativa –alrededor del contexto o situación vital compartidos– con el apoyo social entre iguales (Gracia, 2011). Forma parte del rol del profesional facilitar el desarrollo de la cohesión grupal –factor imprescindible para que un grupo pueda resultar terapéutico, como la alianza terapéutica lo es respecto a las intervenciones individuales–. Para ello, este debe guiar sus intervenciones según un conjunto de presupuestos teóricos: hablar de sentimientos y de cosas personales, centrarse en el presente, generar confianza o poner conciencia sobre la dificultad en ello, fomentar la apertura mutua, y favorecer situaciones de feedback entre los miembros del grupo (Rodríguez-Zafra & García, 2022).

Este tipo de intervención presenta numerosos beneficios frente a otros formatos de carácter individual en el ámbito de la intervención social: permite una mayor efectividad en cuanto a coste y tiempo, brinda acceso al apoyo múltiple de personas en condiciones similares a la propia, facilita que las personas normalicen sus problemas (al no sentirlos como tan “únicos” o “especiales”), y constituye una vivencia psicológicamente relevante de comunidad (Gottlieb, 1983; Gracia, 2011). Además, se dan varios factores terapéuticos útiles en los grupos de apoyo especializados: la universalidad (existe una sensación generalizada de alivio en los pacientes al ver que no están solos en sus experiencias, que son universales), la orientación (incluye instrucciones didácticas explícitas alrededor de la situación compartida y consejos directos de los miembros del grupo), el altruismo (sentirse útil para otros miembros del grupo es en sí mismo terapéutico; por un lado, aumenta la autoestima, por otro, facilita cambiar el foco de

atención, que suele comenzar estando ensimismado), y la cohesión (apoyo mutuo, aceptación y compromiso básicos) (Vinogradov y Yalom, 1996).

Dadas las características y beneficios de los grupos, y teniendo especialmente en cuenta el factor de protección que supone el apoyo social en población migrante, podría resultar beneficioso continuar implementando formatos grupales de intervención en este colectivo. En concreto, esperaríamos que un formato de taller grupal (con un marco temporal limitado y basado en los elementos clave descritos de los grupos de apoyo) fuese viable y tuviera un buen grado de aceptación por parte de un grupo de mujeres migrantes, en quienes además esperaríamos observar algún cambio o mejora a nivel de malestar psicológico y de apoyo social percibido tras la intervención.

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio piloto de un protocolo de intervención dirigido a mujeres migrantes. De forma específica, se ha evaluado:

- El nivel de adherencia y asistencia a las sesiones.
- El grado de cumplimiento de las actividades propuestas.
- La satisfacción con la intervención de participantes y terapeutas.
- El cambio observado en malestar psicológico y emocional, y en apoyo social percibido antes y después del protocolo.

2. MÉTODO

2.1. *Diseño del estudio*

Se llevó a cabo un estudio de viabilidad y aceptabilidad con metodología mixta. Se recogió información cualitativa para evaluar el nivel de adherencia y asistencia a las sesiones, el grado de cumplimiento con los objetivos y las tareas, y la satisfacción de participantes y terapeutas con la intervención. Se recogió información cuantitativa para evaluar el cambio observado en malestar psicológico y emocional, y en apoyo social percibido antes y después del protocolo.

La intervención se compuso de tres sesiones en formato de taller grupal, con una frecuencia semanal y una duración aproximada de entre una hora y media y dos horas cada una. Las sesiones se plantearon para un grupo de entre 8 y 12 usuarias, y fueron guiadas por seis psicólogos con formación especializada y experiencia como voluntarios en la atención psicológica a personas migrantes en riesgo o situación de exclusión social. El diseño de la intervención contó con la supervisión de una psicoterapeuta *senior* especializada en la atención

a personas migrantes y refugiadas. Las sesiones se dividieron por parejas de terapeutas, ocupándose cada par del diseño y la administración de una sesión.

Se registró información antes y después de la intervención, y durante las propias sesiones. Todos los datos recogidos fueron anonimizados mediante un código y no se codificó información clínica o demográfica con datos que permitieran identificar a las participantes. Las grabaciones fueron destruidas al final del estudio.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Comillas (026/24-25), y obtuvo tanto la autorización de las responsables de los centros comprometidos como el consentimiento informado de todas las participantes.

2.2. Participantes

Las participantes del estudio fueron 13 mujeres migrantes mayores de edad residentes en España, reclutadas de forma voluntaria a través de Pueblos Unidos, organización que atiende a este colectivo. A través de un muestreo por conveniencia, se seleccionaron aquellas que decidieron voluntariamente asistir a los talleres y participar en el estudio.

Fueron criterios de exclusión la presencia de miembros de la propia familia en el taller, por un lado, y presentar trastornos psicológicos graves, por otro, ya que sus características podrían requerir intervenciones especializadas que irían más allá del alcance del taller planteado. En lo referente a edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral y otros aspectos sociodemográficos, el perfil de las participantes fue heterogéneo; no obstante, todas ellas fueron de procedencia latinoamericana.

Todas las asistentes a cada sesión completaron los cuestionarios solicitados en ellas; sin embargo, no todos los cuestionarios se dieron por válidos, ya que algunas usuarias marcaron menos respuestas de las necesarias. Por otro lado, el formulario inicial previo a la intervención fue respondido por nueve mujeres, y el formulario final por seis mujeres de las cuales cinco habían respondido al primero. En cuanto al grupo focal, en este participaron seis mujeres, de las cuales: tres completaron todos los cuestionarios, una el inicial, una el final, y una ninguno de ellos (a excepción de las preguntas administradas en las sesiones, a las que todas respondieron).

La muestra final, por tanto, se ha compuesto de 11 mujeres. No obstante, la cantidad y el tipo de datos obtenidos de unas y otras difiere por el motivo señalado. Las características

sociodemográficas disponibles, recogidas en la Tabla 1, pertenecen a 9 mujeres de edades comprendidas entre los 19 y 63 años ($M = 42$; $DT = 18,7$). Antes de la intervención, ninguna de estas había participado en un grupo terapéutico o de crecimiento personal ni contaba con un diagnóstico psicopatológico, y cuatro eran usuarias de un servicio de escucha y apoyo psicológico.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra (n = 9)

País de origen	frecuencia	% del total
Perú	3	33,3
Venezuela	2	22,2
Colombia	2	22,2
Argentina	2	22,2
Situación administrativa	frecuencia	% del total
Permiso de residencia	1	11,1
Documentación en trámite	4	44,4
Situación de ilegalidad	4	44,4
Nivel de estudios completado	frecuencia	% del total
Educación secundaria	2	22,2
Bachillerato	4	44,4
Formación profesional	2	22,2
Carrera universitaria	1	11,1
Situación laboral	frecuencia	% del total
Activa	1	11,1
Desempleo	8	88,9
Estado civil	frecuencia	% del total
Soltera	5	55,6
En pareja	1	11,1
Separada o divorciada	2	22,2
Viuda	1	11,1

Por otro lado, la Tabla 2 muestra la información clínica descriptiva sobre el duelo migratorio de estas 9 usuarias, cuya puntuación media se sitúa por debajo del punto medio teórico, indicando un nivel moderado de duelo migratorio.

Tabla 2*Nivel de duelo migratorio de la muestra (n = 9)*

	M	DT	Mín.	Máx.
Duelo migratorio*	25,56	8,27	16	40

* MGLQ: Las puntuaciones posibles van de 0 a 60, donde puntuaciones más altas indican mayor intensidad del duelo migratorio (Zamora, 2012).

2.3. Variables y medidas

En primer lugar, se registraron datos sociodemográficos generales de las participantes a través de un cuestionario ad hoc. En concreto, se preguntó lo siguiente: edad, país de origen, tiempo en España, situación administrativa (*nacionalidad española, permiso de residencia, documentación en trámite, o situación de ilegalidad*), nivel de estudios completado (*educación primaria, educación secundaria, bachillerato, formación profesional, carrera universitaria, o postgrado y/o doctorado*), ocupación/profesión, situación laboral actual, estado civil (*soltera, casada, en pareja, separada/divorciada, o viuda*), personas a su cargo (*no, o sí, en cuyo caso: hijos menores, hijos mayores de edad no emancipados, y/u otros familiares dependientes*), diagnósticos psicopatológicos (*no, o sí, en cuyo caso especificarlo*), tratamientos de salud mental recibidos en la actualidad (*no, o sí, en cuyo caso: escucha y apoyo psicológico, psicoterapia, y/o farmacología psiquiátrica*) y participación anterior en un grupo terapéutico o de crecimiento personal (*no, o sí, en cuyo caso indicar el tipo de grupo*).

En segundo lugar, se evaluó el duelo migratorio a través del *Migratory grief and loss questionnaire* o *MGLQ* (Casado, 2002) en su versión traducida al español por Zamora (2012). El MGLQ es un cuestionario de 20 ítems con una escala Likert de 4 puntos (0 = nunca; 3 = siempre). La escala presentó una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,833$).

El malestar psicológico se evaluó por medio del *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure* o *CORE-OM* (Evans et al., 2002), validado al castellano (Feixas et al., 2012). El CORE-OM es un cuestionario de autoinforme con 5 opciones de frecuencia (*nunca, muy pocas veces, algunas veces, muchas veces, o siempre/casi siempre*) que evalúa el estado del usuario atendiendo a 4 dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/síntomas, Funcionamiento general, y Riesgo. En este estudio se utilizó tanto la versión de 10 ítems, antes y después de la

intervención, como la de 5 ítems después de cada sesión. Ambos test presentaron una consistencia interna adecuada: $\alpha = 0,867$ para el CORE-10 y $\alpha = 0,885$ para el CORE-5.

Se recogió información sobre malestar emocional o sintomatología ansioso-depresiva a través de la adaptación española (Terol-Cantero et al., 2007) de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* o *HADS* (Zigmond & Snaith, 1983). El HADS contiene 14 ítems y dos subescalas (HADA, de ansiedad, y HADD, de depresión) de siete ítems cada una con 4 opciones de frecuencia (*todos los días, muchas veces, a veces, o nunca*). La puntuación total y las dos subescalas presentaron una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,883$; $\alpha = 0,867$; $\alpha = 0,7$).

Se registró el apoyo social percibido mediante la adaptación española (Landeta & Calvete, 2002) de la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* o *MSPSS* (Zimet et al., 1988). La versión española de la MSPSS consta de 12 ítems y 3 dimensiones (Familia, Amigos, y Persona Relevante), y contiene una escala tipo Likert de 6 intervalos de respuesta (1 = completamente en desacuerdo; 6 = completamente de acuerdo). La puntuación total y las tres subescalas presentaron una alta consistencia interna: $\alpha = 0,951$ para el total; $\alpha = 0,960$ para Familia; $\alpha = 0,993$ para Amigos; y $\alpha = 0,860$ para Persona Relevante.

La satisfacción de las usuarias con cada sesión se registró mediante un cuestionario ad hoc de 3 ítems con una escala Likert de 5 intervalos de respuesta. Se preguntó por la calidad de la sesión (1 = mala; 5 = excelente), la satisfacción con el trato de los terapeutas (1 = nada; 5 = completamente), y la satisfacción con el acompañamiento por parte de las compañeras (1 = nada; 5 = completamente).

En cada sesión los terapeutas registraron la asistencia de las participantes al taller (0 = ausencia; 1 = asistencia), el cumplimiento de tareas propuestas (0 = nulo; 1 = parcial; 2 = total) y el cumplimiento de los objetivos de la sesión a través de 5 ítems con una escala Likert (1 = nada; 5 = completamente).

De forma adicional, tras cada sesión se llevó a cabo una breve reunión online con los terapeutas para recabar abiertamente sus impresiones y su experiencia durante la intervención. Estas reuniones fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis.

Por último, tras la intervención se realizó un grupo focal con las participantes, con objeto de recoger de forma abierta información sobre su experiencia con esta, su sensación de

recuperación personal y aspectos valorados positiva y negativamente del proceso de intervención. El audio del grupo focal fue grabado y posteriormente transcrito para su análisis.

2.4. Protocolo de intervención

Antes de dar comienzo a la intervención, se reservó un tiempo para explicar a las participantes algunos aspectos relevantes sobre esta y los objetivos del estudio, y para aclarar posibles dudas al respecto. Se enfatizó el sentido de acudir a todas las sesiones para hacer un trabajo integrado, ya que estas fueron planteadas como partes interrelacionadas de un proceso.

Se procuró que el principio y el final de las tres sesiones fuese similar, buscando generar seguridad en las usuarias, para lo cual se establecieron las mismas dinámicas de apertura y cierre en cada sesión. La dinámica inicial, llamada “*parte meteorológico*”, consistió en la identificación de las participantes con algunas imágenes de fenómenos meteorológicos para presentarse y compartir con el grupo cómo estaban en ese momento, a modo de caldeoamiento previo al grueso de las sesiones. La dinámica final se centró en el contacto con el propio cuerpo, a través de la práctica de una serie de *gestos de autocompasión* basados en las propuestas de Neff (s.f.).

Sesión 1: El pasado

La primera sesión se planteó con un doble objetivo: por un lado, conocerse y facilitar la cohesión grupal; por otro, conectar, expresar, reflexionar y compartir sobre la propia experiencia pasada y de cambio/pérdidas ligadas al duelo migratorio. Para ello, se diseñaron tres dinámicas: un juego de *polaridades* (situarse eligiendo entre dos elementos contrarios, p. ej. frío-calor, y explicar por qué), el *dibujo de la casa* (un ejercicio consistente en dibujar cada una su casa del *presente* y la del *pasado*, compartiendo después en pequeños grupos y luego en el grupo grande), y una *conversación psicoeducativa* centrada en la escucha y reflexión sobre sus propias experiencias de duelo migratorio.

Sesión 2: El presente

La segunda sesión se centró en la toma de consciencia y el desarrollo de recursos en relación con el momento presente de cada una, todo ello con el grupo como principal apoyo. Se compuso de cuatro actividades: el *ejercicio del mapa* (en el que se proyectó un mapa de Madrid y se les pidió que sobre él fueran trazando sus recorridos desde casa hasta el lugar del taller, para después apagar el proyector y ver la red construida), el *semáforo de bienestar* (una propuesta para simbolizar en una plantilla cómo se sienten respecto a diferentes áreas de su vida ahora),

una *meditación guiada* llamada “Espalda fuerte, corazón suave” (Fundación Radika, 2023), y un *ejercicio reflexivo* sobre su sensación actual de integración en el país y de *compartir recursos* unas con otras.

Sesión 3: El futuro

El foco de la tercera sesión fue la exploración, reflexión y predisposición con respecto a los siguientes pasos de cada una para acercarse a un futuro deseado y aterrizado en la realidad. Esta se estructuró alrededor de tres dinámicas (para las cuales se pidió a las mujeres que se imaginaran de forma realista a sí mismas dentro de 10 años): escribir *papeles de deseos* (escribir lo que está presente en sus vidas y quieren que permanezca, lo que está presente y no quieren que permanezca, y lo que quieren añadir a sus vidas), el *dibujo de la casa del futuro* (retomando los dibujos realizados en la primera sesión y teniendo en cuenta los deseos anotados en los papeles, para compartir y reflexionar después en grupos), y el *ejercicio de los ovillos* (consistente en pegar hilos a los dibujos de las casas del presente y caminar cada una con su ovillo hasta su casa del futuro, poniendo consciencia en los pasos, obstáculos y encuentros con otras mujeres hasta llegar ahí); y, finalmente, se llevó a cabo una reflexión final en grupo.

2.5. *Análisis de datos*

En primer lugar, para describir la muestra final del estudio se utilizaron estadísticos descriptivos, medias, desviaciones típicas, mínimos y máximos para las variables cuantitativas y frecuencias, absolutas y porcentuales, para las variables categóricas.

La aceptabilidad de la intervención se analizó mediante la encuesta de satisfacción y a través del análisis temático y de contenido realizado sobre las narraciones de las participantes en relación con la intervención, focalizado específicamente en la detección de barreras y facilitadores del cambio.

La viabilidad de la intervención se analizó por medio de la descripción de la asistencia media a las sesiones, el cumplimiento de los objetivos y tareas, y la opinión de los terapeutas sobre el funcionamiento de las sesiones.

Para analizar el cambio en las participantes asociado a la intervención, se presenta descriptivamente la información sobre el malestar psicológico general (CORE-OM), la sintomatología ansioso-depresiva (HADS) y el apoyo social percibido (MSPSS) antes y después de la intervención, y la evolución general del malestar psicológico a lo largo de las sesiones. Adicionalmente se estimó el índice de cambio individual en malestar psicológico,

sintomatología ansioso-depresiva y apoyo social percibido para cada una de las participantes, a través del RCI, en el que puntuaciones superiores a 1,96 o inferiores a -1,96 indican un cambio estadísticamente significativo con un 95% de confianza (Jacobson y Truax, 1991), y los datos de baremación para la escala CORE-OM, en la que un cambio clínicamente significativo ocurre cuando se ha producido una variación superior a 5 en la puntuación clínica (Feixas et al., 2012). Por último, se presenta la parte del análisis temático y de contenido sobre las narraciones de las usuarias referente a la propia percepción del impacto de la intervención.

El análisis de los datos cuantitativos se llevó a cabo mediante los programas Excel (Microsoft Corporation, 2025) y JASP (JASP Team, 2025), y el análisis de los datos cualitativos se realizó mediante el programa ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2023).

3. RESULTADOS

Aceptabilidad de la intervención

Recibieron la intervención completa 11 de las 13 mujeres que asistieron al principio: a la última sesión faltaron dos mujeres a las que les coincidió con un curso de cocina al cual se habían inscrito previamente, y en el resto de las sesiones el grado de asistencia fue total.

La media de satisfacción total con las sesiones es 4,65 ($DT = 0,08$; rango: 2-5, $n = 35$), indicando una alta satisfacción. La sesión mejor valorada fue la tercera ($M = 4,74$), seguida de la segunda ($M = 4,62$) y la primera ($M = 4,59$).

En cuanto al grupo focal, este tuvo una duración de 1 hora y 32 minutos. El feedback de las participantes señaló algunos puntos fuertes y aspectos a mejorar de la intervención. A través del análisis temático y de contenido, fueron identificados dos temas referentes a la aceptabilidad de la intervención (Tabla 3).

Tabla 3

Temas y subtemas sobre la aceptabilidad de la intervención identificados en el análisis temático y de contenido del grupo focal

Tema	Subtemas
Aspectos positivos de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios • Lo relacional
Aspectos negativos y sugerencias para otros talleres	<ul style="list-style-type: none"> • Forma del grupo • Contenido de las sesiones

Aspectos positivos

En general, las participantes se mostraron agradecidas por la intervención, y expresaron que les gustaron tanto los ejercicios y dinámicas de las sesiones como la parte relacional del taller, esto es, la interacción con sus compañeras y con los terapeutas.

Los dos ejercicios repetidos al inicio y al final de las sesiones fueron valorados positivamente: el del *parte meteorológico* les facilitó identificar y compartir al principio cada una su estado interno, y los *gestos de autocompasión* sirvieron como recordatorio para atender a la propia necesidad en cada momento.

En cuanto a la primera sesión, las usuarias subrayaron la utilidad del ejercicio del *dibujo de la casa* del presente y la del pasado, pues les ayudó a expresar recuerdos y emociones, procesar pérdidas y compartirse con el grupo, sintiendo el apoyo de este y enriqueciendo la propia experiencia al escuchar a otras mujeres.

Respecto a la segunda sesión, las participantes destacaron el *ejercicio del mapa* y la *meditación guiada*. El primero despertó la ilusión del grupo y la satisfacción de algunas por lo caminado, y el segundo facilitó el contacto de las mujeres con su fuerza interior.

La tercera sesión fue muy valorada en su conjunto, como un proceso: desde preguntarse por los propios *deseos y metas*, pasando por el *dibujo de la casa del futuro*, hasta el *ejercicio de los ovillos*. Las usuarias señalaron lo bonito y emocionante de exteriorizar, mirar y caminar la propia trayectoria, con sus caídas, subidas, obstáculos y encuentros con personas. En esta sesión fueron compartidos los sentimientos de aceptación, fortaleza y esperanza.

Finalmente, la parte de interacción con las compañeras y los terapeutas fue altamente destacada como elemento positivo. Los siguientes testimonios reflejan el valor de lo relacional y algunas de las dinámicas planteadas:

Desde ese grupito contarle a uno también lo que le ha pasado, la casa del pasado, del presente, familia, amigos, eso... Fue muy lindo, para mí fue una gran experiencia, me llevo muchas cosas útiles del taller, porque de escuchar a los demás, uno va juntando todo y saca lo lindo de eso. Me sentí muy a gusto con todo, con el grupo, con ustedes dos (a las terapeutas). (V)

Ayer fue muy bonito, de verdad. Ver la trayectoria de cómo llegar al futuro es... Fue... Claro que cada uno hace su pensamiento, ¿no? Su... Cómo te voy a decir... Por

ejemplo, la subida, la bajada, los hilos juntitos sin cruzarse, yo decía, uh, voy a estar tan bien acompañada esa parte ahí, ¿no? Me caí, me levanté, subí, bajé, es, es muy bonito y uno piensa que la vida es así. (V)

Entre nosotras nos apoyamos. Un día yo estoy mal, de repente me dice: “todo va a estar bien”, cualquier compañera, ¿no? O M., te ve pasar y te dice “¿todo bien?”, y en ese “todo bien” sabes que hay personas que se preocupan, te dicen “¿estás bien?” o “¿qué te pasa?”, y un ratito hablamos... Para mí esto es importantísimo. Yo, bastante agradecida, por las compañeras de acá que estamos. (G)

Aunque a veces yo no soy tan comunicativa, pero yo a todas escucho y guardo de todas algo, alguna enseñanza para mí. Y siempre las recuerdo, de repente, a cualquier hora del día estoy así pensando y... Y me doy fuerzas a mí misma también para seguir adelante. Y también, sobre la sesión con ustedes, yo realmente no tengo nada que desechar. Para mí estuvo bien todo, me he sentido bien con usted, con ustedes. (J)

Aspectos negativos y sugerencias para otros talleres

Al preguntar a las participantes por ello, apenas señalaron aspectos negativos de la intervención, y se centraron en compartir ideas para futuros talleres. Las preferencias y sugerencias en relación con aspectos de la forma del grupo, tales como el rango de edad, la nacionalidad o el género de las personas a convocar en próximos talleres, fueron diversas. Sobre los dos primeros destacaron dos posturas contrapuestas, mientras que la opinión en cuanto a formar un grupo mixto fue una negativa generalizada.

Yo por ejemplo en mixto no iría. Sí, o sea, como era su taller pero de hombres y mujeres. Y con respecto a que no sean latinas, de otras culturas... Tal vez tampoco creo por el sentido del idioma. Que no hay... Va a haber cierta dificultad, y de costumbres, ¿no? En caso hubiera un taller... Si es otro, que hacemos algo recreacional, algo muy diferente, sí, yo sí. Pero con respecto a un taller de estos, como estamos acá, un taller con respecto a la autoestima... Bueno ahí sí un poquito yo pienso que se complicaría por temas de... Como son más precisos, ¿no? En temas del idioma. (G)

Yo como ella. Yo, por ejemplo, no me voy a abrir si hay hombres. No es por discriminar. Yo soy una persona muy cerrada. A mí me cuesta mucho contar mi vida. Y estar así en un grupo donde tengo que estar hablando delante de un hombre que yo no conozco... Abrirme como nos abrimos aquí con las amigas que yo conozco, si hay un hombre yo

creo que no. Y con una persona que no sea de mi misma religión y todo eso, yo no. Hacer un curso de informática, de qué sé yo... De cocina, sí. Pero estar así, pensarme, no. Me cuesta mucho abrirme. Participar así con una charla íntima no. (M)

La edad también influye mucho. Porque no todos opinamos igual. Porque las experiencias de la vida nos hacen cambiar. Cuando un muchacho llega aquí, entre todas nosotras, de 19 o 20... Nosotras estamos hablando del futuro, estamos hablando del pasado, y ellos así como que... (I)

Pienso que aislarnos por edades, por personas o esto y lo otro, no es bueno. Para mí cerrar un círculo no es bueno. Yo aprendo de todas. Las historias de ellas, las vidas de ellas, verlas, ver las jóvenes, ver las personas... De todas he aprendido. Y hay jóvenes que saben escuchar. Uno muchas veces piensa que cuando está con jóvenes o algo, ellos no están escuchando, o no le están poniendo cuidado. Algunos no, hay otros que sí. Hay otros que aprenden de eso. (Y)

Yo por ejemplo no tengo amigas casi de mi edad. Todas son jóvenes. Y a mí también me enriquecen, me entienden... Y aprendo mucho de ellas. Es muy bueno. Y cultura e ideología para mí es muy importante, de otros países. Así uno va enriqueciendo cosas, de aprender de otros. (V)

Yo, personalmente, no descartaría el taller con varias nacionalidades, teniendo en cuenta el idioma, eso sí, deben de tener un traductor para que todo ande bien. Que tú sepas qué está diciendo ella, que todas las que estamos acá sepamos cómo se siente ella, y que esa persona que está ahí sepa cómo nos sentimos cada una de nosotras. ¿Para qué? Para poder enriquecerse ella también. Y sería algo muy bonito y fenomenal, pienso yo. (Y)

En cuanto al número de personas a las que ofrecer cada taller, todas manifestaron su comodidad con la cantidad de mujeres que compusieron el grupo.

Yo me he sentido muy bien, no me daba ni cuenta que había mucha gente. Cuanta más gente hay me siento más bien. (M)

Por otro lado, las usuarias se fueron mostrando de acuerdo con las ideas que unas y otras iban proponiendo para incorporar al contenido de las sesiones. En sus propuestas destacó la inclusión de elementos como el movimiento, el cuerpo, la alegría, lo distendido, la relajación y el humor.

¿Como ponerle bailoterapia? Algo más dinámico. La música. Algo de alegría. (I)

Con eso puedes finalizar los talleres, con música. Y comida. Como para compartir ahí, más relajadas. Pienso que cuando terminamos las terapias, debe haber algo de relajación. Ya para finalizar, cinco minutos de relajación. El descansar. Y hacer una gimnasia o algo. Finalizar con algo así porque eso desestresa. Descarga bastante. El movimiento. (Y)

Risoterapia. Ahí sí que pasa de todo... Lo recomiendo. (M)

Viabilidad de la intervención

El grado de asistencia al taller fue total excepto en la tercera sesión, a la que faltaron dos mujeres de forma justificada. El cumplimiento de las tareas propuestas fue parcial en todas las sesiones: debido a retrasos iniciales (ligados a la impuntualidad y a la cumplimentación de los formularios, que llevó más tiempo del previsto), a situaciones de dificultad emocional que requirieron atención individual y a un detenimiento mayor de lo esperado en ciertos ejercicios, en cada sesión se recortó un ejercicio completo, además de tiempo y partes de algunas dinámicas.

El cumplimiento de los objetivos por sesión, valorado por cada pareja de terapeutas en una escala Likert (1 = nada; 5 = completamente), se recoge en la Tabla 4. La adherencia al protocolo según los terapeutas fue adecuada. La media de adherencia al protocolo para toda la intervención es 3,67 ($DT = 0,59$; rango: 1-5, $n = 6$).

Tabla 4

SESIÓN 1. Adherencia al protocolo

	Terapeuta 1	Terapeuta 2
1. En qué medida diría que ha habido tiempo suficiente para desarrollar la sesión según lo planeado	Moderadamente	Moderadamente
2. En qué medida diría que las participantes han estado interesadas y motivadas en los contenidos de la sesión	En gran medida	En gran medida
3. En qué medida diría que las participantes han preferido no participar en dinámicas de la sesión por implicar contenido personal delicado	Moderadamente	Algo
4. En qué medida diría que la sesión ha sido útil para las participantes	Moderadamente	Moderadamente
5. Una vez aplicada la sesión cree que sería necesario cambiar cosas	Completamente	En gran medida

SESIÓN 2. Adherencia al protocolo

	Terapeuta 1	Terapeuta 2
1. En qué medida diría que ha habido tiempo suficiente para desarrollar la sesión según lo planeado	En gran medida	Algo
2. En qué medida diría que las participantes han estado interesadas y motivadas en los contenidos de la sesión	En gran medida	Completamente
3. En qué medida diría que las participantes han preferido no participar en dinámicas de la sesión por implicar contenido personal delicado	Nada	Nada
4. En qué medida diría que la sesión ha sido útil para las participantes	En gran medida	En gran medida
5. Una vez aplicada la sesión cree que sería necesario cambiar cosas	Algo	Algo

SESIÓN 3. Adherencia al protocolo

	Terapeuta 1	Terapeuta 2
1. En qué medida diría que ha habido tiempo suficiente para desarrollar la sesión según lo planeado	Moderadamente	Moderadamente
2. En qué medida diría que las participantes han estado interesadas y motivadas en los contenidos de la sesión	Completamente	En gran medida
3. En qué medida diría que las participantes han preferido no participar en dinámicas de la sesión por implicar contenido personal delicado	Algo	Algo
4. En qué medida diría que la sesión ha sido útil para las participantes	En gran medida	En gran medida
5. Una vez aplicada la sesión cree que sería necesario cambiar cosas	Nada	Moderadamente

En cuanto a los comentarios y otras impresiones de los terapeutas sobre el funcionamiento del taller, estos identificaron algunos aspectos positivos o facilitadores para un adecuado transcurso de las sesiones así como elementos que lo dificultaron.

Todos los terapeutas destacaron cómo las participantes se apoyaron, regularon y validaron entre sí, siendo más compartida en la segunda y tercera sesión la sensación de que el grupo parecía cohesionado e “iba solo”, pues había productividad sin necesidad por parte de los facilitadores de intervenir más allá de las indicaciones básicas para cada dinámica. Además, se subrayó la importancia de haber sido flexibles a la hora de adaptar las dinámicas al grupo y tiempo disponible, y se explicó que se recortaron partes “recortables” de las sesiones.

Esto de sentirte conectada con tus raíces y tal lo teníamos pensado con una población bastante diferente a la latina, porque al final España también es cultura latina, la

religión es la misma, aquí hay mucha población latinoamericana, etc. Dentro de lo malo, lo que quitamos era algo que igual tenía más sentido hacer con otra población.
(S., terapeuta en la sesión 2)

Por otro lado, fueron especialmente señalados tanto el inicio caótico y el retraso inicial de cada sesión como la propia dificultad para gestionar los tiempos de las dinámicas. También, se mencionó que el uso puntual del teléfono móvil por parte de algunas participantes distrajo al resto del grupo en momentos del taller en los que se requería cuidar la atención, a pesar de haber pedido que no se usase y que en caso de llamadas urgentes estas se atendiesen con discreción. Otro tema nombrado fue el de las interrupciones de las dinámicas por algunas usuarias que necesitaron ir al servicio.

A pesar del caos, creo que ha sido una sesión con partes muy buenas. Las mujeres han entrado mucho a las dinámicas, había ganas de compartir. Yo me he sentido un poco abrumada por la cantidad de mujeres que eran, no me ha sido fácil verlas a todas y atenderlas como me gustaría. Lo mejor ha sido ver cómo el propio grupo (especialmente los pequeños grupos de trabajo) sostenía naturalmente a las compañeras que expresaban su dolor. Y ha sido bueno recortar alguna dinámica y cerrar la sesión con más calma, por adaptarnos al ritmo del grupo en lugar de poner por encima “el plan”. (P., terapeuta en la sesión 1)

Ha sido muy bonito ver cómo las participantes se validaban entre ellas, se apoyaban y sostenían unas a las otras, y se daban consejos y compartían palabras de esperanza. Imagino que la gestión de tiempo podría haberse hecho mejor con más experiencia y dominio de los tiempos. Por último, se notaba que las mujeres se conocían previamente y eso ha facilitado mi tarea. El dinamismo y sensación de seguridad para compartir y participar ya estaba construido, lo aportaban ellas. Pude ser una figura más auxiliar y tener un rol con responsabilidades “más sencillas”. (G., terapeuta en la sesión 2)

Lo que más me ha costado ha sido controlar los tiempos de cada dinámica en parte porque las usuarias compartían mucho y las dinámicas se alargaban, pero sobre todo porque empezamos casi 40 minutos tarde y no tuvimos todo el tiempo con el que contábamos. Por otra parte, el hecho de que las usuarias compartieran tanto (algunas más y otras menos, según la dinámica) hizo que el grupo se regulara por sí mismo y entrara muy bien en las dinámicas. (M., terapeuta en la sesión 3)

Impacto de la intervención

Medias pre-post descriptivas

Las puntuaciones medias de malestar psicológico general (CORE-10), sintomatología ansioso-depresiva (HADS) y apoyo social percibido (MSPSS) antes de la intervención, así como los puntos de corte de morbilidad para las dos primeras en población española no clínica (Feixas et al., 2012; Terol-Cantero et al., 2015), se muestran en la Tabla 5. Como se observa en esta, la puntuación media de malestar psicológico supera el punto de corte y las de sintomatología ansioso-depresiva se encuentran dentro del rango de patología. Por otro lado, la puntuación global media en apoyo social percibido se sitúa por encima del punto medio de la escala total, lo que indica una buena percepción general de apoyo social. Sin embargo, la desviación típica muestra una alta variabilidad entre las participantes: hay personas que perciben un apoyo muy bajo (p. ej. 15) y otras con el máximo posible (p. ej. 72).

Tabla 5

Puntuaciones en variables de resultado previas a la intervención (n = 9)

	Punto Corte	M	DT	Mín.	Máx.
Malestar psicológico general	10	17,22	8,42	5	32
Ansiedad	7-10	7,78	4,79	2	16
Depresión	3-8	5,89	3,62	0	11
Apoyo social percibido*		46,33	18,68	15	72

* MSPSS: No existe punto de corte establecido. Las puntuaciones totales posibles en la adaptación española de la escala (Landeta & Calvete, 2002) van de 12 a 72, donde puntuaciones más altas reflejan una mayor percepción de apoyo social.

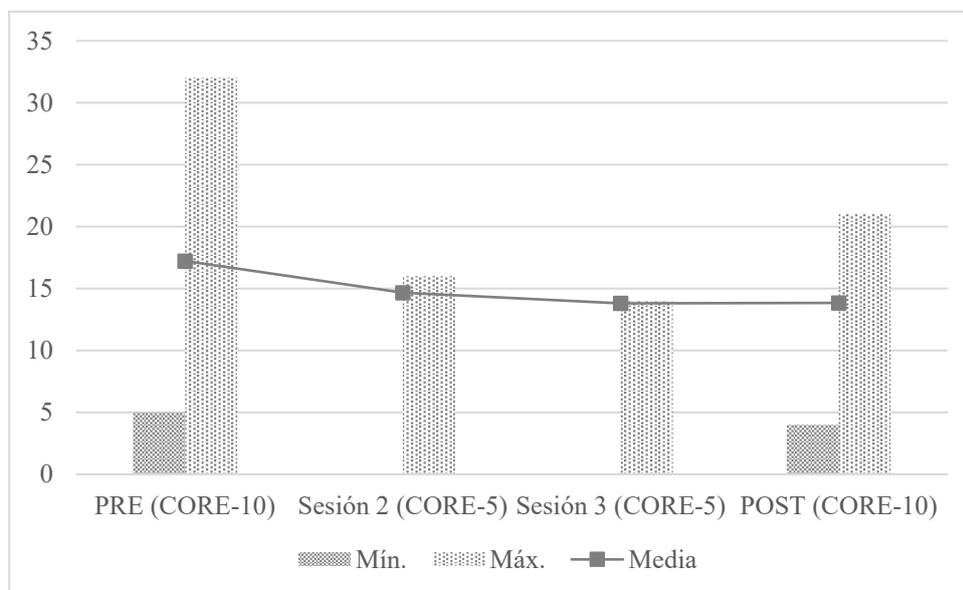
La Tabla 6 recoge las puntuaciones medias de malestar psicológico general, sintomatología ansioso-depresiva y apoyo social percibido después de la intervención. De nuevo, la puntuación media de malestar psicológico supera el punto de corte y las de sintomatología ansioso-depresiva se encuentran dentro del rango de patología. Con respecto a las medias pre-intervención, se observa una leve disminución en la de malestar psicológico y un ligero aumento en las de sintomatología ansioso-depresiva. Por otro lado, la puntuación global media en apoyo social percibido disminuye sutilmente, encontrando también una alta variabilidad entre las participantes.

Tabla 6*Puntuaciones en variables de resultado posteriores a la intervención (n = 6)*

	Punto Corte	M	DT	Mín.	Máx.
Malestar psicológico general	10	13,83	5,63	4	21
Ansiedad	7-10	8,16	5,23	0	14
Depresión	3-8	6,83	4,36	0	11
Apoyo social percibido		39	18,29	16	72

Evolución general del malestar psicológico

La evolución de las puntuaciones medias en malestar psicológico general a lo largo de la intervención se muestra en la Figura 1. Esta indica una leve reducción sostenida en la media del malestar psicológico desde la fase pre ($M = 17,22$; $DT = 8,42$) hasta la fase post ($M = 13,83$; $DT = 5,63$), sin resultar clínicamente significativa. Por otro lado, aunque la puntuación máxima disminuye notablemente, tampoco queda por debajo del punto de corte.

Figura 1*Evolución general del malestar psicológico durante el tiempo de la intervención***Análisis del cambio individual**

El cambio individual se analizó a partir de los datos de las cinco usuarias que respondieron tanto al cuestionario inicial como al administrado tras la intervención (n = 5). La Tabla 7 recoge los cambios individuales en malestar psicológico y en sintomatología ansioso-depresiva. El análisis de los cambios fiables ($RCI \geq 1,96$; o $RCI \leq -1,96$) y clínicamente significativos (con un aumento o disminución de 5 puntos o más en la puntuación total de la escala CORE-10) tras la intervención, muestra mejoras estadística y clínicamente relevantes de dos participantes (P4 y P5) en malestar psicológico global, mejoras parciales en otras dos (P2 y P3), y el empeoramiento significativo de otra (P1) en sintomatología ansiosa. Las puntuaciones finales del CORE-10 se encuentran por encima del punto de corte, a excepción de una subclínica que indica recuperación (P3). Se observa además otra recuperación en el HADS-A (P2), cuyas puntuaciones finales se reparten entre lo clínico y lo subclínico, al igual que las del HADS-D.

Tabla 7

Cambios individuales en malestar psicológico general y sintomatología ansioso-depresiva

N.º P	CORE-10				HADS-A				HADS-D			
	PRE	POST	Cambio	RCI	PRE	POST	Cambio	RCI	PRE	POST	Cambio	RCI
P1	21	21	0	0	7	13	6	2,99	4	8	4	1,48
P2	18	12	-6	-1,44	9	6	-3	-1,49	9	11	2	0,74
P3	11	4	-7	-1,68	2	0	-2	-1	1	0	-1	-0,37
P4	32	15	-17	-4,08	16	14	-2	-1	7	3	-4	-1,48
P5	27	16	-11	-2,64	13	10	-3	-1,49	11	9	-2	-0,74

Los cambios individuales en apoyo social percibido (MSPSS) se muestran por subescalas en la Tabla 8. Esta muestra dos descensos estadísticamente significativos en el apoyo familiar percibido (P1 y P2), dos aumentos significativos en la percepción sobre el apoyo de amistades (P1 y P4), y ningún cambio significativo en el apoyo percibido referente a personas relevantes.

Tabla 8

Cambios individuales en apoyo social percibido

N.º P	MSPSS – Familia				MSPSS – Amigos				MSPSS – Persona Relevante			
	PRE	POST	Cambio	RCI	PRE	POST	Cambio	RCI	PRE	POST	Cambio	RCI
P1	24	16	-8	-3,03	4	15	11	10,59	9	7	-2	-0,51
P2	16	10	-6	-2,27	16	16	0	0	13	13	0	0
P3	24	24	0	0	24	24	0	0	24	24	0	0
P4	4	4	0	0	7	13	6	5,77	15	15	0	0
P5	7	5	-2	-0,76	4	4	0	0	4	7	3	0,76

Impacto subjetivo

A través del análisis temático y de contenido del grupo focal, además de lo referido a la aceptabilidad de la intervención fueron identificados tres temas respectivos al impacto de esta percibido por las participantes (Tabla 9).

Tabla 9

Temas y subtemas sobre el impacto de la intervención identificados en el análisis temático y de contenido del grupo focal

Tema	Subtemas
Malestar	<ul style="list-style-type: none">• Recuerdos dolorosos y pérdidas• Desprotección y soledad
Bienestar	<ul style="list-style-type: none">• Tranquilidad• Calidez y apoyo• Fortaleza• Disfrute• Fe y esperanza
Cambio y mejoría	<ul style="list-style-type: none">• Estado de ánimo• Consciencia• Crecer a partir de las experiencias de otras• Nuevos vínculos

El malestar informado por las usuarias en relación con la intervención hace referencia al contacto con recuerdos dolorosos, experiencias de pérdida, y sentimientos de desprotección y soledad ante el fin del taller y el posterior tiempo de vacaciones sin acudir al centro.

Recordar el primer día del taller cuesta... Ahí fue que recordamos la casa del pasado, la casa del presente. La casa en que vivíamos, digamos, de infancia, y del presente, del hoy. Y eso costó muchísimo. Y recordar de vuelta cuesta, pero fue bueno, fue bueno sacar algo de dentro. A mí hay cosas que me duelen todavía mucho. Y me cuesta recordarlo. (V)

Yo a veces estoy en la nube. Es como que me levanto como a oscuras. Y luego ya por la tarde ya me sale el sol. Ya es como que estoy mejor. Lo que más a mí me ha servido es el tema de la casa. Va a hacer mes y medio que perdí un hermano. Así que eso fue lo que más me costó un poco. (M)

Yo me siento como huérfana estas dos semanas. Cuando yo vengo acá me siento protegida. Me siento como aquí en mi casita, me siento en unión, me siento en todo eso.

En estas dos semanas que no vamos a venir... Es como, ¿qué vamos a hacer?, ¿para dónde voy a ir? O sea, me siento como algo desprotegida. (Y)

Las usuarias expresaron también varias experiencias de bienestar ligadas al taller realizado. Fueron especialmente compartidos los sentimientos de tranquilidad, calidez, apoyo, fortaleza, alegría, disfrute, fe y esperanza.

Yo me sentí totalmente tranquila. Ahora ya me siento más... No, claro, estoy recién en el camino, pero me siento un poco más tranquila. Y ahora que van a cerrar el centro, sentimos esa calidez, ¿no? Al estar aquí. Nos sentimos fuera de preocupación al estar acá, nos sentimos tranquilas conversando. Pero bueno ahí estamos nosotras, de repente un WhatsApp, un mensaje... (G)

Estoy tranquila. Me siento bien. Quiero agradecer a todas, porque de cada una que escucho también a mí me da fuerza y yo también me siento igual. Me he sentido bien con ustedes. (J)

Yo estaba contenta de ver a mis amigas, de ver a mis compañeras ahí, en este taller. Empezó la alegría, como que estaba más animada. (M)

Bueno, yo cada vez agarraba lo de las nubes con el sol, porque así estoy ahorita. En el sentido de que tengo mucha nubosidad pero siempre buscando el sol. Y siempre lo consigo. Por eso siempre me identificaba con eso. Claro, el arcoíris también. Bueno, porque a final de todo, una siempre tiene la esperanza y la fe. (I)

Las participantes dieron cuenta de una serie de cambios tras la intervención, entre los cuales destacaron: la mejora en el estado de ánimo, la autoconsciencia, y el crecimiento personal a partir de las experiencias de otras.

Me he sentido muy bien aquí con este taller. Creo que me levantó más el ánimo. (M)

Cada día que pasa son distintos estados de ánimo. Un día tenemos más fortaleza, otro día decaemos, ¿no? Entonces eso, yo al venir acá a este taller me he dado cuenta de eso, porque a veces uno no se da cuenta. (G)

De todas he aprendido, de todas me llevo lo mejor. Y todo eso me ayuda a mí para que pueda crecer, como persona. Sus experiencias me ayudan a mejorar a mí cada día más.
(Y)

Otro cambio importante, compartido por todas las entrevistadas, fue la creación de nuevos vínculos cercanos. Esto se materializó en una idea que tuvieron: decidieron crear un grupo de WhatsApp para quedar entre ellas fuera del centro donde tuvo lugar la intervención, especialmente durante las vacaciones de Navidad que siguieron a las fechas del taller. Además, la confianza entre las mujeres se manifestó naturalmente durante la entrevista, en la que hubo momentos tanto de dolor expresado y apoyo por parte del grupo, como de bromas, risas y muestras de complicidad.

4. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el grado de aceptación y la viabilidad de un protocolo de intervención en formato de taller grupal llevado a cabo con un grupo de mujeres migrantes. Los resultados obtenidos muestran un alto nivel de satisfacción con la intervención, con la mayoría de las participantes valorándola como útil y beneficiosa, tanto por las dinámicas propuestas en las sesiones como por el aspecto relacional del taller, subrayando la interacción entre las compañeras del grupo. Además, se recogen algunas sugerencias de las usuarias de cara a la realización de futuros talleres, destacando dos puntos comunes: por un lado, varias expresaron su preferencia por estar en un grupo compuesto únicamente por mujeres frente a formar uno mixto, siendo compartida la sensación de que encontrarían una mayor dificultad para compartir sus experiencias íntimas en presencia de hombres; por otro, hubo un acuerdo general sobre lo valioso de dar un protagonismo aún mayor al movimiento corporal, al baile, a la relajación y al disfrute y la alegría. En este sentido, cabría tomar en cuenta en futuros estudios investigaciones recientes como la de Castellanos-Montenegro & de Zárate (2024), en la que se aplica una intervención de Danza/Movimiento Terapia (DMT) en un grupo de mujeres migrantes en España.

Los resultados relativos a la perspectiva de los terapeutas muestran que el protocolo de intervención diseñado puede ser considerado viable, debido al alto grado de asistencia al taller y a la adecuada adherencia al protocolo observada. Asimismo, los terapeutas subrayaron la presencia de dos elementos facilitadores para un adecuado transcurso de las sesiones: la capacidad de autorregulación, apoyo mutuo y trabajo productivo del grupo, y la propia actitud flexible como terapeutas a la hora de adaptar las propuestas a la necesidad del grupo concreto.

Por otro lado, si bien es cierto que el cumplimiento de las tareas fue parcial, esto se relacionó principalmente con el comienzo caótico e impuntual de las sesiones y con la inexperiencia de los terapeutas en cuanto a la gestión del tiempo, de modo que la realización de las tareas propuestas podría ser viable en el tiempo programado, siendo necesarias tanto una mayor atención como una suficiente práctica previa en relación con la distribución temporal de las dinámicas. Otros aspectos que dificultaron la fluidez de la intervención fueron el uso puntual del teléfono móvil por parte de algunas participantes y contadas interrupciones de las dinámicas para ir al servicio, por lo que convendría hacer hincapié al principio de las sesiones en la importancia y el sentido de cuidar la atención durante el espacio grupal, así como reservar tiempo a mitad de cada sesión para una breve pausa en la que poder hacer uso del aseo y/o del móvil.

De forma secundaria, se consideró el potencial impacto de la intervención a través de la evaluación del cambio observado en malestar psicológico (CORE-OM) y sintomatología ansioso-depresiva (HADS), así como en el nivel de apoyo social percibido (MSPSS), y mediante el análisis del impacto subjetivo o personal informado por las participantes. Tras la intervención, se ha observado una leve disminución en las puntuaciones medias de malestar psicológico general, a la vez que un sutil aumento en las de sintomatología ansioso-depresiva, manteniéndose ambas en el rango clínico. A nivel de cambio individual, los resultados indican mejoras significativas en el malestar psicológico general de cuatro mujeres, de las cuales una muestra recuperación, y el empeoramiento significativo en sintomatología ansiosa de una usuaria. En cuanto al apoyo social percibido, aunque los valores medios disminuyen al tomar en cuenta la puntuación total de la escala, los cambios individuales observados aportan un matiz relevante para la interpretación de los resultados: tras la intervención se muestran descensos significativos en la subescala de apoyo familiar percibido, aumentos significativos en la percepción sobre el apoyo social por parte de amistades, y ningún cambio significativo respectivo al apoyo social percibido de personas relevantes. Dado que el apoyo social al que se aspiró con la intervención hace referencia al vínculo entre mujeres que no pertenecen a la misma familia, los cambios relativos al apoyo familiar percibido están fuera del alcance de este estudio. Así, tendría sentido que las puntuaciones en la escala global fuesen poco representativas con respecto al apoyo social percibido ligado al taller.

El impacto subjetivo de la intervención informado por las participantes incluye tanto momentos puntuales de malestar, especialmente relacionados con el acceso a recuerdos dolorosos y

experiencias de duelo, como sentimientos de bienestar y cambios considerados como una mejoría. Respecto al malestar señalado, quienes lo refirieron añadieron que la experiencia de expresar y compartir su dolor fue positiva. El bienestar y los cambios expresados reflejan mejoras en el estado de ánimo, un mayor nivel de consciencia y aceptación sobre el propio estado emocional, y el empoderamiento y crecimiento personal a partir del apoyo y las experiencias de vida de otras mujeres. Estos resultados sugieren un aumento en el nivel de apoyo social percibido y aportan una mirada complementaria con respecto al aumento de síntomas de ansiedad y depresión en algunas usuarias, según la cual la presencia de puntuaciones mayores podría estar relacionada con el aumento de autoconsciencia informado. Desde esta perspectiva, se consideraría que la variable “mejora” va más allá del alivio sintomático, situando en un lugar central otros aspectos como el *darse cuenta* propio de la terapia Gestalt (Perls, 1976).

Son varias las limitaciones encontradas en el presente estudio. En primer lugar, se ha partido de una muestra de la que se ha obtenido una cantidad y un tipo de datos diferentes, limitando la fiabilidad y validez interna del estudio. En segundo lugar, la muestra es pequeña, lo que impide la generalización de resultados, así como determinar el impacto de la intervención a nivel de cambio psicológico. No obstante, puesto que el objetivo principal del estudio fue evaluar la aceptación y viabilidad del protocolo realizado, dicha limitación queda justificada. Finalmente, el estudio no incluye información sobre el mantenimiento de los cambios informados. Cabe enfocar futuras investigaciones en la evaluación de la eficacia de este tipo de intervención, así como de la duración y/o evolución de sus efectos.

5. REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero y J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, (pp. 83-100). Editorial Bellaterra.
- Agudelo-Suárez, A. A., Ronda, E., Vázquez-Navarrete, M. L., García, A. M., Martínez, J. M., & Benavides, F. G. (2013). Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work? *International Journal Of Public Health*, 58(4), 627-631. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0475-0>
- Alemi, Q., James, S., & Montgomery, S. (2016). Contextualizing Afghan refugee views of depression through narratives of trauma, resettlement stress, and coping. *Transcultural psychiatry*, 53(5), 630-653. <https://doi.org/10.1177/13634615166660937>

- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2023). *ATLAS.ti Windows* (versión 23.2.1) [Software de análisis de datos cualitativos]. <https://atlasti.com>
- Casado, B. L., & Leung, P. (2002). Migratory Grief and Depression Among Elderly Chinese American Immigrants. *Journal of Gerontological Social Work*, 36(1-2), 5–26. https://doi.org/10.1300/J083v36n01_02
- Castellanos-Montenegro, C. S., & de Zárata, M. H. (2024). Exploring the Concept of Social Reconciliation Through the Experience of a Dance/Movement Therapy Group of Migrant Women in Spain. *Am J Dance Ther*, 46, 105–123. <https://doi.org/10.1007/s10465-024-09402-2>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51–60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E. & 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. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Fundación Radika. (2023, 31 de marzo). *Meditación guiada: “Espalda fuerte, corazón suave” con Candida Vivalda* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hXMkSv-rp-Q>
- García-Cid, A., Hombrados-Mendieta, I., Gómez-Jacinto, L., De las Olas Palma-García, M., & Millán-Franco, M. (2018). Apoyo social, resiliencia y región de origen en la salud mental y la satisfacción vital de los inmigrantes. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-14. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-5.asrr>
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0003-5>
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Sage.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández, J. F. Morales & F. Molero (Eds.), *Psicología de la intervención comunitaria* (pp. 129-171). Desclée de Brower.

https://www.researchgate.net/publication/278775932_Apoyo_social_e_intervencion_social_y_comunitaria

- Greene, M. C., Bonz, A. G., Cristobal, M., Angulo, A., Armijos, A., Guevara, M. E., Vega, C., Benavides, L., Corrales, C., De la Cruz, A., Lopez, M. J., Moyano, A., Murcia, A., Noboa, M. J., Rodriguez, A., Solis, J., Vergara, D., Bollman, E. B., Andersen, L. S., Wainberg, M., & Tol, W. A. (2023). Mixed-methods evaluation of a group psychosocial intervention for refugee, migrant and host community women in Ecuador and Panamá: Results from the Entre Nosotras cluster randomized feasibility trial. *Cambridge Prisms Global Mental Health*, 10, e42. 1-12. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.37>
- Hovey, J. D. (2001). *Mental Health and Substance Abuse. Program for the study of immigration and mental health*. The University of Toledo.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- JASP Team. (2025). *JASP* (Versión 0.19.3) [Software]. <https://jasp-stats.org/>
- Kim, S. H. O., Ehrich, J., & Ficorilli, L. (2012). Perceptions of settlement well-being, language proficiency, and employment: An investigation of immigrant adult language learners in Australia. *International Journal of Intercultural Relations*, 36(1), 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2010.11.010>
- Kim, Y., Lee, H., & Lee, M. (2022). Social Support for Acculturative Stress, Job Stress, and Perceived Discrimination Among Migrant Workers Moderates COVID-19 Pandemic Depression. *Int J Public Health*, 67. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604643>
- Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.
- Löbel, L-M., Kröger, H., & Tibubos, A. N. (2022). How Migration Status Shapes Susceptibility of Individuals' Loneliness to Social Isolation. *Int J Public Health*, 67, 1604576. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604576>
- Microsoft Corporation. (2025). *Microsoft Excel* (Versión 2505) [Software]. Microsoft. <https://www.microsoft.com>
- Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., Smajkic, A., Boskailo, E., & Worthington, G. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 377–387. <https://doi.org/10.1023/a:1020181124118>

- Neff, K. (s.f.). *Self-Compassion*. Consultado el 11 de diciembre de 2024. <https://self-compassion.org/>
- Patel, K., Kouvonen, A., Close, C., Väänänen, A., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2017). What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Systematic reviews*, 6(78), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0463-1>
- Perls, F. (1976). *El Enfoque Gestalt y Testigos de Terapia*. Cuatro Vientos.
- Pinilla, R. L., & Ivars, A. J. (2013). El bienestar subjetivo en colectivos vulnerables: El caso de los refugiados en España. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(1), 67-84. <https://www.semanticscholar.org/paper/El-bienestar-subjetivo-en-colectivos-vulnerables%3A-Pinilla-Ivars/182e16914ac2ae138a1f55a715f0068214db0f93>
- Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194(4), 306–312. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223>
- Rodríguez-Zafra, M. & García, L. (2022). La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 71-84. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1122>
- Rousseau, C., & Frounfelker, R. L. (2019). Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. *Journal Of Travel Medicine*, 26(2). <https://doi.org/10.1093/jtm/tay150>
- Sujoldžić, A., Peternel, L., Kulenović, T., & Terzić, R. (2006). Social determinants of health—a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium antropologicum*, 30(4), 703-711.
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494–503. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Terol-Cantero, M. C., Roig, S. L., Marín, J. R., Martín-Aragón, M., Pastor-Mira, MÁ, & Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2), 163–176. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2579816>
- Zamora, A. (2012). *Análisis del duelo migratorio y la relación con los mecanismos de afrontamiento familiar. Validación de un instrumento para la evaluación del duelo migratorio*. Trabajo de Fin de Máster. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.

- Zarza, M. J., & Sobrino, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología*, 23(1), 72-84. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23171>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2