

PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA
PERSPECTIVA SALUTOGÉNICA EN MUJERES
INMIGRANTES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN
SOCIAL

A SALUTOGENIC APPROACH TO HEALTH
PROMOTION AMONG IMMIGRANT WOMEN AT
RISK OF SOCIAL EXCLUSION

Anna Bonmatí Tomàs

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:
<http://hdl.handle.net/10803/400487>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-
NoComercial-SenseObraDerivada

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-
SinObraDerivada

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-
NoDerivatives licence



TESIS DOCTORAL

**Promoción de la salud desde la perspectiva
salutogénica en mujeres inmigrantes en riesgo de
exclusión social**

**A salutogenic approach to health promotion
among immigrant women at risk of social
exclusion**

Anna Bonmatí i Tomàs

AÑO 2016



TESIS DOCTORAL

**Promoción de la salud desde la perspectiva salutogénica
en mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social**

**A salutogenic approach to health promotion among
immigrant women at risk of social exclusion**

Anna Bonmatí i Tomàs

Programa de doctorado Biología Molecular, Biomedicina y Salud

Línea de investigación Salud y Atención Sanitaria

Dirigida por:

Dra. Dolors Juvinyà Canal y Dra. M^a Mar García Gil

Tutorizada por:

Dra. Dolors Juvinyà Canal

AÑO 2016

Memoria presentada para optar al título de doctora por la *Universitat de Girona*

La Dra. Dolors Juvinyà i Canal y la Dra. M^a Mar García Gil, profesoras del *Departament d'Infermeria y del Departament de Ciències Mèdiques de la Universitat de Girona,*

DECLARAN:

Que este trabajo, titulado “Promoción de la salud desde la perspectiva salutogénica en mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social”, que presenta la Srta. Anna Bonmatí i Tomàs para la obtención del título de doctor, se ha realizado bajo su dirección.

Y, para que así conste, y a los efectos oportunos, firman este documento

Dra. Dolors Juvinyà Canal

Dra. M^a Mar García Gil

Girona, a 15 de Julio de 2016

**El mayor error del ser humano
es intentar sacarse de la cabeza
aquello que le sale del corazón.**

Mario Benedetti

**El món està en mans d'aquells que tenen el coratge de somiar i
córrer el risc de viure els seus somnis.**

Paulo Coelho

Artículo derivado de esta tesi:

Bonmatí-Tomas, A., Malagón-Aguilera, M.C., Bosch-Farré,C., Gelabert-Vilella, S., Juvinyà-Canal,D.,& Garcia Gil,M.M.(2016). Reducing health inequities affecting immigrant women: a qualitative study of their available assets. *Globalization and Health*,12(37), doi: 10.1186/s12992-016-0174-8

AGRAÏMENTS

Agrair en primer lloc a les meves directores de tesi, les Dres. Dolors Juvinyà i Maria Garcia el seu suport i acompanyament durant tots aquests anys. Recordo especialment el seu recolzament en moments d'obscuritat. Gràcies per ésser-hi.

Agrair també el suport de Càritas Diocesana de Girona, especialment a les empreses Ecosol i Avancem Santa Clara per la seva predisposició per col·laborar en aquest projecte i posar al meu abast tots els recursos per dur-lo a terme. Moltes gràcies d'una manera especial a les tècniques i col·laboradores per la vostra ajuda i per la feina que feu en el dia a dia.

I com no agrair de tot cor, la sinceritat, la valentia, la implicació, i la il·lusió de les dones que heu participat de manera voluntària en aquest projecte. Ha estat per mi tota una lliçó de vida de com fer front a situacions difícils sense perdre l'esperança, l'optimisme i amb la certesa d'assolir molts somnis. Gràcies pel que m'heu ensenyat, no us podeu imaginar el què he après de totes vosaltres.

Tambè al Department of Clinical Sciences and Nutrition de la Universitat of Chester i molt especialment a la Professor Lynne Kennedy per facilitar-me l'estada de recerca.

Agrair el suport incondicional de molta i molta gent però de manera especial la meva família, els meus amics i les companyes i amigues del departament. Gràcies per la paciència i els ànims del dia a dia, el saber escoltar, i l'estar amatents quan us he necessitat. Algú molt savi diu: "l'amistat es demostra tant quan plou com quan fa sol". Voldria esmentar de manera explícita als meus pares, qui han estat i són sempre presents en els moments decisius de la meva vida. I a totes i tots aquells que heu participat de manera activa en l'elaboració de la tesi: l'Elaine, en Marc, l'Anna, la Carme, la Sandra, la Lluïsa, l'Angel, la Maria del Mar, la Sonia, la Núria, l'Olga, la Cristina.... i tants d'altres.

Crec que puc afirmar que aquesta tesi, pel seu contingut i la seva temàtica ha suposat a més d'un aprenentatge acadèmic, un aprenentatge personal en la meva vida. Ha estat una bona eina per conèixer les pròpies fortaleses i debilitats; per augmentar en constància i paciència, per aprendre a resoldre situacions inesperades, per saber no caure en el desànim o aprendre a sortir-ne quan s'hi ha caigut. En definitiva en millorar en fortalesa interna. És per això que vull agrair a la MEVA TESI l'ajudar-me a millorar tant en l'àmbit acadèmic com a nivell personal.

ABREVIATURAS

CEIC	Comité de Ética de Investigación Clínica
CIOMS	<i>Council for International Organization of Medical Sciences</i>
DE-SD	Desviación estándar
EP	Entrevistas en profundidad
GF	Grupos focales
GRRs	Recursos Generales de Resistencia
HRQoL	Salud relacionada con la calidad de vida
IMIM-IMAS	<i>Institut Municipal d'Investigació Mèdica</i>
IQOLA	Proyecto <i>International of Life Assessment</i>
OMS-WHO	Organización Mundial de la Salud
PH	Fotovisión
PSS-10	<i>Perceived Stress Scale</i> 10 ítems
SF-36	<i>Short Form</i> 36 ítems
SOC	Sentido de coherencia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHOQOL	Cuestionario de calidad de vida

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Modelos de los determinantes de la salud	32
Figura 2	Modelo de Compas de afrontamiento al estrés	44
Figura 3	Modelo visual del diseño secuencial exploratoria de un diseño mixto	65
Figura 4	Categorías y subcategorías según los constructos valorados en la fase cualitativa	94
Figura 5	Categorías y subcategorías de la fase cualitativa relacionados con los constructos valorados en la fase cuantitativa	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Criterios de <i>Càritas</i> para evaluar el riesgo de exclusión social	69
Tabla 2	Características socio demográficas de las participantes	96
Tabla 3	Sentido de coherencia (SOC) y sus dimensiones	97
Tabla 4	Sentido de coherencia según las variables sociodemográficas	99
Tabla 5	Apoyo social, apoyo confidencial y apoyo afectivo, autoestima y estrés percibido	101
Tabla 6	Apoyo social, autoestima y estrés percibido según variables sociodemográficas	103
Tabla 7	Componentes sumarios y dimensiones de la calidad de vida	105
Tabla 8	Calidad de vida según variables sociodemográficas	106
Tabla 9	Variación de medias de las variables antes y después del programa promotor de salud, estudio de normalidad y diferencias significativas entre dichas medias	111
Tabla 10	Variación de SOC y sus dimensiones según variables sociodemográficas	112
Tabla 11	Variación de apoyo social percibido, autoestima, estrés percibido y calidad de vida según variables sociodemográficas	114
Tabla 12	Modelos de la variación de SOC según criterios de selección de variables	117
Tabla 13	Modelos de la variación de apoyo social percibido según criterios de selección de variables	118

Tabla 14	Modelos de la variación de autoestima según criterios de selección de variables	118
Tabla 15	Modelos de la variación del estrés percibido según criterios de selección de variables	119
Tabla 16	Modelos de la variación de la calidad de vida física según criterios de selección de variables	120
Tabla 17	Modelos de la variación de la calidad de vida mental según criterios de selección de variables	121

ÍNDICE

Abreviaturas	I
Índice de figuras	II
Índice de tablas	III
RESUMEN	25
RESUM.....	27
ABSTRACT.....	29
1- General Introduction.....	31
1.1. Health and Health Promotion	31
1.1.1. Health, determinants of health and health inequities.....	31
1.1.2. Health promotion and salutogenesis.....	34
1.2. Immigration and Health	41
1.2.1. Immigration.....	41
1.2.2. Immigration and stress.....	43
1.2.3. Immigrant women and stress	47
1.3. Empowerment of immigrant women.....	51
1.3.1. Quality of life	54
1.3.2. Social support.....	57
1.3.3. Self-esteem.....	60
2. Hipótesis y objetivos	63
2.1. Hipótesis.....	63
2.2. Objetivos	63
3. Metodología	65
3.1. Diseño del estudio.....	65
3.2. Ámbito de estudio.....	66
3.3. Población de estudio.....	67
3.4. Procedimiento.....	70

3.5. Fase I- metodología cualitativa	72
3.5.1. Diseño de la fase I.....	72
3.5.2. Muestra	72
3.5.3. Recolección de datos.....	73
3.5.4. Técnicas cualitativas	74
3.5.5. Análisis de los datos	75
3.6. Fase II- metodología cuantitativa	77
3.6.1. Variables a estudiar	77
3.6.2. Instrumentos	80
3.6.3. Programa promotor de salud	83
3.6.4. Análisis estadístico	85
3.7. Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos	87
4. Resultados	89
4.1. Resultados fase cualitativa	89
4.1.1. Activos de salud individuales.....	89
4.1.2. Activos de salud comunitarios.....	91
4.1.3. Activos de salud organizacionales o institucionales.....	93
4.2. Resultados fase cuantitativa	95
4.2.1. Características sociodemográficas de las participantes.....	95
4.2.2. Sentido de coherencia según variables sociodemográficas.....	97
4.2.3. Apoyo social percibido, autoestima y estrés percibido según variables sociodemográficas.....	101
4.2.4. Calidad de vida según variables sociodemográficas	105
4.2.5. Variaciones en el sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida antes y después del programa promotor de salud.	108
4.2.6. Variaciones del sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida antes y después del programa promotor de salud según variables sociodemográficas.....	109
4.2.7. Relación entre las variaciones del sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida antes y después del programa según los valores iniciales de las mismas	116

4.2.8. Modelos de la variación del sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida.....	117
5. Discusión	123
6. Conclusions.....	135
7. Referencias Bibliográficas	137
8. Anexos	165
Anexo I: Guía para la facilitadora de la realización de la encuesta del estudio	165
Anexo II: Cuestionario Ad hoc.....	167
Anexo III: Carta Aprobación CEIC	180
Anexo IV: Hoja de información al paciente y consentimiento informado en versión en lengua catalana y española.....	181

RESUMEN

Las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social frecuentemente experimentan inequidades en salud ya sea por razón de género, origen o nivel socioeconómico.

Los programas promotores de salud en estas mujeres han estado focalizados en sus necesidades. La perspectiva salutogénica proporciona un nuevo enfoque a los programas promotores de salud al considerar los recursos generales de resistencia (GRRs) o activos de salud que estas mujeres poseen y que permiten reducir las inequidades en salud que padecen.

Objetivo:

Evaluar la efectividad de un programa promotor de salud, focalizado en el empoderamiento desde una perspectiva salutogénica, en mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social.

Metodología:

Estudio de diseño mixto con metodología cualitativa y cuantitativa mediante una estrategia secuencial exploratoria. Este se ha desarrollado en el marco del Programa de Orientación y Formación de *Càritas Diocesana de Girona* con mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social. El estudio cualitativo con enfoque fenomenológico se llevó a cabo con distintas técnicas. El análisis de los datos se realizó, según el modelo de Bardin después del autoregistro y transcripción, con el soporte del programa Atlas Ti v.7.0.

El estudio cuantitativo cuasi-experimental se realizó mediante un cuestionario ad hoc con variables sociodemográficas y los instrumentos: cuestionario de sentido de coherencia de Antonovsky (SOC-13); el cuestionario de apoyo social percibido (Duke-UNC-11); el cuestionario de calidad de vida *Short Form-36* (SF-36); la escala de autoestima de Rosenberg y el de estrés percibido de Cohen et al *Perceived Stress Scale* (PSS-10). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables. Se realizaron modelos de regresión lineal múltiple. Se utilizó el programario SPSS v.19.0 para Windows. El nivel de significación considerado fue, $p < 0,05$.

Resultados:

Las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social participantes en el estudio poseen GRRs y estas son capaces de identificarlos. Entre los GRRs individuales se incluían el ser mujeres luchadoras, con optimismo elevado, emprendedoras, con creencias religiosas, con motivaciones y proyectos para el futuro. Los GRRs comunitarios se centraban en la importancia del rol de sus hijos, del soporte social, de los *significant others* y la priorización de la vida familiar a la vida laboral. Y los GRRs organizacionales englobaban los soportes institucionales tanto a nivel económico como de recursos materiales y humanos.

Las participantes mostraron un SOC bajo (60,36; DE 8,16) no produciéndose variaciones estadísticamente significativas después del programa promotor de salud. El apoyo social mantiene su puntuación (37,07; DE 6,28) antes y después del programa al igual que la calidad de vida mental que se mantiene de 46,00 (DE 5,90) a posteriormente 45,62 (DE 7,13). La autoestima muestra una tendencia a aumentar incrementando su puntuación de 30,14 (DE 4,21) a 31,92 (DE 4,38). Se produce una disminución estadísticamente significativa del estrés percibido de 20,57 (DE 2,91) a 18,38 (DE 3,78) ($p= 0,016$) así como un aumento de la calidad de vida física de 50,84 (DE 4,60) a 53,08 (DE 5,31) ($p= 0,049$).

Conclusiones:

La realización de programas promotores de salud desde una perspectiva salutogénica en el colectivo de mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social reduce significativamente sus puntuaciones de estrés, aumenta la calidad de vida física y tiende a aumentar su autoestima. Estas actuaciones fueron más efectivas en aquellas mujeres cuyas puntuaciones iniciales de SOC, y calidad de vida eran menores y presentaban mayor percepción de estrés. El apoyo social es también un factor determinante para el empoderamiento de estas mujeres.

Palabras clave:

Salutogénesis, empoderamiento, mujeres inmigrantes, promoción salud, activos en salud.

RESUM

Les dones immigrants en risc d'exclusió social freqüentment pateixen iniquitats en salut per raó de gènere, origen o nivell socioeconòmic.

Els programes promotors de salut d'aquestes dones han estat focalitzats en les seves necessitats. La perspectiva salutogènica proporciona un nou enfoc als programes promotors de la salut al considerar els recursos generals de resistència (GRRs) o actius en salut que aquestes dones tenen i que permeten reduir les iniquitats en salut que pateixen.

Objectiu:

Avaluar l'efectivitat d'un programa promotor de la salut, focalitzat en l'apoderament des d'una perspectiva salutogènica, en dones immigrants en risc d'exclusió social.

Metodologia:

Estudi de disseny mixt amb metodologia qualitativa i quantitativa mitjançant una estratègia seqüencial exploratòria. Aquest s'ha desenvolupat en el marc del Programa d'Orientació i Formació de Càritas Diocesana de Girona amb dones immigrants en risc d'exclusió social. L'estudi qualitatiu amb enfoc fenomenològic es va dur a terme mitjançant diferents tècniques. L'anàlisi de les dades es va realitzar, segons el model de Bardin després de l'autoregistre i transcripció, amb el suport del programa Atlas Ti v.7.0.

L'estudi quantitatiu quasi-experimental es va realitzar mitjançant un qüestionari ad hoc amb variables sociodemogràfiques i els instruments: qüestionari de sentit de coherència d'Antonovsky (SOC-13); el qüestionari de suport social percebut (Duke-UNC-11); el qüestionari de qualitat de vida Short Form-36 (SF-36); l'escala d'autoestima de Rosenberg i el d'estrès autopercebut de Cohen et al (PSS-10). Es va realitzar models de regressió lineal múltiple utilitzant el programari SPSS v.19.0 per a Windows. El nivell de significació considerat va ser, $p < 0,05$.

Resultats:

Les dones immigrants en risc d'exclusió social participants en l'estudi tenen GRRs i són capaços d'identificar-los. Entre els GRRs individuals s'inclouen ser dones lluitadores, amb optimisme elevat, emprenedores, amb creences religioses, amb motivacions i projectes de futur. Els GRRs comunitaris es centren en la importància del rol dels seus fills, del suport social, dels *significant others* i la prioritització de la vida familiar a la laboral. I els GRRs organitzacionals englobaven els suports institucionals tant a nivell econòmic com de recursos materials i humans.

Les participants presenten una puntuació de SOC baixa (60,36; DE 8,16), no produint-se variacions estadísticament significatives després del programa promotor de salut. El suport social manté la seva puntuació (37,07; DE 6,28) abans i després del programa al igual que la qualitat de vida mental que es manté de 46,00 (DE 5,90) a posteriorment 45,62 (DE 7,13). L'autoestima mostra una tendència a augmentar incrementant-la de 30,14 (DE 4,21) a 31,92 (DE 4,38). Es produeix una disminució estadísticament significativa de l'estrès percebut de 20,57 (DE 2,91) a 18,38 (DE 3,78) ($p= 0,016$) així com un augment de la qualitat de vida física de 50,84 (DE 4,60) a 53,08 (DE 5,31) ($p= 0,049$).

Conclusions:

La realització de programes promotors de salut des d'una perspectiva salutogènica en el col·lectiu de dones immigrants en risc d'exclusió social redueix significativament les seves puntuacions d'estrès, augmenta la qualitat de vida física i presenta una tendència a augmentar l'autoestima. Aquest programa va ser més efectiu per aquelles dones amb puntuacions inicials menors de SOC i qualitat de vida i major percepció d'estrès. El suport social es també considerat un factor determinant per l'apoderament d'aquestes dones.

Paraules claus:

Salutogènesis, apoderament, dones immigrants, promoció de la salut, actius en salut

ABSTRACT

Immigrant women at risk of social exclusion often experience health inequities based on gender, place of origin or socioeconomic status. Traditional health promotion programs designed for this population have focussed on their needs. The salutogenic approach offers a new perspective to health promotion, taking into account the general resistance resources (GRRs), or health assets, these women possess and that reduce the impact of health inequities.

Objective:

To evaluate the effectiveness of a health promotion program, focused on the empowerment with a salutogenic approach, for immigrant women at risk of social exclusion.

Methodology:

A mixed-methods study, using a sequential exploratory strategy of qualitative and quantitative methodology, was developed within the framework of *Programa d'Orientació i Formació de Càritas Diocesana de Girona* for immigrant women at risk of social exclusion. The qualitative study was performed using a phenomenological approach and multiple techniques. After the data were self-recorded and transcribed, data analysis were carried out following the Bardin model and supported by the Atlas Ti program v. 7.0.

The quasi-experimental quantitative study consisted of administering an ad hoc questionnaire to collect sociodemographic data and five validated instruments: Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-13), Duke-UNC-11 (perceived social support), Quality of Life Short Form-36 (SF-36), Rosenberg's Self-Esteem Scale, and the Cohen et al Perceived Stress Scale (PSS-10). Descriptive and inferential analysis of the study variables was performed, including multiple linear regression models. SPSS v.19.0 for Windows was used for the analysis. The significance level was set at $p < 0.05$.

Results:

Immigrant women at risk of social exclusion who participated in the study have GRRs and are able to identify them. Individual GRRs included strong determination, high optimism, entrepreneurial spirit, religious beliefs, motivation, and plans for the future. Community GRRs were centred on the important role of their children, social supports, and significant others and their prioritization of family life over work. Organizational GRRs include the economic support and human and material resources available from institutions that formally provide services.

Participants had a low initial SOC score (60,36; SD 8,16) and showed no significant change after the health promotion program. Perceived social support (37,07; SD 6,28) and mental quality of life scores 46.00 (SD 5,90) before and 45.62 (SD 7,13) after also remained unchanged. Self-esteem showed an increasing trend, from 30,14 (SD 4,21) to 31,92 (SD 4,38). Perceived stress decreased from 20,57 (SD 2,91) to 18,38 (SD 3,78) ($p= 0,016$) and physical quality of life increased from 50,84 (SD 4,60) to 53,08 (SD 5,31) ($p= 0,049$).

Conclusions:

A health promotion program developed from a salutogenic perspective, at the immigrant women at risk of social exclusion, reduced significantly perceived stress, increased physical quality of life and showed a trend toward increased self-esteem. These activities are more effective in women with lower initial SOC and quality of life scores and higher perceived stress scores. Perceived social support is also a key factor in the empowerment of these immigrant women.

Keywords:

Salutogenesis, empowerment, immigrant women, health promotion, health assets

1- GENERAL INTRODUCTION

1- General Introduction

1.1. Health and Health Promotion

1.1.1. Health, determinants of health and health inequities

The World Health Organization (WHO) has defined health as a complete state of physical, mental and social well-being (World Health Organization, 1948) and some decades later added spiritual well-being (World Health Organization, 1998). This definition of health as not only the absence of complaints and diseases represents the first step in a paradigm shift leading to today's vision of health as a condition in its right, rather than simply being the opposite of illness. The inclusion of well-being and social characteristics also broadened the focus.

There is evidence of that a person's context influences on health. This influence was first described in 1974, when Lalonde (1974) who showed that improvements in health status required taking into account human biology and genetics, environmental factors, the health care system and lifestyle. These contextual factors have been called determinants of health, and were defined by WHO as "the range of personal, social, economic and environmental factors that influence the health status of individuals or populations" (World Health Organization, 1998).

Several models have been developed to explain the determinants of health (Figure 1). One of these, by Dahlgren and Whitehead (1991), classifies the determinants by concentric layers. In the core are non-modifiable determinants such as sex, age and genetics, and the outer layers are modifiable determinants such as lifestyle and social and community networks, living conditions, employment, public policies, and socioeconomic, cultural and environmental conditions.

Another model, proposed by the WHO Commission on Social Determinants of Health and adapted by the Spanish Commission on Social Determinants of Health, describes two main

elements: structural factors and intermediary inequality factors. Structural factors include the socioeconomic and political context together with structural determinants of health inequality, which encompass social class, gender, socioeconomic status and race or ethnicity. On the other hand, Intermediary factors encompass material resources (employment status, working conditions, income level, housing and residential environment), psychosocial factors (social support or stress situations), individual behavioural and biological factors, lifestyle and aspects of the health care system that have an impact on health inequalities (Borrell & Artazcoz, 2008; World Health Organization, 2009).

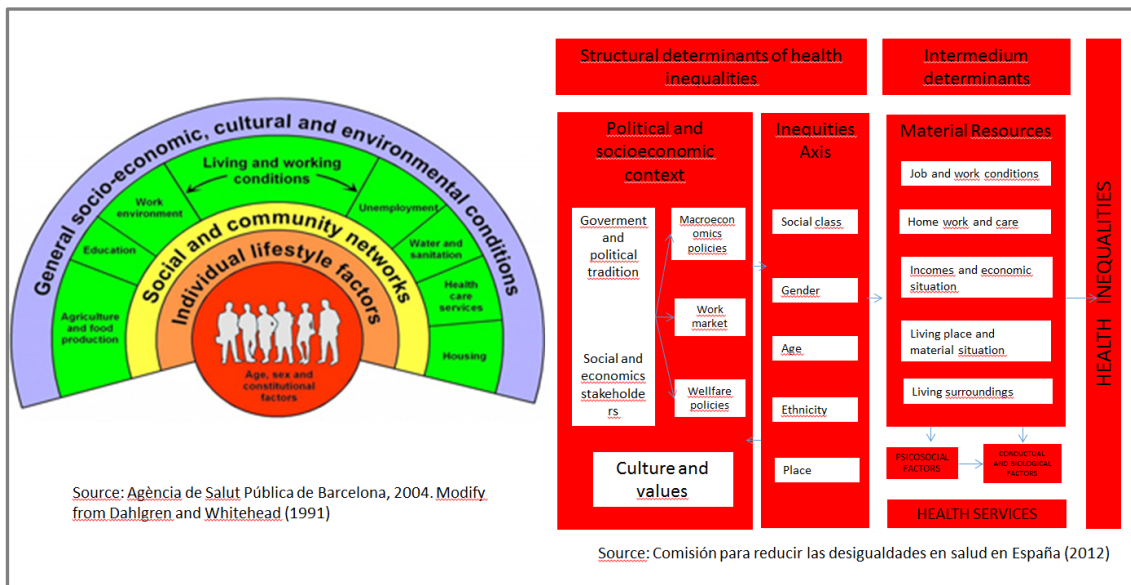


Figure 1: Models showing determinants of health. Source: adapted from publications of the Barcelona Public Health Agency and the Commission to Reduce Health Inequalities in Spain

Health inequities are defined by the WHO (2009) as “avoidable inequalities in health between groups of people within countries and between countries”. These unjust differences between population groups are based on social, economic, demographic or geographic factors (Solar & Irwin, 2010). Numerous studies have described health inequities related to socioeconomic status, gender, geography and immigration that have a serious impact on mortality and morbidity of the population (Borrell & Artazcoz, 2008; Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015; Krieger, 2003; Malmusi, Borrell, & Benach, 2010; Solar & Irwin, 2010). These health inequalities are

increasing persistently in the European region and within each European country (Marmot, 2013).

According to a WHO review of social determinants of health, the socioeconomic determinant highlights the low-income population's lack of the means and the resources necessary to reduce their risk, and the effects of that increased risk, because of their difficult life conditions and limited access to opportunities (Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt, 2012). Immigrant populations have less opportunities in most European countries and much higher unemployment rates, compared to the native-born population (Eurostat, 2015a).

With respect to gender as a social determinant of health, it has been shown that the binomial of social class and gender can further aggravate socioeconomic health inequalities (Marmot et al., 2012). In Spain's 2012 national health survey, only 62.4% of women in social class V (defined as unskilled workers) reported having good health, compared to 87.5% of men in social class I (directors and professionals). In contrast, 85.4% of women in class I reported good health status, compared to 76.1% of men in class V (Instituto Nacional Estadística, 2013). In Catalonia, the most recent health survey shows that 87.68% of men in the top social class reported a positive perception of their health, compared to 70.6% of women in the lowest social class (Departament de Salut Generalitat de Catalunya, 2015). It is important to remark that a study of Catalan Health Survey results over time indicated that these differences tend to persist for years and show absolutely no improvement (Borrell et al., 2011).

In economic crisis situations like the present, the most vulnerable populations are most directly affected, leading to increased social inequalities (Borrell et al., 2011). A lack of employment, the worst working conditions and/or the associated low income levels cause a deterioration in their health status (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013). The main health-related repercussions of the economic crisis are increased anxiety and depressive episodes (Robert, Martínez, García, Benavides, & Ronda, 2014) and decreased perception of competency and self-esteem (Karanikolos et al., 2013). With respect to healthy behaviours, the crisis is associated with a major incidence in malnutrition and unhealthy eating habits, leading to an increased prevalence of obesity, especially in the most disadvantaged populations (Antentas & Vivas, 2014). Moreover, the cutback in health and social services makes more difficult for the most disadvantaged individuals the access to

health care system (Ruckert & Labonte, 2012; Urbanos & Puig-Junoy, 2014), limits the programs for disease prevention and health promotion, reduces the purchasing power of vulnerable groups, and results in a major setback for women's rights to equal access and stability in employment, leading to an increase in gender related inequalities (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza, & Borrell, 2014).

A health promotion Spanish experts survey, recommended prioritizing the resource allocation to populations that are most intensely affected by the consequences of the economic crisis. These include infants and children, unemployed workers and vulnerable groups such as immigrants. The same study emphasized the need to develop structural policies capable of changing the life conditions of these groups, including policies on employment, housing, empowerment and equality (Márquez-Calderón, Villegas-Portero, Gosalbes Soler, & Martínez-Pecino, 2014).

1.1.2. Health promotion and salutogenesis

The first international conference on health promotion was held in 1986 objectives based on the Alma Ata Declaration (World Health Organization, 1978) and "Health for All by the Year 2000" (World Health Organization, 1986). This conference led to the approval of the Ottawa Charter, which defined health promotion as "the process of enabling people to increase control over their health, and to improve it". To reach a state of complete physical, mental and social well-being, individuals or groups should be able to identify and carry out their aspirations, meet their basic needs and either change or adapt to their environment. According to Koelen and Lindström (2005), this definition implies recognition of the determinants of health, self-responsibility for one's health, and finally, the process of using the determinants of health in order to connect people, the environment and the facilitators of this process. These authors describe health promotion as helping individuals to make healthier choices. They also believe that various barriers exist, both personal and related to the social or physical environment, that impede individual's from being able to make healthy choices.

The Ottawa Charter promoted 5 primary lines of action: develop cross-cutting public policies that favour good health; create environments that promote health and factors which are determinants of health; strengthen community outreach to empower communities to prioritize, take decisions, and plan and implement needed actions; develop individual skills that increase access to information, health education and empowerment; and redirect health services (World Health Organization, 1986).

The second world conference on health promotion was held in Adelaide (Australia) in 1988 and delved into the development of public health policies, introducing the concept of considering “citizens” rather than “individuals”. The third conference, held in Sundsvall (Switzerland) in 1991, outlined future strategic directions to strengthen education, empowerment and the construction of alliances to ensure equitable access to healthy environments. The next conference was held in Jakarta in 1997 and developed five objectives: promote social responsibility for health, increase investment in health, consolidate and expand partnerships and collaborations, increase community capacity and individual empowerment, and consider the importance of healthy surroundings. The fifth conference, held in Mexico in 2000, confirmed the effectiveness of health promotion strategies in supporting the sustainability of local, national and international actions in the area of health. The Bangkok conference in 2005 highlighted the value of aspects such as social determinants of health, equity, empowerment and participation.

In the 2009 Nairobi conference, much of the original spirit of the Ottawa Charter was recaptured, as the fundamentals of health promotion were re-emphasized: empowerment, equity, human rights, political will and the power of individuals (Chapela, 2011). The last world conference on health promotion was held in Helsinki in 2013, and focused on the development and implementation of the current WHO "Health in all policies" strategy. This strategy aims to incorporate health into all public policies, systematize evaluation prior to approval and application of a law, determine the policies impact on health and finally, to include the goal of improving health and well-being for all people in government agendas (Kickbusch, 2008).

According to Eriksson and Lindström (2008), a good theoretical basis emerged from the Ottawa Charter and the ensuing world conferences on health promotion to support a new approach to health promotion. This theoretical framework, salutogenesis, was created by

Antonovsky in 1979 from research findings in a study of women who were interned in concentration camps during World War II and who had managed to stay healthy. They provided the inspiration to question the origins of an individual's health and welfare as well as the beneficial effects that could arise from stressful situations. Salutogenesis suggests that stressors are common in daily life, generating tensions that can cause a landslide of health consequences if the individual succumbs to them, or a positive health effect if the tensions are overcome. In order for stressors to have a positive effect, it is imperative that the individual considers stressful situations as normal state of affairs and enhance their personal capacity to address them (Antonovsky, 1979). A person's ability to cope with stress is influenced by social determinants of health, life experiences and overall general resistance resources (Lindström & Eriksson, 2010).

Antonovsky based the salutogenesis approach on a health-disease binomial framework, describing a continuum between the two concepts and focusing on an individual's strengths or resources to cope with the disease. In contrast, the traditional pathogenic approach considers health and disease as two mutually exclusive states and focuses on the risk factors associated with diseases (Eriksson & Lindström, 2005).

The health-disease continuum developed by Antonovsky (1979) has two extremes, well-being or health vs. discomfort or illness. Other authors go further and describe a continuum between greater or lesser health as the two end-points of the continuum, avoiding the concept of disease and advocating that all people are always in some state of health or welfare, to a greater or lesser degree (Lindström & Eriksson, 2010). The current trend is the joint use of both approaches, pathogenic and salutogenic, in health promotion (Becker, Glascoff, & Felts, 2010) in order to identify the resources, conditions and factors that generate personal health, taking into account the individual's personal and social circumstances (Eriksson & Lindström, 2005).

The key elements in Antonovsky's theory of salutogenesis are generalized resistance resources (GRRs) and sense of coherence (SOC). GRRs are defined as "a property of a person, a collective or a situation which, as evidence or logic has indicated, facilitated successful coping with the inherent stressors of human existence" (Antonovsky, 1996). Therefore, GRRs include emotional or material factors inherent to the person or to the environment. Among these are money, knowledge, experience, self-esteem, healthy habits,

commitment or participation, social support, cultural capital and traditions, intelligence, and life focus, as they pertain to each person (Antonovsky, 1979; Lindström & Eriksson, 2010).

According to Antonovsky (1979), “the degree to which our lives provide us with GRRs is important for the development of a feeling or orientation that is generalized, pervasive and lasting and helps us to see and respond to situations the world presents to us; this is called the ‘Sense of Coherence determining factor. Thus GRRs are considered essential for the development of a strong SOC, as their optimum use gives a person the capacity to cope with daily stressors”. The GRRs described as essential to develop a strong SOC are meaningful activities, existential thoughts, a connection with inner feelings and social relationships (Lindström & Eriksson, 2010). On the other hand, the perception of lacking GRRs needed to address daily stressors may itself cause increased stress (Antonovsky, 1979).

Antonovsky (1987) defined SOC as “a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli from one’s internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement”. Later definitions, offered by Lindström and Eriksson (2005) characterize SOC as “the ability to understand the overall situation and the capacity to use available resources”. Therefore, people with a strong SOC perceive stressors at a weaker stage and can face them in a more appropriate way (Richardson & Ratner, 2005).

Antonovsky (1987) described three SOC dimensions: comprehensibility, manageability and meaningfulness.

- Comprehensibility is related to a person’s capacity to transform stimuli into information about what is being experienced or perceived that is meaningful, orderly, consistent, structured and clear (Antonovsky, 1987), rather than something chaotic, disorganized or inexplicable (Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodriguez, & Hernán García, 2011) – in other words, a person’s capacity to understand his or her life and how to face its stressors. People who have high comprehensibility are able to

perceive, organize and structure the information received so that they are able to manage and give meaning to it

- Manageability refers to the individual's perception of the available resources and their adequacy to meet daily demands (Antonovsky, 1987) – in other words, the person's ability to use both personal and material resources to face the stressors of life.
- Meaningfulness indicates the extent to which a person feels that life makes sense emotionally and, despite the problems and difficulties, is sufficiently motivated to put effort into confronting them (Antonovsky, 1987) – that is, the person considers his or her life to be on track to achieve targeted goals or objectives, or has a motivational factor (Lindström & Eriksson, 2010).

Antonovsky (1979) considered SOC to be a predisposition towards life rather than a personality trait, a way of living that could not be described in terms of each dimension independently. Still, he stated that meaningfulness was the most important of the three dimensions. However, in cases of disparity between the different levels, they tend to equalize (Antonovsky, 1987). In this sense, other authors have reported more volatility in comprehensibility and manageability, as a function of external changes (Suominen, Blomberg, Helenius, & Koskenvuo, 1999). One study described a significant change in manageability, suggesting that the dynamic change process observed in SOC might begin in this dimension (Langeland et al., 2006). This is consistent with Antonovsky's SOC definition, which emphasizes that SOC is determined not only by the possession of GRRs but also by their appropriate use (Antonovsky, 1987).

Siegrist (1993) criticized the lack of a fourth dimension in the SOC, affectivity. According to him, affectivity is an essential component in the overall vision of the person that was not sufficiently reflected in Antonovsky's definition of SOC, which overemphasized cognitive or rational aspects. Moreover, other authors describe the existence of a close relationship between SOC and spirituality, making it the most successful approach to coping with stressors (Nygren et al., 2005). In this sense, some authors link spirituality to the meaningfulness dimension of SOC, as this allows them to make sense of and be able to face difficult situations (Strang & Strang, 2001).

The SOC concept can be useful regardless of a person's gender, social class, region or culture of origin because it has been shown to be an exploratory factor in how individuals

or communities manage stress (Antonovsky, 1987; Braun-Lewensohn & Sagy, 2011; Hittner, 2007).

Some studies have shown that SOC develops differently in each person based on environmental characteristics and personal experiences (Braun-Lewensohn & Sagy, 2011), regardless of the culture to which they belong (Antonovsky, 1993). The same levels of SOC have been observed in people of different cultures (Bowman, 1996), and a strong relationship exists between high SOC and a perception of very good health status (Antonovsky, 1987; Bowman, 1996; Lee, Jones, Mineyama, & Zhang, 2002). According to Antonovsky (1987), SOC can remain constant in societies undergoing processes of change, depending on the flexibility with which people face new societal demands.

Antonovsky developed two SOC assessment scales, the SOC-29 and the abbreviated SOC-13 (Antonovsky, 1993). There is controversy about whether SOC is a stable element or may vary throughout a person's lifetime. Although Antonovsky described SOC as an inner experience that gradually develops within the family from childhood to young adulthood, stabilizing around 30 years of age (Antonovsky, 1979; Feldt et al, 2007), some authors consider changes in the environment and internal reactions to these changes as factors that affect SOC and make it a variable element (Fok, Chair, & Lopez, 2005; Suominen, 1993). Other studies show that small increases in SOC are possible as a result of interventions designed to improve it. A clinical trial that used talk therapy with a salutogenic approach in groups of people with mental health problems (90 minutes per week for 16 weeks) found improvement in participants' resources to address their health problems (Langeland et al., 2006). Similarly, another clinical trial aimed at increasing SOC with a stress reduction program based on psychotherapy in women with fibromyalgia (Weissbecker et al., 2002).

A systematic review of the relationship between SOC and health showed that SOC is closely related with psychological aspects of health but not with the physical aspects (Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005). An inverse relationship between depression and SOC in adolescence and adulthood has been reported (Eriksson, Lindström, & Lilja, 2007; Larsson & Kallenberg, 1996; Stankunas, Kalediene, & Starkuviene, 2009), and many studies have shown a relationship between SOC and well-being or quality of life (Drageset et al., 2009; Eriksson & Lindström, 2005).

One aspect of the salutogenesis approach to health status is based on the assets framework developed by Morgan and Ziglio. This framework emerged in 2007, defining an asset as any factor or resource that enhances the capacity of individuals, communities and populations to maintain health and well-being (Morgan & Ziglio, 2007). It aims to emphasize the positive abilities of each person and their capacities to identify problems and enable solutions in order to increase self-esteem and leadership in individuals or communities (Morgan, Davies, & Ziglio, 2010). Despite there is no consensus on the matter, some authors believe that the concepts of GRR (Antonovsky) and assets (Morgan and Ziglio) are similar in meaning, although born of different theoretical frameworks, arguing that both models, conceptualize the same meaning and encompass the same construct (Bull, Mittelmark, & Kanyeka, 2013; Lindström & Eriksson, 2010; Rivera, et al., 2014).

1.2. Immigration and Health

1.2.1. Immigration

Migration is a dynamic individual or group process that includes personal relationships between the point of origin and the destination. It is therefore not merely a spatial or temporary movement of people, but a process of necessary cultural readaptation in the new environment, ie, a social transition where the immigrant must adapt to a new context and a new community (Omidina, 1996). This social transition has been called acculturation, defined as "those phenomena which result when groups of individuals having different cultures come into continuous first-hand contact, with subsequent changes in the original cultural patterns of either or both groups" (Redfield, Linton, & Herskovits, 1936). Berry (2008) defined acculturation as the process by which individuals incorporate beliefs, habits and values of the new culture into their native culture. The same author described six stages of acculturation: modification, survival, adaptation, dominance, strength and stress.

The immigrant population can be described as a very heterogeneous group with a great diversity of life experiences closely related to the migration process. Each country has very disparate groups of immigrants, which hinders any generalized comparative analysis (Nesterko, Braehler, Grande, & Glaesmer, 2013).

There are several classifications of migration, based on the type of migratory process. Voluntary migration is that produced by dissatisfaction in the home country and search for new opportunities in other countries. Forced migration is caused by armed conflict or economic reasons, among others. Migration may also be classified as illegal or legal immigration, depending on whether or not the immigrant obtains the legal documentation required by the destination country (Dow, 2011). Illegal immigrants clearly must face more difficulties in the process of adaptation to the new country, and are more exposed to be exploited or discriminated. Additionally, illegal immigrants usually live in worse economic and social situations (Zarza & Sobrino, 2007) and are more vulnerable to stress than the legal immigrant population, receiving less health care for mental or physical diseases (Dow, 2011).

However, controversy remains about the definition of an *immigrant*. The United Kingdom's Migration Observatory defines an immigrant as "foreign birth, by foreign citizenship, or by their movement into a new country to stay temporarily (sometimes for as little as a year) or to settle for the long-term" (Anderson & Blinder, 2015). The International Organization for Migration considers voluntary migration essential to immigrant status; the alternative would be refugee status or asylum. At the international level, the term migrant was usually understood "to cover all cases where the decision to migrate was taken freely by the individual concerned for reasons of "personal convenience" and without intervention of an external compelling factor" (International Organization for Migration, 2011).

In recent decades, global migration has increased considerably (Bak-Klimek, Karatzias, Elliott, & Maclean, 2014; Bischoff & Wanner, 2008). According to Eurostat data, there were 3.8 million of immigrants in Europe in 2014. During that same year, Spain counted 305,500 immigrants (Eurostat, 2015b). In Catalonia, foreign-born legal residents did not reach 2.5% of the population in 2001; thirteen years later, in 2015, there were approximately 1,100,000 immigrant persons (14.49% of the Catalan population). The major sources of immigration were Morocco, with a total of 228,403 persons (nearly 20% of the total foreign-born population), followed by China with 55,713 persons (5.1%) and Pakistan with 42,119 (3.8%) (Idescat, 2015).

In the province of Girona, the foreign population in 2015 was about 150,000, almost 20% of the population. The foreign population was 45.7% women; overall, 54.3% were between 24 and 50 years old. It should be noted that the percentage of foreigners exceeds 40% of the population in two villages in the region, Salt and Sant Pere Pescador. In the city of Girona, the percentage is around 18% of the population. The majority of the immigrant communities in the region are Moroccan (8,817, almost 25% of total population), followed by Hondurans (5,177 people, 14.6%) and Gambians (2817, 8%). In both the Moroccan and Gambian communities, men are the majority of the population (54.8% vs. 59.5%, respectively). Conversely, the Honduran community is predominantly (65.5%) women (Idescat, 2015).

1.2.2. Immigration and stress

According to Lazarus and Folkman (1984), stress occurs when internal or environmental demands exceed a person's resources. The person perceives a threat and does not believe he or she can overcome it. This process consists of two phases, cognitive evaluation and coping. The first phase is the process of categorization and confrontation, which involves various sub-phases. The second phase has been described as the analysis of the person's physical, social, psychological, or material resources (Berjot & Gillet, 2011) and the options available to deal with this stressful situation (Lazarus & Folkman, 1984).

Stressors can be classified as acute or chronic. Acute stressors are defined as representing a change in the individual's life, such as death, divorce, job loss, or an acute illness. Chronic stressors are those that produce continuous demands or are associated with situations that are difficult to change, such as harsh economic situations, overcrowded housing, marital problems, unemployment and discrimination (Grote, Bledsoe, Larkin, Lemay, & Brown, 2007).

The literature identifies diverse methods of coping with stress, including psychological, cognitive, and emotional responses, as well as various behaviours (Holohan, Moos, & Schaefer, 1996). One of the frameworks used to describe coping, developed by Compas et al, differentiates between involuntary and voluntary response to stress (Figure 2). This model only considers voluntary responses as truly confronting stress; involuntary response is considered innate individual behaviour that does not require any effort. Both voluntary and involuntary responses are subclassified as with engagement or disengagement coping (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Voluntary coping, with personal engagement coping or active participation, distinguishes between primary and secondary control in stress management. The primary approach aims to control the situation by controlling the management and expression of feelings (Miller & Myers, 1998), while secondary control is focused on the adaptation of the individual to the stress situation using distraction (Smart & Wegner, 1999), cognitive restructuring and acceptance (Gottlieb, 1997). On the other hand, voluntary with disengagement coping uses two different mechanisms: avoidance of social situations in which some stigma could be a

problem (Pinel, 1999) and negation or minimization of prejudice or discrimination (Ruggiero & Taylor, 1997).

To all of this, we must add that not only can there be different responses or coping strategies but each person also varies his or her response to stress depending on the stressor involved and the situation in which it occurs (Lazarus & Folkman, 1984; Miller & Kaiser, 2001). These have been classified as those related to the individual person and those related to the situation (Lazarus & Folkman, 1984). Individual responses include commitments that define what each person considers important, his or her beliefs and personal traits such as level of self-esteem (Rector & Roger, 1997). Situational responses are defined as temporal factors or ambiguity (Lazarus & Folkman, 1984).

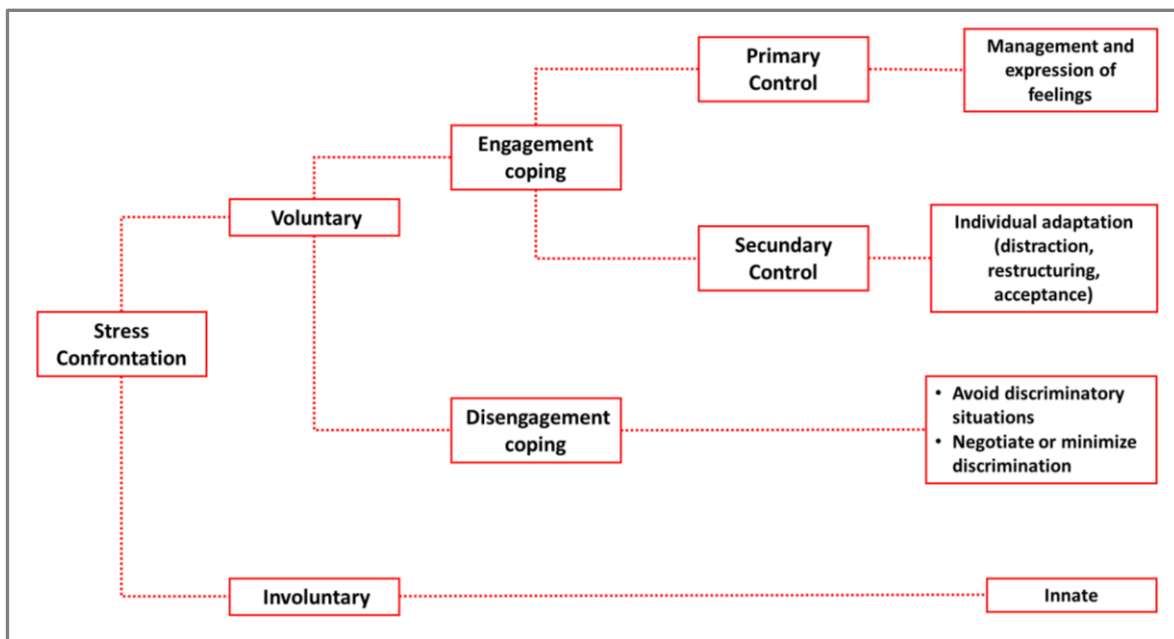


Figure 2: Decision flowchart of ways to manage stress. Source: based on the Compas et al model

Other factors protect against stress, of which several should be highlighted. These include social support, having a defined role or function, optimism and perceived control.

- Some authors consider social support the most important factor protecting against stress (Berjot & Gillet, 2011; Cohen, 2004; Compas et al., 2001). Cohen (2004) specifies that this includes not only the quantity but also the quality of social support. Various authors consider social support a resource for solving problems (Berjot &

Gillet, 2011; Compas et al, 2001), providing a way to express emotions and helping to redefine a stressful time or distracting from it (Compas et al., 2001). Other authors affirm that people with more social support tend to negate discrimination, while those with less support more commonly use cognitive restructuring (Ruggiero & Taylor, 1997).

- A second factor is having a defined role or function. Authors such as Golding (1989) or Romero et al (1988) believe that this role can be at the social and family level, such as paternity, friendship or social leadership, or at the professional level, protecting the individual from stressful situations.
- Finally, optimism and perceived control were described as protective factors in a study carried out among African-American women of low socioeconomic status exposed to chronic stress and depression (Grote, Bledsoe, Larkin, Lemay, & Brown, 2007).

Optimism is defined as a person's expectation or belief that in the future he or she will get good results. This positive viewpoint produces benefits for psychological well-being in stressful conditions (Scheier & Carver, 1992). Therefore, a more optimistic person faced with greater exposure to stress is more likely than his or her peers to adapt with resilience (Grote et al., 2007). Optimistic people are known to use constructive coping strategies when the stress is more controllable and when faced with uncontrollable stress they tend to use positive reinterpretation, humour, acceptance (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) or spirituality (Boyd-Franklin, 2003),

On the other hand, perceived control is related to the concepts of internal control, self-efficacy, mastery and personal autonomy, thus being considered a construct that makes up an individual's personality (Cohen & Edwards, 1989). Furthermore, it is correlated with socioeconomic status, level of education, employment situation, and race or ethnicity. It is known that people who are poor, poorly educated, or unemployed have lower levels of perceived internal control (Ross & Mirowsky, 2013). In this line, other authors conclude that a person who believes he or she can control any situation has more motivation to face stress situations (Grote et al., 2007; Ross & Mirowsky, 1989).

Immigration is known to have a stressful effect on people (Bhugra, 2004; Dow, 2011) because it begins with the hope of a new and better life but experiences at the new destination represent unexpected loss and culture shock that the immigrant person must confront until he or she can regain a sense of balance or adapt to the new situation, both individually and as a family (Dow, 2011; Lipson & Melies, 1983).

The major stressors described by immigrant individuals are the separation from one's country and family (Caplan, 2007; Mock, 1998), the cultural shock with the new country (Araujo & Panchanadeswaran, 2010; Mock, 1998), lack of employment (Dow, 2011; Thomas, 1995), discrimination in the labour market (Dow, 2011; Torres, Driscoll, & Voell, 2012), overcrowding in their living situation, their expectations of immigration (Quintero & Clavel, 2005), racism and discrimination, their perception of whether or not they had a choice about the migration process (Cabassa, 2003; Quintero & Clavel, 2005; Torres et al, 2012), immigration-related debts incurred in the home country, along with the need to send money home regularly (Adler, 2004; Garcia-Ramirez et al, 2005) and the many losses experienced as a result of immigration (Mock, 1998).

These losses include, on the one hand, their social support network, which usually requires much time and effort to rebuild (Berman et al, 2009; Caplan, 2007). On the other hand, the loss of economic and/or social status is an important source of stress, especially for those who had high economic power in their country of origin but must now accept work well below their educational level, which in turn implies loss of social status (Dow, 2011; Mock, 1998; Thomas, 1995). It takes approximately 10 years to achieve economic stability for themselves and their families (Beiser, Johnson, & Turner, 1999). Finally, not knowing the local language (Araujo & Panchanadeswaran, 2010; Chirkov, 2009; Dow, 2011) is considered one of the biggest sources of stress due to the difficulty of communication, a major obstacle to social integration in the receiving community (Triandis, 1980).

According to Riedel et al, the radical change in the immigrant's life could be due to a change in the resources available to an individual in the new culture, to the comprehensibility of the new culture, the manageability of the resources available and the meaning of the new life for the person who has become an immigrant (Riedel, Wiesmann, & Hannich, 2011). Some authors consider loss of SOC among immigrants to be highly related to the mental health problems they often experience (Ying & Akutsu, 1997).

Conversely, a study with immigrants of Turkish origin performed in Germany showed that cultural origin or low socioeconomic status may also influence the SOC of immigrants, as both the Turkish people who immigrated to Germany and those who remained in Turkey had the same low levels of SOC (Erim et al., 2011). In this regard, another study showed that immigrants' perceptions of acculturative stress, sociodemographic characteristics, SOC and social support are predictors of their level of well-being (Jibeen & Khalid, 2010).

1.2.3. Immigrant women and stress

The main stressors affecting immigrant women are acculturation, stigmatization and poverty. Acculturation has been defined as "a reduction of mental health and well-being that occurs in ethnic minorities during the process of adaptation to a new culture", due to the psychological impact of the cultural adaptation process (Berry, 1998). Some researchers believe that acculturative stress is often confused with other stressors, whether or not those are caused by acculturation (Rudmin, 2009); in other words, the psychological phenomenon can be confused with the causes of the phenomenon. In a study involving women from Mexico and El Salvador, Allen et al concluded that women experienced greater acculturative stress than men (Allen, Amason, & Holmes, 1998). This may reflect the subordination of women, their role or status within their own ethnic group, or their multiple functions as mother, worker and spouse (Berry, Kim, Minde, & Mok, 1987; Mumdorf, 1998).

Some protective factors have been described against acculturative stress: the support of family and friends (Cabassa, 2003; Crockett et al, 2007; Finch & Vega, 2003), psychological factors such as self-esteem, an active coping style in the face of adversities and a great capacity for flexibility to adapt to new cultural environments (Caplan, 2007; Hovey & Magaña, 2003). Along this line, authors like Murphy (1977) and Cox (1989) have described how the established communities in the host country acting as a protective mechanism for the immigrants individuals reducing the stress caused by racism and other adversities. At the same time, these established communities strengthening the protective context that allows people to develop their abilities. Other authors point out that in multicultural societies that promote diversity, immigrants are less pressured to adapt to the drastic cultural changes they experience and therefore have less acculturative stress (Cabassa, 2003).

A second stress factor is stigmatization or discrimination, to which the immigrant population is especially vulnerable (Aguadelo-Suárez et al., 2009). Immigrant individuals are often targeted for their differentiating features, whether these are ethnic traits or cultural behaviours (Major & O'Brien, 2005). Other authors also consider characteristics such as low socioeconomic status or not knowing the language (Li et al., 2007; Major & O'Brien, 2005). This discrimination fact is similar in all European countries (Kelaheer et al., 2008).

Crocker, Major and Steele (1998) defined stigma as some attribute or characteristic that transmits a social identity that is devalued in a particular social context, understanding social identity as “to commonalities among people within a group and differences between people in different groups and is associated with groups behaviour” (Hogg, 2003). The stigmatization may occur simply because the individual is a woman, belongs to another culture, is a member of a minority, is poor, or simply is not liked by someone for some physical reason such as being too tall or too short, weighing too much or too little, etc. (Berjot & Gillet, 2011).

We know that prejudice or stigmatization can increase the external demands on a person. Some authors consider this to be a strong stressor (Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999; Crocker et al., 1998; Major & O'Brien, 2005; Miller & Kaiser, 2001) with consequences for access to education, employment opportunities, and the quality and the quantity of health care received; because those who are stigmatized are confined to low socioeconomic strata (Allison, 1998; Clark et al, 1999).

Several authors have suggested that a person who is stigmatized experiences psychological consequences such as low self-esteem (Bhugra & Becker, 2005; Lundberg, Hansson, Wentz, & Björkman, 2009), low external control (Allport, 1954; Crocker & Major, 1989), decreased psychological well-being (Siefert, Bowman, Heflin, Danzinger, & William, 2000) and depression (Allport, 1954; Brissette, Scheier, & Carver, 2002; Cohen & Edwards, 1989; Crocker & Major, 1989; Falconnier & Elkin, 2008). Some others report that stigmatization can cause physical problems and a compromised immune system (Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999).

In contrast, Schmitt and Branscombe (2002) believe stigmatization has a protective effect, as belonging to a particular group greatly facilitates self-definition. Specifically, being

identified as a person with a stigma can be considered an opportunity that helps the individual address this situation by allowing recognition of its benefits (Berjot & Gillet, 2011). Stigmatization can also be considered a challenge, as something that one should strive harder to achieve in order to prove that the problem arises only because of the stigmatization (Alter, Aronson, Darley, Rodriguez, & Ruble, 2010).

Coping strategies to deal with stigmatization protect or enhance both personal identity and social aspects related to stigma (Berjot & Gillet, 2011). These include mobility, understood as changing groups in order to protect one's own identity (Tajfel, 1978); the creation of impediments in order to be better prepared in the event of failure (Hirt, Deppe, & Gordon, 1991); self-affirmation, defined as the affirmation of personal qualities, which seems to have a positive effect on the cognitive process (Steele, 1988); and social creativity, described as the capacity to –for example– “re-evaluate some threatened dimensions and declare them/perceive them as positive instead of negative” (Tajfel, 1978). Deaux and Ethier (1998) also described a strategy of reaffirmation, referring to “identity work in which the person proclaims or reasserts an identity that is already part of her or his self-definition.”

The third and last stressor is poverty. It is known that poverty, unemployment and rapid changes in one's environment contribute significantly to increasing mental illness (World Health Organization, 2001). Thus, mental illness most often develops during the first year of immigration (Westmeyer, 1986), when the probability of experiencing depressive symptoms doubles and the risk of suicide is increased (Hovey & Magaña, 2003; Stack, 1981; Torres, 2010). Specifically, involuntary migration increases depressive states not only directly but indirectly by weakening the individual's social and psychological resources (Hwang, Xi, Cao, Feng, & Qiao, 2007). These effects are usually more severe and last longer in the case of refugees (Kisely, Terashima, & Langille, 2008).

Poverty is also considered a factor that enhances both acute and chronic stress (Belle, 1990). Chronic stress significantly increases the rate of depression (Siefert et al., 2000). A study in immigrant women with limited economic resources and with depression showed that the failure to recognize this pathology worsened their stigmatization, as 51% of the women were concerned about the opinions of their family or friends about their depression, and 40% of them reported feeling ashamed and having difficulty explaining their mental state to others (Scholle, Hasket, Hanusa, Pincus & Kupfer, 2003). In addition, women living

in poverty are both embarrassed by it and experience discriminatory treatment (Mickelson & Williams, 2008).

Unemployment rates exceed 34% in the population of legal immigrants in Catalonia in 2015; in turn, the earnings of an employed immigrant are 30% lower than that of a non-immigrant (Department de Benestar i Família, 2015). Thus, poverty situations are numerous, not only among people with an illegal immigrant status but also in the population with legal documentation.

Research has shown that labour discrimination, and thus the lack of economic resources, has a double effect on immigrant women, because of racism and gender discrimination. In Europe, there are major differences between native people and immigrant populations in unemployment rates. For example, in Spain the unemployment rate is 19% in the native population, and 35% in the immigrant population (UCL Institute of Health Equity, 2013). It should also be noted that the most common work performed by immigrant women is housework, which is unpaid, ignored and not recognized by others (Ahonen et al., 2010). It should be added the differences associated with the socialization of women and men, which implies distinctive values, attitudes, behaviours, and gender inequalities, and with gender-based differences in access to resources and jobs (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015).

1.3. Empowerment of immigrant women

Empowerment is defined as "the process by which people gain greater control over decisions and actions affecting their health", which can be developed through a social, cultural, psychological or political process (World Health Organization, 1998).

The etymology of this concept is rooted in the term "power", which was classified by Lukes as having three dimensions: "power to", described as the power imposed by the system through rules; "power over", when the system concedes the power to choose, but between selected or limited options; and "power through", in which the power is invested in scientific knowledge (Lukes, 2005). In the opposite direction, Marmot considers empowerment as a key to activate the mechanisms that allow individuals to make decisions that affect their lives (Marmot et al., 2012).

The theory of empowerment originated in 1973 with Paolo Freire, who suggested a strategy to liberate the oppressed by *empowering* them through education and critical consciousness, so that the people can define the problem, evaluate their options and mobilize to achieve the solution they desire (Freire, 1973). Others have described empowerment as a process that begins with individuals or groups of people and not with an action taken by others (Laverack, 2005; Williams & Labonde, 2007). In contrast, some authors consider it the result of an intervention in which certain interactions between people result in the start of a new phase of the empowerment process. Others integrate both approaches to describe empowerment as a dynamic process of feedback.

These different perspectives explain the measurement difficulties still persists today. In this sense, while some believe that increased empowerment can easily be recognized qualitatively (Zimmerman, 2000), others have developed specific scales for quantitative measurement (Alsop & Heinsohn, 2005).

It should be noted that empowerment is a key concept in many disciplines (Rappaport, 1987) and has been widely used in numerous studies (Laverack, 2005). In the field of health promotion, empowerment is incorporated into the definition, which includes the concept of self-responsibility for taking control of one's own health. We also note that empowerment is part of the strategies set out in the Ottawa Charter for developing health promotion initiatives (Chapela, 2011; World Health Organization, 1986). Thus, some authors consider

empowerment as a goal of health promotion while others describe it as an integral part of the process of achieving that goal (Rissel, 1994; Tengland, 2007). According to several authors, salutogenesis it is one of the models that best encompasses and conceptualizes the process of empowerment (Eriksson & Lindström, 2005; Koelen & Lindström, 2005).

Empowerment can be classified as occurring at the individual or psychological, community, or organizational level (Peterson, Lowe, Aquilino, & Schnider, 2005; Rappaport, 1984; Zimmerman, 1995). There is also a relationship between the three levels (Kar, Pascual, & Chickering, 1999), such that it has been described as a continuum from the individual to collective action (Laverack, 2005).

Individual empowerment has been defined as a sense of control over one's own person, knowledge and motivation in life (Rappaport, 1985). For example, the person has the capacity to control or change things to improve his or her health status or work to improve health-related skills (Tengland, 2007). Thus, individual empowerment is defined as the search for increased internal or mental resources and for personal autonomy (Rissel, 1994; Swift & Levin, 1987). Other authors describe it in terms of the motivational aspects of control, self-esteem, decision-making and self-efficacy (Cattaneo & Chapman, 2010).

In this sense, Tengland (2007) defined individual empowerment as increasing knowledge, self-esteem and self-confidence. Increased knowledge refers to developing the individual's self-knowledge of personal strengths and weaknesses and also "knowing-how" (Rodwell, 1996), or an awareness of how to use these characteristics. The increase in self-knowledge allows the individual to improve his or her well-being and quality of life. Increased self-esteem promotes healthy habits and improves quality of life. Finally, increased self-confidence helps the individual to improve skills and, consequently, also improves mental health.

Several factors support individual empowerment in immigrant populations. These include the length of time spent in the host country, the individual's educational level (Berry, 2006) and knowledge of the host country's language (Yeh, Kim, Pituc, & Atkins, 2008). The latter also promotes social contact and helps immigrants develop better personal strategies (Cakir & Yerin Guneri, 2011).

At the community level, empowerment is described as a social process that engages other people from the same community. It includes the development of leadership skills and strategies, effective communication systems, community support and the networks needed to mobilize community assets (Kar et al., 1999). Community empowerment is fluid and

unpredictable, but is also a process that can be evaluated (Hur, 2006). Finally, organizational empowerment aims to create or strengthen associations or cooperatives that mainly protect, promote and defend the most disadvantaged people in society (Kar et al., 1999).

Recent studies describe the important effect of social context on empowerment (Cattaneo & Chapman, 2010; Hsu, 2009); people may be empowered in one environment but not in other settings (Lilia, Castro, & Morales, 2015). Therefore, in the context of immigration, activities designed for the purpose of empowerment should focus on strengthening control of new situations by the immigrant, who may feel impotent to confront some of the circumstances associated with migration (Wiking, Johansson, & Sundquist, 2004) and the social and cultural context of the new country (Dalgard, Thapa, Hauff, Mc Cubbin, & Syed, 2006).

In the field of health, empowerment interventions or actions aim to improve health outcomes (Wallerstein, 2006). Numerous studies have sought to promote lifestyle changes among immigrant women (Backman et al., 2011) or increase their capacity to influence changes in the habits of the whole family (Stolzenberg, Berg, & Maschewsky-Schneider, 2012). The latter approach is criticized by Lupton (1995) and Laverack (2005), who consider empowerment should not be associated with persuasive interventions by health professionals or others, seeking to develop a particular group's skills and ability to exercise control over their lives; rather, the people themselves should determine how to achieve their own empowerment.

Some authors have linked the empowerment of immigrants with their employment status, suggesting that individual empowerment can be developed at work if an individual is able to fully display all their skills and abilities (Vinokur & Schul, 2002). Similarly, community empowerment can occur as immigrant populations acquire knowledge about the local labor market and the opportunities it can offer them. Finally, organizational empowerment is described in this context as those activities promoted by immigrants themselves in order to find a job or improve the one they have (Vinokur, Price, & Schul, 1995).

With respect to the individual and community empowerment described by Tengland, suggested measures of the empowerment of immigrant populations are self-esteem and

quality of life at the individual level and the social support that is perceived at the community level.

1.3.1. Quality of life

The World Health Organization Quality of Life Assessment (1995) defined quality of life as an “individuals’ perception of their position in life in the context of culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological status, level of independence, social relationships and their relationship to salient features of the environment”. This definition includes the expectation factor used by Sartorius (1989) to define quality of life according to the discrepancy between a person’s actual status and his or her expectations or desires. Along this same line, some authors consider the difference between expectations and experiences as an indicator of a person’s quality of life (Carr, Gibson, & Robinson, 2001; Malkina-Pykh & Pykh, 2008), claiming that greater deviation between both reflects a worse quality of life (Carr et al., 2001). Bigelow, McFarland and Olson (1991) also defined quality of life as an equation between needs met and an individual’s demands. Other authors consider it an emotional state that reflects personal feelings (Ferrans, 1992), or liken it to one’s life satisfaction (Costanza et al., 2007; Ferrans, 1996). Therefore, there is controversy about whether this equation is completely valid or life satisfaction and quality of life are two separate phenomena (Landesman, 1986). Moreover, quality of life can be described subjectively, objectively, or using a combination of both. The subjective quality of life takes into account values, expectations, and social position (Malkina-Pykh & Pykh, 2008) in addition to physical, material, social and emotional factors (Felce & Perry, 1995). This definition has the inherent difficulty of not being able to make comparisons between people who differ from each other and therefore are not comparable. Many authors argue that the subjective perception of quality of life is often confused with well-being (Easterlin, 2003; Felce & Perry, 1995; Haas, 1999; Kahn & Juster, 2002). Gasper (2010) distinguished between these two concepts, defining well-being as an individualized concept related to personal experience at a particular moment and quality of life as a concept that applies to communities or a society, taking environmental aspects into account. This distinction may be explained by the origins of the two concepts: well-being

originated in the field of psychology, while quality of life had its origin in the social and socio-political field. Moreover, the same author's previous writings considered well-being and quality of life as independent concepts, each encompassing many other more specific concepts (Gasper, 2007).

The objective view of the quality of life refers to observable living conditions and other physical aspects. As an example, the European statistical system, Eurostat, assesses quality of life based on 37 primary and secondary indicators. Some of them are obtained directly, others indirectly. These can be classified according to nine dimensions: material conditions of life, productivity and primary occupation, health and conditions for health maintenance, education and access to education, activities for socializing and leisure, economic and physical security, basic rights and governance, natural living environment and life experience (Eurostat, 2013). A second example would be the definition by Bramston, Chipuer and Pretty (2005), "a multidimensional concept that includes such diverse indicators as material well-being, health, productivity, privacy, security, community integration and emotional wellbeing".

Considering quality of life strictly from the objective view has been criticized as not allowing for appropriate assessment of such a complex and multidisciplinary concept (Malkina-Pykh & Pykh, 2008), focusing instead on social and economic aspects and related indicators of health (Cummins, Eckersekey, Pallant, Van Vugt, & Misajon, 2003). To this end, Cummins (1992) suggested that quality of life should be defined not only from an objective and subjective point of view but should also take into account the living conditions and the satisfaction of each individual, ie, considering the cultural context, social norms and their importance and/or personal priorities. This author draws a three-dimensional model of quality of life in which each person's values, living conditions and life satisfaction interact. Felce and Perri (1995) added that the failure to consider living conditions in the definition of quality of life may result in the exclusion of vulnerable people from the analysis.

Quality of life is used in multiple disciplines but without a consensus definition (Costanza et al., 2007; Malkina-Pykh & Pykh, 2008). With respect to health, some authors assimilate the concepts of quality of life and health-related quality of life (HRQoL) (Eriksson & Lindström, 2007; Fagerlind, Ring, Brülde, Feltelius, & Lindblad, 2010). However, other authors believe that such assimilation would be acceptable only in the case of healthy people, and that the assimilation is artificial in people with a lower health status (Anderson & Burckhardt, 1999).

A number of instruments have been validated for quantitative assessment of HRQoL including the 36-Item Short-Form of the HRQoL questionnaire (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992), the Nottingham Health Profile (Hunt, Mckenna, McEwen, Williams, & Papp, 1981), or the WHOQOL World Health Organization Quality of Life Assessment survey (1998). These instruments have been criticized as being too focused on physical aspects, paying little attention to emotional or social aspects (Fayers & Machin, 2000), or only assess the individual's perceived health, and therefore being too subjective (Moons, Budts, & De Geest, 2006).

All of the above reaffirms that quality of life cannot be considered a static concept; it changes over the course of a lifetime (Carr et al., 2001), depending on the events that befall the person, the presence or absence of disease and his or her ability to cope, cultural changes, and changes in personal expectations or priorities (Moons et al., 2006).

Using salutogenic approach, quality of life combines 4 dimensions: global, external, interpersonal and personal resources of an individual, group or society (Eriksson & Lindström, 2007). Based on these dimensions, Lindström (1994) defines quality of life as "the total existence of an individual, a group or society describing the essence of existence as measured objectively and perceived subjectively by the individual, group or society".

The results of numerous studies support the claim that the stronger the SOC, the better perceived quality of life (Guldvog, 1999; Nesbitt & Heidrich, 2000; Vinson, 2002). A systematic review by Eriksson and Lindström (2007) concluded that SOC could be considered a good resource to enhance quality of life, either directly or by improving the perception of health status.

The search for a better quality of life is the motivation for most migration decisions. Numerous studies about the quality of life of immigrants have been conducted in various countries. In Australia and Sweden, researchers concluded that HRQoL is lower for those individuals who are more recent immigrants (Foroughi, Misajon, & Cummins, 2001; Leão, Sundquist, Johansson, & Sundquist, 2009). In Switzerland, another study shows how the country of origin is also a determining factor in an immigrant's HRQoL. Immigrants from southern Europe have lower HRQoL than the native population, but there is no difference in HRQoL levels between immigrants from northern Europe and the native population (Bischoff & Wanner, 2008).

1.3.2. Social support

People are influenced by their social relationships (Baumeister & Leary, 1995). This set of social relationships that a person establishes with other people, regardless of their type, is called the social network. To the extent that the network provides assistance to that person, we can say that this network provides social support (Lemos Giraldez & Fernandez Hermida, 1990).

Social support is defined as the emotional or instrumental (physical, material, information, etc.) resources that others offer to an individual in order to respond to their needs. These resources help to protect individuals from the effects caused by stressors (Lin & Ensel, 1989). Some authors have shown how social supports are mobilized in stressful situations, depending on the person and the specific environment (Barrera, 1988; Gracia & Herrero, 2004). Not only the size of the network, ie, the number of people involved, is important, but also its diversity and the number of social roles the individual plays within the network (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin, & Gwaltney, 1997).

Social support directly and positively affects health because it produces positive feelings, stability and self-esteem (Aneshensel, 1992). There is evidence that people who have a higher quality or quantity of social support have a lower risk of mortality (Ali, Merlo, Rosvall, Lithman, & Lindstrom, 2006; Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006), and some studies have found a relationship between the biological origins for the influence of social support and health, specifically a link to inflammatory mechanisms (Uchino, 2006).

Antonovsky (1987) considers the quality of social support to be critical for the development of SOC, helping the person to see their situation in a more comprehensible, manageable and meaningful light (Langeland & Wahl, 2009). Some authors have described a positive relationship between social support and SOC (Wolff & Ratner, 1999) and a study in the Swedish population found an association between a low SOC and low social support (Nilsson, Holmgren, & Westman, 2000).

The Social Convoy model (Andersen & Chen, 2002) has been proposed to explain the social transitions produced by immigration. It shows a person's interactions during adaptation to the new environment, according to proximity, relevance and affect.

There are three concentric circles of support. The more intimate circle is the people with whom the individual has established a solid bond (a husband/wife, children, parents and significant others). A significant other is defined as a person who has -or had- an intense influence in the life of the individual and with whom that person has an emotional connection. In this way, not only families are included but also people who are considered influential in one way or another. It should be noted that there is great variability in the significant other concept, not only in the number of relationships established between one person and these others, but also between those individuals, and the emotional experiences and interpersonal roles that are established in these relationships (Baldwin, Keela, Fehr, Enns, & Koh-Ranfarajoo, 1996). The first circle is often modified by the migratory phenomenon itself when these significant others remain in the country of origin. In this sense, immigrants must devote significant time and resources to the work of reconstructing a social support system (Lynam, 1985).

The second circle is composed of friends, usually compatriots acting as a good resource for emotional support and guidance (Khan & Antonucci, 1980). At the same time, these compatriots act as informers and mediators between the two cultures by reducing feelings of vulnerability (Trickett & Buchanan, 2001). Finally, the outermost circle includes people from the new environment, both organizations and neighbors or co-workers (Khan & Antonucci, 1980). The relationships of immigrants with the outer circle is more difficult for them because it requires new language, integration or acculturation skills, along with other factors, such as tolerance and non-discrimination, on the part of the host society (Martínez, Garcia-Ramirez, & Maya, 2001).

The Social Convoy model suggests that people update their social support depending on the availability of connections, adjusting to the requirements of the context and constantly adapting (Khan & Antonucci, 1980). This supports the hypothesis that sometimes friends can become part of the inner circle, when the relationship is very meaningful or very close bonds are established (Ramírez, García, & Marín, 2002). Friends and family are classified as informal social support, while formal support encompasses all services provided by government agencies (Hernández-Plaza, Alonso-Morillejo, & Pozo-Muñoz, 2006). According to immigrants surveyed by other researchers, informal social support is the more relevant in the process of integration and acculturation (Berry, 1997) because it is more accessible, less bureaucratic, more stable, more flexible and offers the possibility of bidirectionality, therefore being less stigmatizing than formal support (Gottlieb, 2000).

A study by Hernández Plaza et al. (2006) evaluated interventions designed to improve social support for immigrants, aiming to determine the individuals who are most influential in their success. First, they found that the inclusion of a social mediator of the same ethnic origin as the immigrants not only removes a language barrier but facilitates sharing of cultural knowledge. Generally, these mediators are perceived by participants as informal social supports even if they are linked to an institution (Reboloso, Hernández, Fernández, & Cantón, 2003) because they are familiar with the culture, family structure, values and beliefs (Dow, 2011). A second factor is the volunteers who informally provide immigrants assistance and support, both formal support and emotional support or opportunities. A third favorable factor is the availability of support groups or mutual aid. These groups are formed by 10 or 12 people who come together to support each other and deal with problems common to all of them. Aid groups may or may not be led by an expert (Helgeson & Gottlieb, 2000). These support groups often act as social support for information-sharing, material assistance and emotional support, and also help to expand the social network, changing the composition and frequency of these contacts. The same study concluded that the type of social support varies depending on whether the immigrant has legal or illegal status (Hernández-Plaza et al., 2006).

Some studies show how social support is a factor that acts at different stages of the immigrant's life. It enhances the well-being of children and adolescents (Aksel, Gun, Irmak, & Cengelci, 2007; Pantzer et al., 2006); protects students from so-called culture shock (Pantelidou & Craig, 2006) and helps adults to adapt to the new environment (Portes & Rumbaut, 1996; Trickett & Buchanan, 2001). Gender differences are also evident (Greenglass & Burke, 1988). While it is true that women report significantly higher levels of culture shock than men (Mumdorf, 1998), they mobilize social support more effectively against it. It helps that in the traditional role of women, seeking help if you need it is not negatively valued (Lu, 2012). Hence, for immigrant women, social support is a benchmark throughout the entire empowerment process (Fitzsimons & Fuller, 2002; Moradi & Funderburk, 2006).

Social support for immigrant women is composed of 3 factors: emotional support, described as having someone with whom to talk about personal problems or feelings; guidance, understood as providing information about services they can access and local customs; and the necessary material support, such as having a place to stay and adequate food, among others (Barrera, 2000; Kanya, 1997; Trickett & Buchanan, 2001). The importance of social

support for people who are excluded or marginalized should be noted, because they have lower self-esteem (Baumeister & Leary, 1995; Leary, Terdal, Tambor, & Downs, 1995). Some authors also have reported a correlation between low social support and low self-esteem (Aksel et al., 2007).

1.3.3. Self-esteem

Self-esteem is the evaluative and affective dimension of self-image, considered equivalent to concepts such as self-regard, self-estimation and self-worth (Harter, 1999). Thus, it is defined as the overall assessment of one's positive or negative value, based on the scores on different roles and facets of life that each person gives himself or herself (Markus & Nurius, 1986; Rogers, 1981). In the event of a large discrepancy between self-image and the ideal image of the person, there is low self-esteem. Conversely, the more closely self-image and the ideal are aligned, higher levels of self-esteem are achieved (Harter, 1999). In general, people with high self-esteem are perceived as competent to cope with life changes, and all with a high degree of happiness. On the other hand, those with low self-esteem often lack such skills and define themselves poorly, presenting high levels of instability, inconsistency and insecurity (Campbell, 1990).

Other authors believe that people develop their own identities, in part, based on how other people see them (Baumeister & Leary, 1995). This has also been described as looking into the eyes of others for more information about oneself, that is, creating the self-based on the opinion of others, especially the approval of significant others (Bednar & Peterson, 1995; Harter, 1999). Studies show that children who feel accepted by others and are unconditionally loved and respected will achieve higher levels of self-esteem (Bee, 2000). There are several models that explain self-esteem. One considers it a single, global construct, while others describe a multidimensional hierarchical model that consists of academic and non-academic self-esteem. The first comprises everything related to educational level while non-academic self-esteem refers to other domains such as self-respect, social self-esteem and physical self-esteem (Shavelson, Hubner, & Staton, 1976). Some authors classify self-esteem as a dynamic concept, including both basic and increased self-esteem (Johnson, 2002). It is believed that self-esteem initially develops in the family environment as a result of interpersonal relationships and evolves throughout life

(Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010). Others have found that social contacts and life experience cause changes in self-esteem throughout life (Altinyelken, 2009).

There are differences of opinion about the relationship between self-esteem and gender, depending on the models used in the analysis. While authors who study global self-esteem believe that there are no significant gender-related differences (Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999), those who look at the domains of the multidimensional hierarchical model see differences based on gender. Some authors report higher levels of physical self-esteem and regard for themselves in men than in women (Gentile et al., 2009).

Differences in self-esteem based on ethnicity, with blacks having higher levels of self-esteem, have also been suggested (Erol & Orth, 2011). In this regard, it is known that increased self-esteem helps to reduce stigmatization (Corker, Brown, & Henderson, 2016). Additionally, this is considered one of the most influential factors in threat perception and the assessment of potential ways to confront these factors. High self-esteem and self-confidence helps to reduce perceived stress, allowing the individual to choose the most effective coping strategies (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004). It has also been shown that a high level of self-esteem together with strong social support makes a person less vulnerable to stressors (Brown, Bifuco, & Andrews, 1990; Rutter, 1992). In this sense, some authors suggest that people who have a positive view of themselves are also satisfied with their personal relationships (Hobfoll, Nadler, & Leiberman, 1986).

Therefore, self-esteem influences both physical and mental health (Mann et al., 2004). Longitudinal studies show that low self-esteem during the decades of childhood, adolescence and early adulthood is a predictive factor in the development of depression (Rogers, 1981; Wilhelm, Parker, Dewhurst-Savellis, & Asghari, 1999). In turn, the inverse relationship between self-esteem and anxiety or other psychological stress-related factors is well known (Beck, Brown, Steer, Kuyken, & Grisham, 2001; Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 2000).

Hurst, Boswell, Boogaard, and Watson (1997) have also described the positive relationship between self-esteem and health behaviours. High self-esteem, hope and optimism in adolescents act as a protective factor against alcohol and drug abuse (Carvajal, Clair, Nash, & Evans, 1998). Additionally Muhlenkamp et Sayles (1986) suggested that self-esteem and social support are positive indicators of lifestyles.

Other authors have introduced the concept of collective self-esteem (Gupta, Rogers-Sirin, Okazaki, Ryce, & Sirin, 2014), closely related to ethnic identity. This is based on Tajfel's (1982) theory of social identity with respect to the self-esteem of stigmatized minority groups. Collective self-esteem can be classified into four domains: self-esteem of each member of the group; private collective self-esteem, or the value each component brings to the group; public collective self-esteem, or what the rest of the members contribute to the group; and the importance of the group's identity (Luthanen & Crocker, 1992). Thus, excluding someone from a group often diminishing the self-esteem of that person (Collins, 2000).

It has also been shown that if parents value each child's individual effort they can foster self-esteem in their children (Johnson, 2004) described as a fundamental element for the development of SOC (Kalimo & Vuori, 1990; Moksnes & Lazarewicz, 2016; Pallant & Lae, 2002). Another crucial factor described as developing a high SOC in children is their active participation in decision-making and feeling an emotional closeness to family members (Sagy & Antonovsky, 2000).

In the face of increased health inequities experienced by immigrant women at risk of social exclusion, it is essential to identify new ways to focus health promotion activities so that the women can use their empowerment to confront or even reduce those inequities. The salutogenic approach, with its view of individual GRRs and not only the person's "neediness" appears to offer a good framework for this purpose. The present study attempted to provide qualitative and quantitative evidence of the potential for the empowerment of immigrant women at risk of social exclusion that can be achieved by health promotion activities based on the salutogenic approach.

2. Hipótesis y objetivos

2. Hipótesis y objetivos

2.1. Hipótesis

Las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social son un colectivo vulnerable capaz de autoidentificar sus numerosos recursos generales de resistencia con los que afrontan los factores estresores diarios. Se considera que un programa promotor de salud, desde la perspectiva salutogénica, podría aumentar su empoderamiento y conseguir, mediante la identificación de los GRRs, una disminución del estrés y mejoras en la autoestima, la calidad de vida y el sentido de coherencia.

2.2. Objetivos

Evaluar la efectividad de un programa promotor de salud focalizado en el empoderamiento en mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social desde una perspectiva salutogénica.

Objetivos específicos

1. Reseñar los recursos generales de resistencia autoreconocidos por las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social.
2. Describir las características sociodemográficas de las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social participantes en el programa promotor de salud.
3. Evaluar el sentido de coherencia, la autoestima, el estrés percibido y la calidad de vida según las variables sociodemográficas.
4. Analizar las variaciones del sentido de coherencia, calidad de vida, autoestima y estrés percibido según las variables sociodemográficas.
5. Analizar las variables asociadas a las variaciones del sentido de coherencia, calidad de vida, autoestima y estrés percibido.

3. Metodología

3. Metodología

3.1. Diseño del estudio

Este estudio se realizó mediante un diseño mixto con metodología cualitativa y cuantitativa. Se diseñó una estrategia secuencial exploratoria fija utilizando métodos predeterminados por la investigadora y focalizándose en explorar el fenómeno a través de metodologías consecutivas, es decir, considerando los datos y los resultados de la fase I en el diseño de la fase II (Klassen, Creswell, Plano Clark, Smith, & Meissner, 2012). (Figura 3)



Figura 3: Modelo visual del diseño secuencial exploratoria de un diseño mixto basado en Ivankova, Creswell, y Stick (2006). Fuente: elaboración propia.

La fase I se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico donde se utilizaron distintas técnicas cualitativas: entrevistas en profundidad, fotovisión y grupos focales. En la fase II se desarrolló una metodología cuantitativa con un estudio cuasi-experimental pre-post de un programa de empoderamiento con la recolección de los datos posteriores a los 6 meses de la participación en la misma. Ambas metodologías tuvieron la misma importancia en la interpretación de resultados y la integración de ambas se produjo en la interfase siendo los resultados de la fase I o cualitativa guía para la fase II o cuantitativa. La integración de los resultados obtenidos se realizó en la discusión (Creswell & Plano Clark, 2011)

El trabajo de campo del estudio se llevó a cabo de Abril de 2014 a Octubre de 2015.

3.2. Ámbito de estudio

El estudio se ha desarrollado en el marco del Programa de Orientación y Formación de *Càritas Diocesana de Girona*. Esta entidad sin ánimo de lucro de la iglesia católica tiene como finalidad acoger a las personas que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, especialmente las más vulnerables, acompañándoles en su proceso de promoción y desarrollo integral, analizando e incidiendo en las causas de la pobreza y trabajando por la justicia social.

El Programa de Orientación y Formación de *Càritas* está presente en 9 poblaciones de la provincia de Girona (Banyoles, Lloret de Mar, Olot, Palafrugell, Roses, Salt, Girona, Figueres y Torroella de Montgrí). En este participan personas derivadas de los Servicios Sociales o del propio programa de acogida de *Càritas* (*Càritas Girona*, 2015).

Este programa se focaliza en la potenciación de las competencias individuales tanto personales como profesionales mediante un itinerario personalizado para cada participante según sus intereses, necesidades y potencialidades. Ofrece una amplia variedad formativa ya sea en la propia entidad o en coordinación con otras entidades (*Escola Adults*, *Consorti de Normalització Lingüística* u otras) con el objetivo de que las personas puedan incorporarse o reincorporarse al mercado laboral.

Una vez diseñado el itinerario personalizado, los participantes pueden incorporarse a distintos programas. En el caso de las personas adultas se incorporan a programas: de tipo formativo general o básico como *Anem per feina*, *Punts de Formació o Incorpora*; de formación en contexto laboral como *Pre-taller de neteja*; y de ocupación como: *Servei Intermediació Laboral*, *Ecosol* y *Cooperativa Avancem Santa Clara*.

Esta investigación se ha centrado en los programas de ocupación de *Ecosol* y *Cooperativa Avancem Santa Clara* de *Càritas Diocesana de Girona*, en los cuales las personas participantes ya se hallan en fases avanzadas de su proceso competencial.

Ecosol: es una empresa de inserción laboral en la que se mantienen criterios de calidad en la prestación de servicios manteniendo una rentabilidad económica. Está especializada en limpiezas industriales, comerciales y grandes superficies; alquiler, mantenimiento, reparación y venta de bicicletas; y recogida, distribución y venta de ropa usada. Durante el año 2015, 50 personas consiguieron una ocupación, con un 47% de incorporación a la empresa ordinaria una vez finalizado dicho itinerario (Càritas Girona, 2015).

Cooperativa Avancem Santa Clara: es un servicio que ofrece apoyo y formación a las personas que han finalizado con éxito el proceso formativo o de orientación sociolaboral de *Càritas*, y que están preparadas y motivadas para llevar a cabo su propia experiencia laboral de autoocupación. El programa colabora en las primeras etapas de creación de nuevas líneas de trabajo o de pequeñas empresas (Càritas Girona, 2015).

3.3. Población de estudio

Mujeres inmigrantes que participaban en los programas de ocupación *Ecosol* y la *Cooperativa Avancem Santa Clara* del área laboral de *Càritas Diocesana de Girona*.

En este estudio, la persona inmigrante se define como toda persona cuyo país de origen no es España indistintamente si la migración es voluntaria o involuntaria. Se emplea el término “persona inmigrante” y no el de “inmigrante” con el fin de evidenciar que la

inmigración es otra característica más, inherente a una persona, pero que ésta no es la única que la define o determina.

Criterios inclusión:

- Mujeres inmigrantes participantes en los programas de ocupación *Ecosol* y la *Cooperativa Avancem Santa Clara*, mayores de 18 años y en riesgo o en situación de exclusión social

La evaluación del riesgo de exclusión social de la persona la realiza la propia entidad de *Càritas* según 18 criterios que ha definido para ello y donde se incluyen: comunicación, inexperiencia laboral, falta de formación, monoparentalidad, desestructuración, marginalidad, actividad de subsistencia u ocupación precaria, pobreza, privación de libertad, indocumentación, aislamiento, distancia cultural, enfermedad, discapacidad, desmotivación, hábitos de trabajo no establecidos, vivienda, flexibilidad horaria o geográfica y paro (tabla 1).

Deben cumplirse 6 de dichos criterios para que una persona sea considerada en situación de riesgo de exclusión social. Por otro lado, cabe destacar que el tiempo máximo de permanencia de una persona en el Programa de Orientación y Formación de *Càritas* es de 3 años aunque persista dicha situación de riesgo.

Criterios exclusión:

- Mujeres que cumpliendo los criterios de inclusión no quieran o puedan participar en dicho estudio

Concretamente, en la fase I o cualitativa, participaron 8 mujeres que en el mes de Marzo de 2014 participaban en el proyecto *Cooperativa Avancem Santa Clara*. En la fase II o cuantitativa se incluyeron aquellas mujeres que en el mes de febrero de 2015 estaban participando en alguno de dichos programas, y que cumplían los criterios de inclusión.

Tabla 1. Criterios de Càritas para evaluar el riesgo de exclusión social

Concepto	Descripción
Comunicación	Dificultad para expresar sus pensamientos e ideas de manera clara. Saber escuchar y entender a otras personas.
Inexperiencia Laboral	Haber trabajado menos de 6 meses o con experiencias de trabajos intermitentes.
Falta de formación	No haber finalizado los estudios de primaria o considerarse una persona analfabeta funcional.
Monoparentalidad	Tener hijos o familiares a cargo de un solo miembro de la pareja.
Desestructuración	Provenir de un entorno sociofamiliar inestable. No poseer referentes familiares claros. Ser víctima de violencia de género.
Marginalidad	Situación de exclusión sociocultural, económica o étnica dentro de una comunidad que provoca un trato discriminatorio o excluyente.
Actividad de subsistencia /Ocupación precaria	Ingresos por vía no formal. Trabajar en condiciones laborales muy precarias.
Pobreza	Renda inferior al 60% de la renta media del país de residencia (648€ persona/mes Cataluña año 2014).
Privación de libertad	Estar en prisión o en régimen abierto.
Indocumentación	No poseer la documentación necesaria para obtener un contrato de trabajo o darse de alta en la Seguridad Social.
Aislamiento	Vivir en zonas deprimidas o de difícil acceso.
Distancia cultural	Proceder de un país o un entorno sociofamiliar que dificulta la inserción sociolaboral. Colectivos que no pertenecen a la cultura predominante en el territorio. Pertenecer a una minoría étnica estigmatizada.
Enfermedad	Personas extoxicómanas, personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), personas con enfermedades crónicas. Tener dificultades de acceso a recursos preventivos.
Discapacidad	Certificación de una discapacidad mínima del 33%.
Desmotivación	Bajo estímulo, interés o disposición. Desconocimiento de los propios intereses respecto al trabajo.
Hábitos de trabajo no establecidos	No haber tenido responsabilidades de horarios en casa o fuera.
Vivienda	Menos de 10m ² por persona, deficiencias de la vivienda, entre otros. Vivir en barrios-guetos, en zonas degradada, entre otros.
Flexibilidad horaria y geográfica	Por cargas familiares u otros motivos, disponer de un horario rígido y limitado. No disponer de autonomía de desplazamiento. Tener una responsabilidad no compartida con personas dependientes.
Paro	Llevar más de 6 meses en paro y no percibir prestación de desempleo.

3.4. Procedimiento

El estudio se inició con la presentación de un anteproyecto a los responsables de la entidad *Càritas Diocesana* de la provincia de Girona con el fin de integrarlos en las fases iniciales de diseño del proyecto y tener en consideración las recomendaciones y sugerencias que ellos propusieran debido a su larga trayectoria y gran experiencia con mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social.

Posteriormente, se realizó una reunión conjunta entre la investigadora del proyecto y los técnicos de la entidad para valorar en qué proyectos concretos podría desarrollarse el estudio según las características de las personas que participaban en cada uno de ellos.

La fase I del estudio se inició utilizando metodología cualitativa. En esta fase se realizaron 3 sesiones grupales, 2 de ellas en formato de grupos focales y otra utilizando la técnica de la foteovisión. Posteriormente se llevó a cabo una entrevista en profundidad con cada participante. El objetivo de dicha fase es conocer la visión por parte de las propias participantes de sus GRRs o recursos internos y externos y observar si existe o no disparidad entre ellos según las distintas culturas para poder concretar y adaptar mejor el programa a sus características. Adicionalmente, las participantes cumplimentaron, como prueba piloto, la primera versión del cuestionario *ad hoc* para conocer: las dificultades que podrían surgir, el tiempo estimado de realización y si los cuestionarios eran lo suficiente sensibles a las variables que pretendían ser estudiadas.

A partir de los resultados obtenidos en la fase I o cualitativa, se reevaluó y reajustó el programa de empoderamiento y el cuestionario en colaboración con el equipo técnico de *Càritas*. Respecto al programa se modificó la duración de cada sesión ya que durante la fase I se observó que el grado de atención de las participantes disminuía notablemente a partir de 1,30 horas. En consecuencia, las sesiones se redujeron de las 2 horas planteadas inicialmente a 1,30 horas por sesión. Sin embargo fue necesario aumentar el número de sesiones.

En referencia a las variables, se incluyó la variable “espiritualidad” en el cuestionario surgida del análisis de los datos obtenidos por los métodos cualitativos. Se añadió además el ítem “otros” a la variable “estado civil” con el fin de incluir a aquellas mujeres que son

segundas esposas en culturas poligámicas. También se sustituyó el “nivel académico” (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios, estudios de máster) por “años de escolarización”.

Asimismo, al analizar los resultados de los cuestionarios, se observó que el cuestionario 5Q5L referente a la calidad de vida, aunque era de fácil comprensión para las participantes, era poco sensible, ya que recoge datos sobre el estado de salud física pero no del estado de salud mental. En consecuencia se optó por cambiar el cuestionario de calidad de vida 5Q5L por el SF-36 v2.0 que permite la visión tanto del estado de salud físico y mental.

Finalmente, se elaboró una pequeña guía de buenas prácticas para la persona facilitadora del cuestionario (anexo 1). Esta facilitadora, después de recibir formación, debía ayudar a resolver las posibles dudas de las participantes al rellenar el cuestionario antes y después de la actividad de empoderamiento con el fin de normalizar al máximo la facilitación del mismo. Por ello, era necesario que esta cumpliera los criterios de:

- Ser mujer y haber colaborado anteriormente en actividades con mujeres inmigrantes, con el fin de aumentar la empatía con las participantes.
- Ser una persona ajena al estudio y a la entidad para ofrecer la máxima rigurosidad y a la vez dotar de total libertad a las participantes en el momento de responder a las preguntas del cuestionario.

Esta facilitadora del cuestionario también asumió la labor de encriptar los datos de las participantes. De este modo, cada participante identificó su cuestionario con las iniciales de su nombre y la facilitadora cifró este dato al otorgar a cada una de ellas un número identificativo.

3.5. Fase I- metodología cualitativa

3.5.1. Diseño de la fase I

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico utilizando distintas técnicas cualitativas. El enfoque fenomenológico pretende la descripción de la experiencia, del conocimiento del hecho, sin buscar las causas del mismo (Holstein & Cubrium, 2011).

Este estudio se realizó de marzo a noviembre de 2014.

3.5.2. Muestra

La muestra, según la clasificación propuesta por Patton (1987), es una muestra de conveniencia de 8 mujeres participantes, que en el mes de Marzo de 2014 formaban parte del proyecto *Avancem Santa Clara* y de edades comprendidas entre los 25 y los 50 años.

La técnica de *Càritas* invitó a participar a algunas de las mujeres inmigrantes del proyecto, según la disponibilidad de las mismas y teniendo en consideración que la selección de la muestra debía ser lo más diversa posible con el fin de obtener la mayor variedad de datos. De este modo, de las 8 mujeres, 3 eran de origen subsahariano, 3 centroamericanas y 2 de origen marroquí.

Se describen a continuación las principales características de cada una de ellas en el momento de realización del estudio con el fin de facilitar la interpretación de las citas que aparecerán en los resultados. Debe advertirse de que la identificación de las participantes con 2 letras no corresponde a sus iniciales sino que son letras aleatorias escogidas al azar por la investigadora.

De las 3 mujeres subsaharianas, la más joven es de origen senegalés, sin pareja estable y sin empleo desde hacía 1 año (JF); otra es de origen burkinabés con 2 hijas y el marido conviviendo con ella y con el marido trabajando a media jornada (SM) y la tercera es de Ghana y hace 2 meses que vive en un centro de acogida del ayuntamiento por falta de recursos económicos (HS).

De las 3 mujeres centroamericanas, una de ellas, la mayor del grupo no tiene trabajo y su familia está en el país de origen (CM); la segunda convive con el marido y el hijo en Girona y tiene un nivel cultural mucho más alto que el resto de las participantes, a pesar de ello presenta problemas importantes de integración social (LA) y la tercera mujer es hondureña con 3 hijos menores de 10 años, reside en Girona con ellos y su marido y que participa activamente en la iglesia evangélica (XB).

De las 2 mujeres de origen marroquí una de ellas está divorciada y vive en un piso de acogida de *Càritas* para evitar las amenazas de su marido (KS) y la otra vive en su casa con su marido y sus 2 hijos, y hace aproximadamente 1 año que se encuentra en situación de desempleo (BD).

3.5.3. Recolección de datos

La fase cualitativa se realizó en un entorno donde las participantes pudieron expresar libremente sus opiniones y sus sentimientos sin temor a ser juzgadas y con total confianza. Todas ellas aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado una vez se les explicó en qué consistiría su participación en esta fase del estudio. También se les solicitó mantener la confidencialidad de todo aquello que se comentara durante las sesiones.

Las sesiones se realizaron con un lenguaje metafórico, intentando que la recogida de información se llevase a cabo de manera flexible y sin un orden preestablecido. Para ello, se emplearon procedimientos más inductivos que deductivos y con una visión de conjunto (Ruiz-Olabuénaga, 2007).

La muestra de 8 participantes fue suficiente para la saturación de los datos, según Willis (2005) a partir de 6 participantes es posible la saturación de la información. Sin embargo, al ser los GRRs datos difíciles de ser autoreconocidos por las propias participantes, fue imprescindible la utilización de diferentes técnicas cualitativas para la obtención de los estos (Nepal, 2010).

3.5.4. Técnicas cualitativas

1. Grupos focales

Algunos autores consideran que los grupos focales (GF) enriquecen el conocimiento del fenómeno en entornos multiculturales (Sim, 1998; Stewart & Shamdasani, 1990). A su vez, los grupos focales son valorados como una herramienta de coaprendizaje entre los participantes al ser ellos mismos quienes actúan como facilitadores del propio fenómeno durante las sesiones (Kitzinger, 1995).

Se realizaron 2 sesiones de grupos focales de 1,30 a 2 horas de duración. En los grupos focales se abordaban distintos temas como: proyectos de vida, relaciones familiares y sociales, gestión del tiempo, organización familiar, su rol y aportación familiar, u otros temas que surgían de modo espontáneo y que eran del interés de las participantes. Estas sesiones tenían como objetivo iniciar el contacto y mostrar las similitudes y diferencias de las realidades vividas en el día a día, iniciando de modo informal el conocimiento de sus recursos, los roles o características que les hacían sentirse orgullosas y satisfechas de ellas mismas así como los momentos en que se sentían felices.

2. Fotovisión

La fotovisión o *photovoice* (PH) es una técnica que permite a través de las fotografías realizadas por las participantes mostrar las necesidades y los activos de la propia persona y de la comunidad (Catalani & Minkler, 2010; Wang & Burris, 1997). Se considera que la fotovisión es una técnica diseñada para el empoderamiento de las personas marginadas o mujeres de una comunidad (Wang, 1999); Wang & Burris, 1997). Algunos autores la describen como el proceso que permite poner palabras a las imágenes favoreciendo que las personas más vulnerables puedan narrar sus historias y las realidades de su vida diaria (Palibroda, Krieg, Murdock, & Havelock, 2009). La fotovisión ha sido ampliamente utilizada tanto en mujeres (Bender, Harbour, Thorp, & Morris, 2001; Willson, Green, Haworth-Brockman, & Rapaport Beck, 2006) como en poblaciones inmigrantes (Haque & Eng, 2011; Streng et al., 2004).

En nuestro estudio se realizó una sesión adaptada de fotovisión, con el objetivo de que el grupo de participantes pudiera profundizar e intercambiar, a través de las fotografías, cuáles eran sus visiones y percepciones de su rol familiar y en la comunidad, sus

perspectivas y proyectos de futuro u otros, realizando un proceso de descubrimiento de sus activos o recursos que sirviera a su vez como empoderamiento personal.

Para ello, la sesión de fotovisión consistió en la toma de 3 fotografías con su teléfono móvil de aquello que creían más importante en su vida y la posterior explicación de los motivos de esta elección. Con la finalidad de evitar la exclusión de aquellas participantes que no hubieran tomado sus propias fotografías, la investigadora elaboró una colección de 32 fotografías de las que ellas podían escoger 3.

3. Entrevistas en profundidad

Por último, y después de analizar los datos obtenidos en los grupos focales y la técnica de fotovisión, se realizaron entrevistas en profundidad (EP) de entre 1 hora y 1,30 horas de duración con cada una de las participantes.

Durante las entrevistas, así como en los grupos focales, la investigadora siguió la metodología etnográfica con el objetivo de entender las perspectivas, experiencias y valores de la persona de cultura diferente mediante una descripción real y vivida de las experiencias de cada una de las participantes. Con tal fin, la investigadora realizó las preguntas de manera abierta e intentando repreguntar para poder ampliar o profundizar dichos conocimientos asumiendo siempre un rol de interés en aprender de la persona y sin afán de controlar en ningún momento la entrevista (Schensul, Schensul, & Le Compte, 1999). Asimismo intentó buscar el momento oportuno para realizar aquellas preguntas más sensibles o embarazosas de contestar por parte de la participante (Rubin, 2012).

Simultáneamente a todas las técnicas cualitativas, la investigadora confeccionó un diario de campo donde anotaba todos los pasos realizados así como todas las observaciones personales que consideraba relevantes durante el proceso de la fase cualitativa.

3.5.5. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos cualitativos, en una primera etapa se autoregistraron y transcribieron palabra por palabra los grupos focales y la sesión de fotovisión. Una vez analizados los datos obtenidos facilitaron las posteriores entrevistas en profundidad. En

una segunda etapa, las entrevistas en profundidad también fueron autoregistradas y transcritas palabra por palabra y analizadas hasta obtener la saturación de los datos. Debe señalarse que al ser la propia investigadora quien llevó a cabo las distintas técnicas cualitativas, se decidió que, con el fin de lograr una mayor objetividad en la etapa del análisis de los resultados, la transcripción fuera realizada por una persona externa.

Los datos fueron interpretados por la investigadora basándose en sus conocimientos fruto de su experiencia en el campo de la cooperación internacional, teniendo en cuenta el modelo de determinantes sociales de la salud y desde la perspectiva salutogénica.

La descripción de los resultados se basó en la clasificación de los activos de salud en individuales, comunitarios y organizacionales o institucionales propuesta por Morgan y Ziglio (2007).

El análisis de los datos obtenidos mediante cada una de las técnicas cualitativas se realizó con el soporte del programa Atlas Ti v.7 según una adaptación del modelo de análisis de datos de Bardin (2002). Se describieron 5 etapas:

1. Análisis general: en primer lugar se realizó una lectura literal de los datos con el fin de conocer a grandes rasgos aquello más relevante respecto al contenido, la estructura y el uso dado a las palabras. Posteriormente, se efectuó una lectura interpretativa de los mismos para intentar conocer el significado de las palabras y su representación (Mason, 1996).
2. Definición de categorías descriptivas: mediante los conocimientos previos y según el objetivo del estudio se definió una primera categorización temática de los mismos.
3. Categorización línea a línea: se categorizaron los datos obtenidos mediante cada técnica cualitativa según la definición de códigos de la etapa anterior. Los criterios utilizados para ello fueron que algunos de ellos podían pertenecer a más de una categoría y que podrían aportar sentidos opuestos a cada categoría.
4. Revisión y disgregación de algunas categorías: se revisó la adecuación de las categorías, creándose algunas de nuevas, reagrupando otras o variando la organización interna de las mismas. De este modo, fue posible una interpretación más inductiva de los resultados obtenidos.

5. Análisis del contenido: se elaboraron matrices descriptivas y diagramas de flujo y posteriormente se interpretaron (Tojar, 2006).

Los resultados se presentaron junto con las citas claves de las participantes, seguidas de las iniciales aleatorias de cada una de ellas y de la técnica cualitativa donde se recogió dicha información.

3.6. Fase II- metodología cuantitativa

Se elaboró un cuestionario ad hoc con variables sociodemográficas e instrumentos validados que se presentan a continuación (anexo 2).

3.6.1. Variables a estudiar

Programa en el que participa: variable dicotómica descrita como *Ecosol* o *Avancem Sta. Clara*.

Edad: años desde el año de nacimiento. Esta variable se recodificó para el análisis estadístico en 2 ítems, de “18 a 35 años” y “mayor de 35 años”.

Estado civil: (soltera, soltera pero vivo con pareja, casada, viuda, separada, divorciada, otros). El subgrupo “otros” se añadió tras la fase cualitativa para poder incluir aquellas mujeres que son segunda o tercera mujer en culturas poligámicas. Esta variable se recodificó para el análisis estadístico en 2 ítems, aquellas que se describían como casadas y el resto de tipologías de estado civil.

País de nacimiento: país donde nació la participante. Esta variable se recodificó para el análisis estadístico en 3 ítems: Marruecos, países de África negra y países latinoamericanos.

Ámbito de procedencia: (rural, urbano). Variable dicotómica donde rural hace referencia a aquella mujer que en su país natal vivió en una “zona rural” y “zona urbana” a la mujer procedente de una ciudad o núcleo urbano.

Años que lleva fuera de su país: número de años desde que la persona ha emigrado de su país de origen. Consideramos que la mujer inmigrante se halla en una fase inicial de inmigración si han transcurrido menos o igual a 10 años desde que emigró y en una fase de asentamiento si hace más de 10 años desde su emigración del país de origen (Ramírez et al., 2002). Según este criterio dicha variable se recodificó para el análisis estadístico en estas 2 agrupaciones o ítems.

Años que vive en Cataluña: número de años que la persona lleva viviendo en Cataluña. Con la combinación de esta variable y la anterior, se recogió de modo indirecto, si la emigración de su país fue directamente a Cataluña o bien hubo una vivencia previa en otros lugares distintos de Cataluña. Esta variable se recodificó para el análisis estadístico en 3 ítems: aquellas participantes que no habían vivido en otros países distintos a Cataluña además de su país natal, aquellas participantes que habían vivido menos de 10 años en otros países distintos a su país natal y por último aquellas participantes que habían vivido más de 10 años en otros países distintos a su país natal.

Años de escolarización: esta variable surgió como una modificación a partir del análisis de la fase cualitativa del estudio ya que inicialmente se preguntaba por el grado académico. Este cambio facilitó igualar los estudios de cada país al observar la gran diversidad en los mismos según el país de origen. Esta variable se recodificó para el análisis estadístico en: “no estudios” si los años de escolarización eran inferiores a 6; “estudios primarios” si los años de escolarización eran entre 6 y 11 años; “estudios secundarios” si los años de escolarización eran entre 12 y 17 años y “estudios superiores” si estos eran superiores a los 17 años.

Situación laboral: (trabajo remunerado fuera de casa, trabajo no remunerado fuera de casa, trabajo en casa en tareas del hogar, paro). En esta variable se permitieron múltiples repuestas para tener en cuenta sus posibles realidades como estar en situación de desempleo y poder realizar algunas horas de trabajos remunerados como limpieza, u otras combinaciones. Y por otro lado, y de modo intencionado se añadió el ítem el “trabajo en casa en tareas del hogar” con el fin de mostrar que su rol familiar en las tareas de casa, que en muchas culturas no es compartido, puede ser considerado como un trabajo en beneficio de la familia y sin recibir a cambio ningún aporte económico. Además en el ítem “paro” se recogían las posibilidades de recibir o no prestación económica.

En los casos en que se obtuvieron múltiples respuestas el criterio en el análisis de los resultados fue no tener en cuenta el ítem de “trabajo en casa en tareas del hogar” ya que este era el único motivo de respuesta múltiple.

Situación socioeconómica: (muy buena, buena, mala, muy mala). Esta es una variable que mide la percepción de cada participante de su situación socioeconómica.

Número de hijos: (0, 1, 2, 3, más de 3). Esta variable recoge el número de hijos que esta tiene independientemente de que convivan o no con ella en la actualidad.

¿Con quién convive en la actualidad?: (su marido e hijos, con sus hijos, con su marido, sola, otros). Esta variable contiene el ítem “otros” que contempla la posibilidad de convivir con amigos, familiares no directos o incluso otras personas que no sean familiares.

En su día a día, ¿Cuánto tiempo dedica al cuidado de sus familiares?: Esta variable fue descrita mediante una escala Likert del 1 al 10 donde la puntuación 1 es definida como nada y se interpreta como “no dedico nada de mi tiempo al cuidado de mis familiares”, 3 es definida como poco y se interpreta como “dedico poco tiempo al cuidado de mis familiares”, 5 es definida como bastante y se interpreta como “dedico bastante tiempo al cuidado de mis familiares”, 8 es definida como mucho y se interpreta como “dedico mucho tiempo al cuidado de mis familiares” y 10 es definida como todo y se interpreta como “dedico todo mi tiempo al cuidado de mis familiares”. Esta variable fue recodificada para el análisis estadístico como dicotómica en “no dedica tiempo a sus familiares” si el valor es inferior a 5 y “dedica tiempo a sus familiares” si el valor se encuentra en el rango de 5 a 10.

¿Qué implicación tiene la espiritualidad/religiosidad en el día a día de su vida?: Esta variable fue descrita al igual que la anterior mediante una escala Likert del 1 al 10 con puntuaciones de 1 definida como nada, 3 poco, 5 bastante, 8 mucho y 10 todo. La religiosidad o espiritualidad varía mucho según cada persona y a su vez según cada cultura. Esta variable fue recodificada para el análisis estadístico como dicotómica en “no tiene importancia la espiritualidad o religiosidad en el día a día de su vida” si el valor es inferior a 5 y “tiene importancia la espiritualidad o religiosidad en el día a día de su vida” si el valor se encuentra en el rango de 5 a 10.

3.6.2. Instrumentos

Apoyo Social Percibido: El apoyo social se midió mediante el cuestionario Duke-UNC-11 (Broadhead, Gehlbach, Degruy, & Kaplan, 1988). Este cuestionario presenta 11 ítems que evalúan el apoyo social en 2 dimensiones: apoyo confidencial descrito como la posibilidad de confiar en otros para expresar o comunicarse integrado por los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10 y apoyo afectivo descrito como las manifestaciones de afecto, estima y empatía con los ítems 3, 4, 5, y 11. Cada ítem se evalúa mediante una escala de tipo Likert de 1 a 5, donde 1 es mucho menos de lo que deseo, 2 es menos de lo que deseo, 3 ni mucho ni poco, 4 casi como deseo y 5 tanto como deseo. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 considerándose como “escaso apoyo social” el percentil 15 de la puntuación total es decir, puntuaciones igual o por debajo de 32 puntos. El “escaso apoyo afectivo” equivale a puntuaciones iguales o inferiores a 15 y el “escaso apoyo confidencial” a puntuaciones iguales o inferiores a 18. En la población española se han obtenido valores de consistencia interna (alfa de Cronbach para la escala total de 0,90, para la subescala de apoyo confidencial de 0,88, y el del apoyo afectivo, de 0,79) y estabilidad temporal aceptables con correlaciones test-retest intraclase de 0,92 para la escala total (Bellon Saameno, Delgado, Luna del Castillo, & Lardelli, 1996).

Sentido de coherencia: Para la evaluación de esta variable se utilizó el cuestionario transcultural del SOC-13 creado por el propio Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1993) en la versión validada en español por Virués-Ortega et al en el año 2007 y cuya fiabilidad presenta una α de Cronbach de 0,80 (Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio, & Lozano, 2007). El cuestionario SOC-13 está compuesto por 13 ítems en una escala de respuesta de tipo Likert del 1 al 7. La puntuación total del SOC se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem teniendo en cuenta que los ítems 1, 2, 3, 7 y 10 deben invertirse (Malagón-Aguilera et al., 2012). Así la puntuación del SOC total se encuentra en un rango entre 13 y 91 puntos. A más puntuación más alto es el SOC (Virués-Ortega et al., 2007). Las distintas dimensiones se miden según: comprensibilidad con los ítems 2, 6, 8, 9 y 11; manejabilidad los ítems 3, 5, 10 y 13 y la significación los ítems 1, 4, 7 y 12 (Malagón-Aguilera et al., 2012; Virués-Ortega et al., 2007).

Según Antonovsky (1987), el SOC no puede dividirse en SOC alto y bajo para evitar la estigmatización de las personas. Por ello el autor nunca indicó qué valores de SOC

consideraba como normales aunque en la revisión sistemática elaborada por Eriksson y Lindström se evidenció que en muchos estudios el SOC se subclasifica en bajo, moderado y alto pero sin un consenso en los valores del mismo (Eriksson & Lindström, 2005). En el presente estudio se definió un SOC bajo a puntuaciones entre 13 y 63; SOC moderado a puntuaciones entre 64 y 79 y SOC alto a partir de 80 puntos (Eriksson et al., 2007).

Autoestima: La autoestima ha sido medida con la escala de autoestima de Rosenberg (1965) validada en la versión española de Martín-Albo con valores de consistencia interna de α de Cronbach de 0.85 y 0.88 la primera y la segunda administración respectivamente y con una correlación test-retest de 0.84. Esta escala es un instrumento unidimensional que puede ser utilizado transculturalmente (Schmitt & Allik, 2005) consta de 10 ítems con una puntuación de rango de 1 a 4 donde 1 es totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo. La puntuación total de la autoestima se obtiene con la suma de las puntuaciones de cada ítem teniendo en cuenta que deben invertirse los ítems 2, 5, 6, 8, y 9 (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007; Mullen, Gothe, & McAuley, 2013).

Calidad de vida: El cuestionario de calidad de vida *Short Form-36* (SF-36) es considerado uno de los instrumentos más apropiados y más utilizado en la evaluación de la calidad de vida de las personas inmigradas (Buchcik, Westenhoefer, & Martin, 2013). Es un cuestionario autoadministrable dirigido a personas a partir de los 14 años. Este cuestionario está compuesto por 36 ítems o preguntas agrupadas en 8 dimensiones: funcionamiento físico (10 ítems), rol físico (4 ítems), salud general (5 ítems), salud mental (5 ítems), dolor corporal (2 ítems), rol emocional (3 ítems), funcionamiento social (2 ítems) y vitalidad (4 ítems). Se realiza una pregunta adicional en relación al cambio experimentado a nivel de salud general respecto al año anterior. Cada dimensión tiene una escala de 0 a 100 de peor a mejor estado de salud. Asimismo es posible obtener dos componentes sumarios, del estado físico o del mental derivadas de la población de referencia (Arostegui & Nuñez-Antón, 2008; Ware Jr & Sherbourne, 1992). De este modo los resultados se interpretan considerando la media de la población de referencia como 50 y con una desviación estándar de 10 (Vilagut et al., 2008). El componente sumario del estado físico está compuesto por las dimensiones del funcionamiento físico, el rol físico, la salud general y el dolor corporal. Mientras el componente sumario del estado mental incluye las dimensiones de la salud mental, el rol emocional, el funcionamiento social y la vitalidad.

La adaptación y validación al español se realizó a partir del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA) project por Alonso, Prieto, & Antón (1995). Posteriormente se desarrolló una versión 2.0 del cuestionario con el objetivo de mejorar las características métricas de las escalas del rol físico y emocional respecto la primera versión al ofrecer 5 opciones de respuesta en lugar de 2 (Vilagut et al., 2008). Los valores de referencia de la primera versión del SF-36 fueron publicados para la población general en 1998 (Alonso et al., 1998) pero en la actualidad aún no se han publicado los valores correspondientes a la segunda versión aunque se recomienda su uso para los nuevos estudios (Vilagut et al., 2008).

Para la evaluación de esta variable se utilizó la versión española de SF-36 v2 *Health Survey* adaptada por Alonso y colaboradores en el año 2003 en el *Institut Municipal d'Investigació Mèdica* (IMIM-IMAS). Para el cálculo de las dimensiones y de los componentes sumarios se utilizó el programario *QualityMetric Health Outcomes(tm) Scoring Software 4.5* con número de licencia QM028267. Este programario toma como referencia la población de los Estados Unidos. La adopción como referencia de la población americana para otras poblaciones, siempre que quede reflejado en el estudio, viene avalada por los estudios que demuestran que las puntuaciones obtenidas comparando el método estándar con la de Estados Unidos son muy similares (Gandek, Ware, & Group, 1998; Vilagut et al., 2008; Ware et al., 1998).

Estrés percibido: El estrés percibido fue medido con el cuestionario *Perceived Stress Scale* (PSS-10) desarrollado por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983). Este cuestionario es una versión reducida que consta de 10 ítems con una respuesta tipo Likert de 0 a 4 donde 0 significa nunca, 1 es casi nunca, 2 de vez en cuando, 3 a menudo y 4 muy a menudo) y hace referencia al estrés percibido durante el último mes. La versión española fue validada por Remor (2006) con una α de Cronbach de 0,82, con test-retest de correlación de 0,77 ($p=0,000$) y una validez y sensibilidad adecuadas. La puntuación del estrés percibido se mide como la totalidad de la suma de las 10 preguntas teniendo en cuenta que deben invertirse los valores de las preguntas 4, 5, 6, 7 y siendo el rango de puntuaciones 0 a 40. Así a mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido.

En el estudio de Van der Waerden, Hoefnagels, Hosman, Souren, & Jansen (2013) utilizaron el cuestionario PSS-10 para medir el estrés en mujeres con depresión con nivel

socioeconómico bajo y consideraron la aparición del estrés a partir de una puntuación de 14.

3.6.3. Programa promotor de salud

El diseño del programa promotor de salud se basó en la perspectiva salutogénica de Antonovsky y el empoderamiento individual de Tengland.

El objetivo de los programas promotores de salud con una perspectiva salutogénica es incrementar la consciencia interna y externa de los GRRs de la persona y su habilidad para usarlos en el contexto de su vida diaria (Langeland et al., 2006). A su vez, se consideraron los 4 recursos internos: el control sobre el conocimiento, la autoestima, la autoeficacia y la autonomía del empoderamiento individual de Tengland (2007). Este programa se realizó en 4 sesiones grupales de 1,30 horas de duración de modo similar a otros estudios en los que se realizaron también un total de 8 horas en sesiones de 2 horas (Van der Waerden, Hoefnagels, Hosman, Souren, & Jansen, 2013).

Este estudio quiere enfatizar o potenciar los GRRs que las personas poseen y no focalizarse solo en la minimización de riesgos, facilitando a las participantes su dirección hacia la salud positiva descrita por Antonovsky. Por ello, el programa promotor de salud tiene como objetivo general el empoderamiento de las participantes mediante la mejora de su autoconocimiento, su autoestima, y su percepción del estrés y en consecuencia su apoyo social, su calidad de vida y su SOC total o las dimensiones del mismo: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

El autoconocimiento y la autoestima se trabajaron de modo transversal y complementario a lo largo de todas las sesiones. En la primera sesión con el autoconocimiento de sus GRRs individuales y en la segunda y tercera sesión los GRRs a nivel familiar y social. En la cuarta sesión se trabajó su capacidad para poder realizar su proyecto personal.

Por otro lado el apoyo social se trabajó mediante la identificación de sus apoyos sociales durante la segunda sesión. Además la mera participación en dicha actividad, supuso la

oportunidad de creación de nuevos espacios favorecedores del incremento del apoyo social así como de conocimiento de otras personas en situaciones muy similares.

Todo ello tenía como finalidad disminuir la percepción de estrés de las participantes al aumentar simultáneamente el SOC total y la calidad de vida.

Al relacionar el aumento de cada dimensión de SOC con las actividades de cada sesión, puede decirse que la manejabilidad es un componente del SOC que se trabajó de manera transversal a lo largo de toda la actividad mediante la propia realización de la misma. El componente de la comprensibilidad se trabajó en las sesiones 1, 2 y 3 mientras que la sesión 4 estuvo dedicada más específicamente al aumento de la significatividad.

Cabe destacar que el formato del programa fue de tipo grupal con la finalidad de favorecer la interacción social y el apoyo percibido por las participantes en el mismo debido a las aportaciones del resto de los miembros del grupo (Paluska & Schwenk, 2000). A su vez, se cree que las actividades focales producen un ambiente seguro y confortable para las participantes mediante el cual pueden compartir su dolor y sus alegrías y en el que es posible realizar un aprendizaje de los sentimientos mostrados por el resto de las participantes del grupo (Altinyelken, 2009).

Las actividades que configuraban cada sesión fueron:

- La primera sesión tuvo como objetivo mejorar el propio autoconocimiento de sus recursos. Para ello se realizó una actividad individual en la cual cada participante describió 5 de sus cualidades y posteriormente se sociabilizaron con el resto del grupo en una puesta en común.
- La segunda sesión se focalizó en la identificación del rol familiar y el apoyo social familiar que tenía cada una de las participantes. Se desarrollaron 2 actividades: la primera fue el dibujo de cada una de sus familias y puesta común en el grupo y la segunda actividad consistió en plantear distintas situaciones que les permitieran reflexionar sobre su papel dentro de la familia y el apoyo familiar recibido (en caso de que un familiar se ponga enfermo, ¿Quién lo cuida?, ¿Quién se encarga de realizar las compras, de participar en las reuniones de la escuela, .. ¿Quién va a pagar los recibos, o realiza los trámites del Ayuntamiento? ¿En caso de ponerte tú

- enferma, a quién pedirías ayuda y quién te la prestaría? y en caso de problemas económicos, ¿a quién se lo contarías y a quién pedirías ayuda?)
- La tercera sesión tuvo como finalidad el autoreconocimiento de su rol dentro de la comunidad. Con este fin se invitó a las participantes a realizar fotografías que reflejaran aquello que es importante en su vida diaria como parte de la comunidad a la que pertenecen para posteriormente mostrarlas y explicarlas al resto del grupo durante la tercera sesión.
 - Y en la cuarta sesión se pretendió que las participantes descubriesen sus propias capacidades como emprendedoras. Para ello se leyó el texto de una mujer emprendedora y se discutió qué se entiende bajo este concepto. A continuación cada una de ellas describió cuáles eran sus proyectos para el futuro a corto, medio o largo plazo.

3.6.4. Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo en que las variables cualitativas o categóricas se han expresado en frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas o continuas mediante la media y la desviación estándar.

Se ha calculado la relación entre variables categóricas con la prueba Chi Cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher, cuando el valor esperado del 20% de las celdas era inferior a 5. Para las relaciones entre variables continuas se ha utilizado la correlación de Pearson, mientras que para la determinación de las relaciones de variables continuas y categóricas se ha utilizado el t-Student para muestras independientes o la prueba Anova de un factor, en el caso de existir más de 2 categorías.

Para determinar el cálculo de la significación del programa promotor de la salud se ha determinado en primer lugar la normalidad de la distribución mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk asumiendo normalidad de la distribución si las 2 pruebas presentan niveles de significación (p) superiores a 0,05. Se ha utilizado la prueba de t-Student en las variables en las que se asume normalidad y el test de Wilcoxon en las restantes.

Se han realizado modelos de regresión lineal múltiple para determinar los factores asociados a la variación de SOC, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida. Las variables independientes incluidas inicialmente han sido las siguientes: variables que han mostrado relaciones bivariadas estadísticamente significativas con el programa y el empoderamiento o aquellas variables en las que existen evidencias bibliográficas de relaciones con el programa o el empoderamiento. De esta manera, en los modelos de variación de SOC se incluyeron: edad (Antonovsky, 1987; Feldt et al., 2007), percepción de la situación socioeconómica (Erim et al., 2011), el estrés (Antonovsky, 1979, 1987), la autoestima (Lundberg et al., 2009) y la calidad de vida mental (Antonovsky, 1987; Flensburg-Madsen et al., 2005).

En los modelos de variación de apoyo social se han englobado: el estrés (Cabassa, 2003; Crockett et al., 2007; Finch & Vega, 2003; Lin & Ensel, 1989), la autoestima (Aksel et al., 2007) y la calidad de vida (Aneshensel, 1992).

En los modelos de variación de autoestima se han incluido el SOC (Sagy & Antonovsky, 2000) y el apoyo social (Aksel et al., 2007) y en los modelos del estrés percibido se incluyeron: el rol profesional considerado equivalente a la situación laboral (Golding, 1989; Grote et al., 2007; Romero et al., 1988), el rol familiar considerándose la variable tiempo de dedicación a la familia (Golding, 1989; Romero et al., 1988), la situación socioeconómica (Adler, 2004; Garcia-Ramirez et al., 2005), el apoyo social percibido (Berjot & Gillet, 2011; Berman et al., 2009; Caplan, 2007; Cohen, 2004; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001) y la autoestima (Caplan, 2007; Hovey & Magaña, 2003).

En los modelos de variación de la calidad de vida física se han considerado la ocupación equivalente a la situación laboral, la situación socioeconómica, el nivel formativo descrito por la variable años de escolarización, la calidad de vida (Eurostat, 2013), la autoestima (Mann et al., 2004), el SOC, el estrés aculturativo descrito con la variable estrés percibido y el apoyo social (Jibeen & Khalid, 2010a).

Por último, en los modelos de variación de la calidad de vida mental se han considerado el país de origen (Bischoff & Wanner, 2008) y los años de inmigración (Foroughi et al., 2001; Leão et al., 2009). Posteriormente se ha desarrollado un modelo de regresión lineal múltiple de selección de variables hacia atrás.

Para el procesamiento y el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) v.19.0 para Windows. En todos los casos, el nivel de significación (p) considerado, ha sido inferior a 0,05.

3.7. Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos

El estudio se realizó siguiendo las normas deontológicas recogidas en la Declaración de Helsinki (actualizada el 2013 en la Declaración de Brasil) y las normas de Buena Práctica Clínica siendo evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona con el código 2015.029 (anexo 3). Cabe reseñar que al tratarse de una población vulnerable se han seguido las guías para la investigación de personas vulnerables del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002).

Antes del inicio del estudio, se explicó a las participantes detalladamente el objetivo del mismo permitiendo que realizaran todas las preguntas y aclaraciones que creyeran oportunas. Simultáneamente se les entregó la hoja de información tanto en catalán como en español (anexo 4). Posteriormente se les solicitó la conformidad mediante la firma del consentimiento informado (anexo 4) garantizándoles la confidencialidad de los datos recogidos durante todo el estudio según la Ley Orgánica 15/1999 sobre protección de datos de carácter personal.

Los datos del estudio fueron recogidos mediante grabación o a través del cuestionario, encriptados por la facilitadora y guardados en una base de datos distinta de la de anonimización y encriptación de los mismos. A estos datos solo tiene acceso la investigadora del estudio y en caso que fuera solicitado por el CEIC del Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

4. Resultados

4. Resultados

4.1. Resultados fase cualitativa

4.1.1. Activos de salud individuales

Los recursos personales o propios de la persona corresponderían a los GRRs internos de Antonovsky. Entre ellos destacaríamos:

1- Mujeres luchadoras. Aquellas mujeres que no temen enfrentarse a situaciones difíciles ya que forma parte de su día a día hacerles frente.

“Hablo con el rey como hablo con el presidente. No me corto para nada, simplemente si me puede ayudar me dejo guiar”. XB, GF

“Yo soy una persona que lo que me propongo lo logro”. JF, GF

“Pero yo muy fuerte en corazón. Yo muy luchadora”. HS, EP

“Yo siempre he sido una mujer luchadora, yo lo he llevado todo adelante, porque he tenido mala suerte, he tenido un marido que se ha preocupado muy poco y siempre los he tenido que sacar yo adelante”. SM, EP

2- Mujeres con optimismo elevado. Estas describen tener pensamientos positivos y esperanza frente a la vida lo que les ayuda a sobrevivir a las dificultades con las que se encuentran

“Yo siempre he sido positiva y he llegado a las metas que he querido llegar, he llegado”. XB, GF

“Esta es una oportunidad, yo lo estoy mirando así, es una oportunidad, un propósito de Dios y a ver ya se verá”. LA, GF

“Sí, porque todas no tenemos faena pero con paciencia, con alegría, con... Tener fe. Yo tengo fe”. HS, GF

“No si yo no pienso en negativo, yo pienso en positivo yo pienso que voy a encontrar trabajo, yo eso lo tengo en la cabeza”. SM, PH

3- Autoreconocimiento de habilidades domésticas y/o ser conscientes del rol familiar que ocupan.

“Porque me encanta hacer pan, y por la tarde de los sábados y domingos me encanta cosas, de pan para merendar”. KS, PH

“Yo ahora divorciada, yo hago ahora todo, de padre y de madre”. KS, EP

4- Emprendedoras. Descritas como capaces de tomar iniciativas frente a las difíciles situaciones en las que viven.

“No, nos gustaba vivir en Ecuador. Pero mi marido no hacía nada, él no estaba seguro de nada. Un día, por la mañana me levanté y dije” venga, vámonos a Europa que tengo una prima que siempre me cuenta que allá viven mucho mejor”. LA, GF

“Sí, el dar un paso de un país a otro, ya vas con un propósito y con cosas claras”. CM, GF

5- Importancia de las creencias religiosas con el fin de poder mantener el optimismo y la esperanza para continuar o bien para no sentirse solas al afrontar dificultades.

“Yo soy muy creyente, de todo Dios, primero va conmigo Dios, si no va conmigo yo no voy, me quedo”. CM, GF

6- Sentirse útil a los demás. El hecho de ofrecer recursos a otras personas, las genera sentimientos positivos.

“De pronto yo sé un poquito más que la que está al lado pues ayudarla, pero bien, me sentí bien, incluso yo llegaba y le comentaba a mi esposo que sí, que me sentía bien, me gustaba”. LA, PH

7- Tener motivaciones, objetivos o proyectos en la vida (sueños, obtener unos estudios,...). Dichas motivaciones y objetivos les facilitan pensar que podrán alcanzar un futuro mejor y que en ese sentido, su situación actual es pasajera.

“Me gustaría tener una casa muy lujosa donde poder criar a mis hijos,...”. HS, PH

“A mí me gustaría trabajar con la gente mayor. Mi sueño es trabajar con gente mayor, para cuidarla, o para limpieza o cuidando niños pequeños, ¿sabes?”. JF, PH

“Inclusive el estudiar enfermería, un auxiliar y eso es desde que nació mi niño, que me gustó ver las enfermeras allá, que entra, que sale, esos primeros auxilios que te dan antes de pronto, de poner un suero y como que me gustó y yo decía el día que mi niño se enferme a tomarle la temperatura o algo, cualquier cosa o sea quiero aprender eso”. LA, GH

“Quiero aprender más, estudiar más y saber cosas nuevas. Antes no sabía, ahora yo quiero aprender más”. KS, EP

“A mí siempre me ha gustado el negocio. Pero claro, mi idea fue venirme para acá porque aquí se gana mucho más que allá y digo, pues iré para allá y pondré yo un negocio que es lo que siempre yo he querido, tener un negocio también”. XB, PH

“Y ahora mi sueño es encontrar trabajo, ir con mis hijos, que vean sus abuelas y yo mi madre, mi familia y luego volver. Ese es mi sueño”. SM, GF

4.1.2. Activos de salud comunitarios

Los recursos o GRRs comunitarios hacen referencia a la familia y a los amigos o vecinos ya que es éste último grupo el que frecuentemente ofrece apoyo a las mujeres inmigrantes, específicamente en los temas relacionados con el género o relacionados con el ámbito familiar sean dificultades económicas, relacionales u de otro tipo. Entre estos recursos se establece la siguiente categorización o clasificación:

1- Importancia del rol de los hijos. Los hijos actúan como agentes motivadores para el aprendizaje de las mujeres. En la mayoría de ocasiones, son su máxima motivación u

objetivo en la vida. A su vez, sus hijos son la única vía que identifican para relacionarse con otras personas, especialmente en el ámbito escolar.

“(...) tengo tres hijos y cada uno me enseña un poco. Uno me enseña un poco, el otro me enseña un poco”. BD, GF

“No, el mío ya está en quinto y sabe muchísimo. Y el otro está en segundo y sabe muchísimo. Me corrige un montón. Me enseña a hablar en catalán.Y me dice así tienes que espabilarte”. CM, GF

“Yo sé que tengo que luchar por los niños y todo esto”. SM, PH

“Sí, yo tengo sueño para mis hijos terminar sus estudios”. BD, PH

2- Soporte social y de los significant others. Manifiestan y describen la importancia del soporte social y de los significant others.

“A veces también hay familia de sangre que no ayuda y que no es de sangre y te ayuda”. HS, EP

“Porque yo conozco a una señora que ella también es de Burkina que vive en Santa Eugenia. ... es muy mayor pero la admiro como mi hermana, no como mi amiga, como mi hermana”. SM, EP

3- Priorización de la vida familiar a la laboral. Algunas participantes describen cómo la familia es prioritaria a su vida laboral con el fin de asegurar el bienestar familiar, especialmente en el cuidado a sus hijos.

“Lo de mi niña primero, si porque muchas veces también pienso si me hace falta trabajar, pero luego si me voy a trabajar y ¿que hago?¿la voy dejando de lado? Tengo que llevarla al médico y no puedo ir con ella, pero claro si no trabajo tampoco puedo hacer nada, porque si ella me pide cosas no se las puedo dar”. XB, GF

“Pero los niños no puedes hacer este trabajo, no puedes salen del cole y ya está van a perder. Yo no quiero esto”. BD, GF

4.1.3. Activos de salud organizacionales o institucionales

En la última esfera se sitúan los recursos institucionales que comprenden aquellos recursos de carácter social o laboral o de la comunidad.

- 1- Importancia del apoyo institucional económico o de recursos públicos: las participantes hacen referencia el apoyo recibido por parte de las instituciones ya bien sea a través del soporte de sus profesionales o de los recursos materiales que reciben de los mismos.

“Pero como aquí hemos acabado voy a ir a la oficina jove, en ¿cómo se llama? en la calle Santa Eugenia, ayudan a cómo hacer currículo. Ahí sí vas hay ordenadores así como una universidad, y hay una chica que te ayuda a cómo hacer”. JF, GF

“No. Tengo un ordenador pero no tengo internet. Yo voy con los niños a la biblioteca”. KS, GF

Puede concluirse que las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social participantes en el estudio refieren poseer GRRs o activos: (Figura 4)

- Individuales al describirse como: mujeres luchadoras que no temen afrontar las situaciones difíciles de cada día; con un optimismo elevado al describir pensamientos positivos y esperanza; con habilidades para tareas domésticas y conscientes de su rol familiar; emprendedoras al ser capaces de tomar decisiones e iniciativas ante distintas situaciones; con importantes creencias religiosas, que les gusta sentirse útiles para los demás y con motivaciones y proyectos para el futuro.
- Comunitarios por la importancia de: el rol de sus hijos como uno de sus principales agentes motivacionales y relacionales con el entorno; el soporte social y de los *significant others* y la priorización de la vida familiar a la vida laboral.
- Organizacionales o institucionales al manifestar el soporte institucional tanto económico y de recursos materiales y humanos.

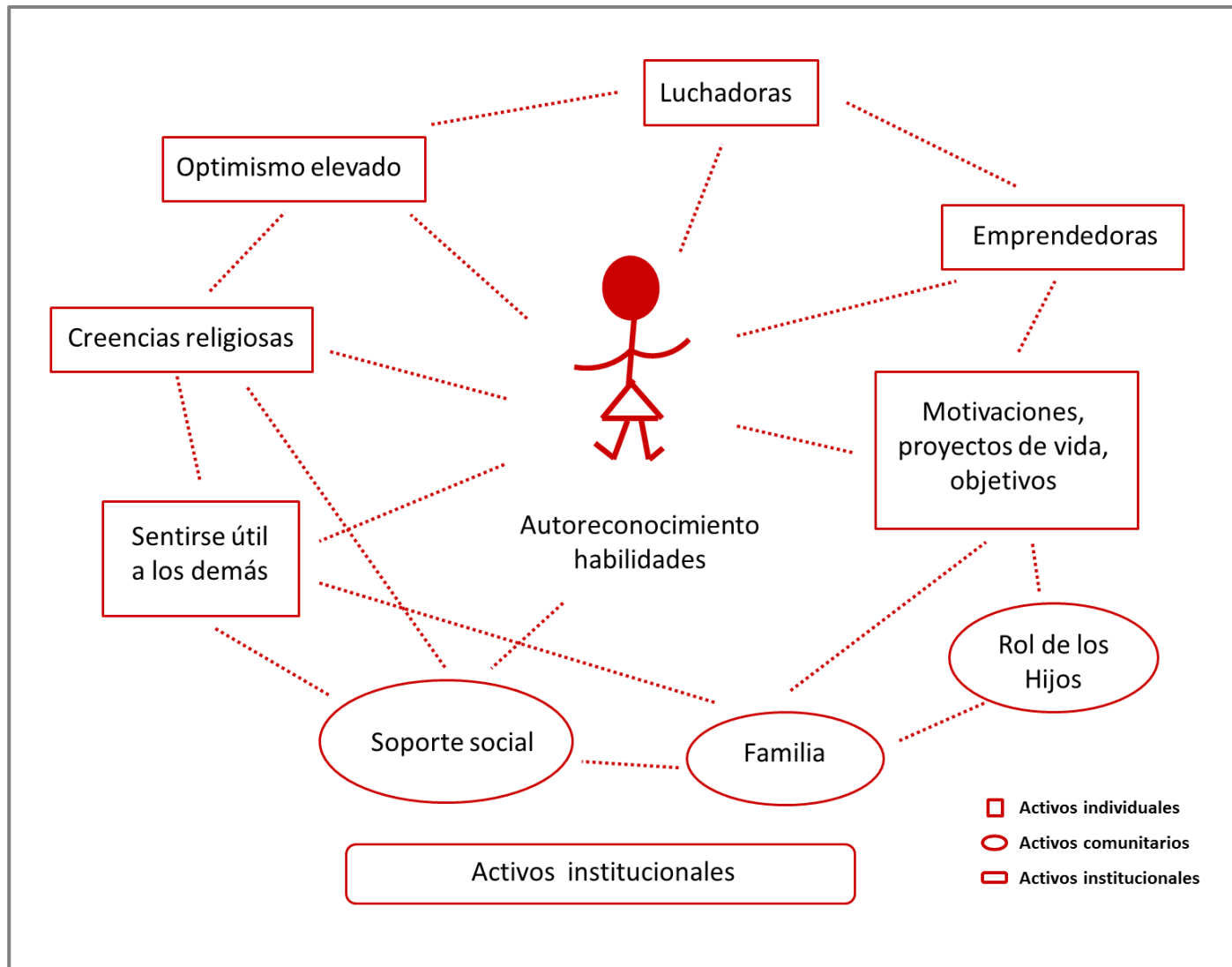


Figura 4: Categorías y subcategorías según los constructos valorados en la fase cualitativa. Fuente: elaboración propia

4.2. Resultados fase cuantitativa

4.2.1. Características sociodemográficas de las participantes

De 30 mujeres de los programas *Ecosol* y *Avancem Santa Clara* de *Càritas Diocesana* de Girona a quienes se les ofreció participar en dicho programa promotor de salud, 28 aceptaron participar en el mismo. De éstas, 27 terminaron el programa y una lo abandonó en la segunda sesión. Finalmente se obtuvieron 26 respuestas en el test tras 6 meses de la finalización de la actividad ya que a una de las participantes no fue posible localizarla.

La descripción de los datos sociodemográficos de las participantes se recogen en la tabla 2 donde se observa que de las 28 mujeres participantes, 13 (46,4%), estaban integradas en el programa *Avancem Santa Clara*. La media de edad de la mujeres era de 37,79 (Desviación Estándar (DE) 8,02) con un rango de 22 a 51 años, siendo un 42,9% menor de 35 años. El país de origen era Marruecos en un 39,2% de las mujeres, y el mismo porcentaje eran originarias de países de África negra (Gambia, Senegal, Mali y Camerún), el 21,4% restante eran originarias de países latinoamericanos (Honduras, Colombia o Bolivia).

Un 57,1% llevaban más de 10 años fuera de su país, con un rango de 4 a 21 años, siendo un 17,9% las mujeres que vivieron antes en otros países distintos a Cataluña. Procedían mayoritariamente de ámbito urbano (85,7%) y estaban casadas un 67,9%. Cabe destacar que una de las participantes estaba divorciada y otra separada. El 17,9% refirieron no vivir con algún familiar y un 57,1% convivir con el marido y los hijos. Mayoritariamente relataron tener familiares a cargo (83,9%) teniendo en un 53,6% de los casos más de 3 hijos. El 46,4% de las mujeres describía que dedicaba un tiempo a sus familiares superior a 5 en un rango de 1 a 10.

Un 28,6% recibía la prestación por desempleo mientras que el resto desarrollaba una actividad laboral remunerada fuera del hogar. Debe señalarse que esta remuneración era la aportación dineraria que recibían mensualmente de *Càritas* por los trabajos realizados en los programas en los que participaban, que no superaba en ningún caso los 300€. Las participantes referían tener una situación económica buena en un 35,7%, en contraposición del 64,3% calificaba como mala o muy mala.

Un 78,5% estuvieron escolarizadas más de 7 años, señalándose que una de ellas no estuvo escolarizada mientras que otra poseía estudios universitarios. La puntuación media de la importancia de la espiritualidad fue de 8,5 (DE 1,77) sobre 10, siendo un 82,1% de ellas considera tener una espiritualidad elevada.

Tabla 2. Características socio demográficas de las participantes

	TOTAL (n=28)		TOTAL (n=28)
Grupos intervención		Estado civil	
Avancem Sta. Clara	13 (46,4)	Soltera/Separada/Divorciada	9 (32,1)
Ecosol	15 (53,6)	Casada	19 (67,9)
Edad		Familiares a cargo	
18-35 años	12 (42,9)	No	3 (10,7)
> 35 años	16 (57,1)	Si	25 (89,3)
País nacimiento		Número de hijos	
Marruecos	11 (39,3)	0	4 (14,3)
Países de África negra	11 (39,3)	1 y 2 hijos	9 (32,1)
Países latinoamericanos	6 (21,4)	3 hijos o más	15 (53,6)
Ámbito de procedencia		Convivencia actual	
Rural	4 (14,3)	Con familiares	23 (82,1)
Urbano	24 (85,7)	Sin familiares	5 (17,9)
Años fuera de su país		Tiempo dedicación familiares	
0-10 años	12 (42,9)	No dedica tiempo familiares (0-5)	15 (53,6)
> 10 años	16 (57,1)	Dedica tiempo a familiares (>5)	13 (46,4)
Años vividos en Cataluña		Situación laboral	
No habían vivido otros países	23 (82,1)	Trabajo remunerado fuera casa	20 (71,4)
Habían vivido en otros países	5 (17,9)	Desempleo	8 (28,6)
Años de escolarización		Situación socioeconómica	
< 7 años	6 (21,4)	Buena	10 (35,7)
7-11 años	13 (46,4)	Mala y muy mala	18 (64,3)
> 11 años	9 (32,1)		
Importancia espiritualidad			
No mucha import espirit (0-7)	5 (17,9)		
Mucha import espirit (>7)	23 (82,1)		

Las variables se expresan con frecuencia absoluta y el porcentaje entre paréntesis.

4.2.2. Sentido de coherencia según variables sociodemográficas

La puntuación media de SOC de las participantes fue de 60,36 (DE 8,16), la puntuación media de comprensibilidad de 22,71 (DE 4,28), la de manejabilidad de 18,18 (DE 3,76) y la de significatividad de 19,46 (4,09) (tabla 3).

Tabla 3: Sentido de coherencia (SOC) y sus dimensiones

	MEDIA	DE	MIN	MAX
SOC	60,36	8,16	46	76
Comprensibilidad	22,71	4,28	13	31
Manejabilidad	18,18	3,76	11	24
Significatividad	19,46	4,09	12	28

Las variables se expresan con la media, la desviación estándar (DE), mínimo (MIN) y máximo (MAX)

Los resultados del sentido de coherencia y su relación con las variables sociodemográficas que se presentan en la tabla 4 no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa ni en el SOC ni en ninguno de sus dimensiones (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) respecto a las variables estudiadas.

Se observaron puntuaciones bajas de SOC excepto en aquellas participantes que no tenían hijos, estaban en situación de desempleo, estuvieron escolarizadas menos de 7 años o vivieron en otros países antes de emigrar a Cataluña las cuales presentaban un SOC moderado.

Las participantes de origen marroquí obtuvieron mayor puntuación de SOC, comprensibilidad, y de significatividad que el resto de mujeres de otros orígenes aunque no se apreciaron diferencias significativas. De igual modo, las mujeres inmigrantes que vivieron en otros países antes de residir en Cataluña referían mayores puntuaciones medias tanto de SOC como de cada uno de sus componentes respecto a las que emigraron directamente a Cataluña.

Cabe destacar la diferencia de 6 puntos en las puntuaciones medias de SOC de las mujeres sin hijos frente a las participantes con 3 hijos o más.

A su vez, se observaron diferencias de más de 4 puntos en las puntuaciones medias de SOC en las participantes de 18-35 años respecto a las participantes mayores de 35 años. Se detectaron diferencias de 3 puntos entre las participantes que percibían tener una buena situación económica respecto a las participantes que percibían una mala o muy mala situación; en las participantes con menos de 7 años de escolarización, respecto a las de 7 a 11 años, y de más de 11 años. Asimismo ocurrió con las participantes no casadas respecto las casadas y las que refirieron que la espiritualidad tenía poca importancia en su vida diaria respecto a las que consideraron que tenía mucha.

Tabla 4: Sentido de coherencia según las variables sociodemográficas

	SOC	<i>p</i>	Comprensibilidad	<i>p</i>	Manejabilidad	<i>p</i>	Significatividad	<i>p</i>
Edad								
18-35 años (n=12)	62,67 (8,42)	0,200	24,42 (3,50)	0,068	17,58 (4,05)	0,479	20,67 (4,20)	0,182
> 35 años (n=16)	58,63 (7,78)		21,44 (4,47)		18,63 (3,59)		18,56 (3,88)	
País nacimiento								
Marruecos (n=11)	61,73 (8,50)	0,740	21,73 (3,16)	0,313	19,73 (2,65)	0,219	20,27 (5,14)	0,580
Países de África negra (n=11)	60,00 (7,48)		24,27 (4,20)		17,27 (4,73)		18,45 (3,24)	
Países latinoamericanos (n=6)	58,50 (9,73)		21,67 (5,92)		17,00 (2,97)		19,83 (3,54)	
Ámbito de procedencia								
Rural (n=4)	61,25 (12,31)	0,818	22,75 (5,31)	0,986	19,25 (3,40)	0,548	19,25 (4,64)	0,912
Urbano (n=24)	60,21 (7,63)		22,71 (4,23)		18,00 (3,86)		19,50 (4,09)	
Estado civil								
Soltera/Separada/Divorciada (n=9)	62,33 (9,96)	0,388	22,56 (4,95)	0,896	18,22 (3,15)	0,967	21,56 (3,78)	0,061
Casada (n=19)	59,42 (7,27)		22,79 (4,07)		18,16 (4,10)		18,47 (3,93)	
Familiares a cargo								
No (n=3)	62,67 (4,16)	0,613	23,00 (2,65)	0,905	18,67 (0,58)	0,533	21,00 (2,65)	0,501
Si (n=25)	60,08 (8,53)		22,68 (4,48)		18,12 (3,98)		19,28 (4,23)	
Número de hijos								
0 hijos (n=4)	66,00 (7,48)	0,307	24,00 (2,94)	0,777	20,00 (2,71)	0,446	22,00 (2,94)	0,417
1 y 2 hijos (n=9)	58,44 (9,66)		22,11 (5,23)		17,11 (3,83)		19,22 (4,47)	
3 hijos o más (n=15)	60,00 (7,18)		22,73 (4,15)		18,33 (3,96)		18,93 (4,10)	
Convivencia actual								
Con familiares (n=23)	60,09 (8,17)	0,715	22,87 (3,95)	0,689	18,13 (4,05)	0,888	19,09 (4,16)	0,303
Sin familiares (n=5)	61,60 (8,96)		22,00 (6,12)		18,40 (2,30)		21,20 (3,56)	
Tiempo dedicación familiares								
No dedica tiempo familiares (0-5) (n=15)	60,73 (9,07)	0,799	22,07 (4,23)	0,400	18,13 (3,42)	0,947	20,53 (4,45)	0,140
Dedica tiempo a familiares (>5) (n=13)	59,92 (7,31)		23,46 (4,39)		18,23 (4,26)		18,23 (3,37)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.

Prueba t-student para variables dicotómicas y Anova de un factor para variables no dicotómicas

Tabla 4 cont.: Sentido de coherencia según las variables sociodemográficas

	SOC	<i>p</i>	Comprensibilidad	<i>p</i>	Manejabilidad	<i>p</i>	Significatividad	<i>p</i>
Años fuera de su país								
0-10 años (n=12)	60,08 (9,48)	<i>0,881</i>	22,50 (3,89)	<i>0,824</i>	18,58 (4,12)	<i>0,631</i>	19,00 (4,24)	<i>0,612</i>
> 10 años (n=16)	60,56 (7,34)		22,88 (4,67)		17,88 (3,57)		19,81 (4,07)	
Años vividos en Catalunya								
No habían vivido en otros países (n=23)	59,78 (8,48)	<i>0,435</i>	22,61 (4,24)	<i>0,786</i>	17,83 (4,02)	<i>0,296</i>	19,35 (4,35)	<i>0,753</i>
Habían vivido en otros países (n=5)	63,00 (6,59)		23,20 (4,97)		19,80 (1,64)		20,00 (2,83)	
Situación laboral								
Trabajo remunerado fuera de casa (n=20)	59,25 (8,64)	<i>0,264</i>	22,55 (4,92)	<i>0,672</i>	18,00 (4,33)	<i>0,597</i>	18,70 (3,82)	<i>0,119</i>
Desempleo (n=8)	63,13 (6,50)		23,13 (2,17)		18,63 (1,85)		21,38 (4,34)	
Situación socioeconómica								
Buena (n=10)	62,10 (7,16)	<i>0,410</i>	23,80 (5,10)	<i>0,327</i>	19,00 (4,47)	<i>0,399</i>	19,30 (3,65)	<i>0,878</i>
Mala y muy mala (n=18)	59,39 (8,71)		22,11 (3,79)		17,72 (3,36)		19,56 (4,41)	
Años de escolarización								
< 7 años (n=6)	63,33 (10,87)	<i>0,612</i>	25,00 (4,05)	<i>0,305</i>	19,33 (5,16)	<i>0,484</i>	19,00 (5,14)	<i>0,955</i>
7-11 años (n=13)	59,77 (6,33)		21,69 (4,80)		18,46 (3,15)		19,62 (3,93)	
> 11 años (n=9)	59,22 (9,07)		22,67 (3,39)		17,00 (3,67)		19,56 (4,06)	
Importancia espiritualidad								
No mucha import espirit (0-7) (n=5)	62,40 (3,91)	<i>0,547</i>	23,00 (4,30)	<i>0,873</i>	18,60 (2,20)	<i>0,788</i>	20,80 (1,64)	<i>0,184</i>
Mucha import espirit (>7) (n=23)	59,91 (8,82)		22,65 (4,37)		18,09 (4,05)		19,17 (4,42)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.
Prueba t-student para variables dicotómicas y Anova de un factor para variables no dicotómicas

4.2.3. Apoyo social percibido, autoestima y estrés percibido según variables sociodemográficas

La puntuación media de apoyo social percibido de las participantes fue de 37,07 (DE 6,28), la de autoestima de 30,14 (DE 4,21) mientras que la puntuación media del estrés percibido fue de 20,57 (DE 2,91) (tabla 5).

Tabla 5: Apoyo social percibido, apoyo confidencial y apoyo afectivo, autoestima y estrés percibido

	MEDIA	DE	MIN	MAX
Apoyo social percibido	37,07	6,28	25	51
Apoyo confidencial	23,21	3,90	17	32
Apoyo afectivo	13,86	3,09	7	19
Autoestima	30,14	4,21	22	37
Estrés percibido	20,57	2,91	16	27

Las variables se expresan con la media, la desviación estándar (DE), mínimo (MIN) y máximo (MAX)

Los resultados del apoyo social, la autoestima y el estrés percibido y su relación con las variables sociodemográficas se presentan en la tabla 6. Estos mostraron 2 diferencias estadísticamente significativas respecto a la autoestima según el país de origen y al estrés percibido según la percepción de la situación socioeconómica. Los resultados restantes no presentaron diferencias significativas.

Las mujeres que inicialmente percibían más apoyo social fueron las menores de 35 años, nacidas en países de África negra, que no convivían con familiares, que dedicaban menos tiempo a sus familiares, con un trabajo remunerado fuera de casa, que habían sido estado escolarizadas durante más años, que percibían una buena situación socioeconómica y que destacaron la importancia de la espiritualidad en su vida diaria.

Con una diferencia de 10 puntos, destacar el apoyo social percibido por las participantes que vivieron en otros países antes de emigrar a Cataluña (40,60; DE 8,17) respecto a las que han emigrado directamente desde su país natal a Cataluña (30,43; DE 4,23) aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

En relación a la autoestima, señalar la diferencia estadísticamente significativa respecto al país de origen de las participantes ($p=0,001$). Las mujeres inmigrantes originarias de los

países de África negra presentaron mayor puntuación media de autoestima 32,73 (DE 3,55) que las originarias de Marruecos con una puntuación media de autoestima de 30,18 (DE 2,75) y que las mujeres inmigrantes de países latinoamericanos con una autoestima media de 25,33 (DE 3,61).

Asimismo la autoestima fue mayor en las mujeres menores de 35 años, en las mujeres casadas, que convivían con familiares, que dedicaban tiempo a sus familiares y que daban mayor importancia a la espiritualidad en su día a día.

Por último respecto a la relación entre la puntuación media de estrés percibido y las distintas variables sociodemográficas no existieron diferencias destacables a excepción de la autopercepción por parte de las participantes de su situación socioeconómica. A peor percepción de situación socioeconómica mayor percepción de estrés. Así, las mujeres inmigrantes que refirieron una mala o muy mala situación económica presentaron una mayor autopercepción de estrés (21,39; DE 2,93) que aquellas que señalaron tener una situación socioeconómica buena (19,10; DE 2,33) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,044$).

El estrés percibido fue mayor en las mujeres más jóvenes de 35 años, de origen africano, con menor nivel de escolarización, casadas, con familiares a cargo, con más número de hijos, que convivían con familiares, y que emigraron directamente a Cataluña desde su país natal.

Tabla 6: Apoyo social, autoestima y estrés percibido según variables sociodemográficas

	Apoyo Social percibido	<i>p</i>	Apoyo Confidencial	<i>p</i>	Apoyo Afectivo	<i>p</i>	Autoestima	<i>p</i>	Estrés percibido	<i>p</i>
Edad										
18-35 años (n=12)	39,17 (6,64)	0,129	24,42 (3,94)	0,163	14,75 (3,07)	0,183	31,25 (4,37)	0,235	21,08 (2,94)	0,431
> 35 años (n=16)	35,50 (5,70)		22,31 (3,75)		13,19 (2,92)		29,31 (4,03)		20,19 (2,96)	
País nacimiento										
Marruecos (n=11)	34,73 (3,98)	0,142	21,73 (2,72)	0,134	13,00 (2,45)	0,333	30,18 (2,75)	0,001	20,36 (3,44)	0,447
Países de África negra (n=11)	39,91 (6,55)		25,00 (4,58)		14,91 (2,66)		32,73 (3,55)		21,36 (2,01)	
Países latinoamericanos (n=6)	36,17 (8,06)		22,67 (3,67)		13,50 (4,42)		25,33 (3,61)		19,50 (3,33)	
Ámbito de procedencia										
Rural (n=4)	35,25 (2,22)	0,541	22,25 (1,26)	0,304	13,00 (1,15)	0,552	29,75 (5,74)	0,845	20,50 (3,51)	0,959
Urbano (n=24)	37,38 (6,71)		23,38 (4,19)		14,00 (3,24)		30,21 (4,06)		20,58 (2,88)	
Estado civil										
Soltera/Separada/Divorciada (n=9)	37,00 (8,87)	0,974	23,78 (5,02)	0,609	13,22 (4,44)	0,563	28,67 (4,27)	0,208	19,56 (2,74)	0,210
Casada (n=19)	37,11 (4,92)		22,95 (3,40)		14,16 (2,20)		30,84 (4,11)		21,05 (2,93)	
Familiares a cargo										
No (n=3)	37,33 (12,1)	0,971	24,00 (7,55)	0,720	13,30 (4,93)	0,759	30,00 (3,61)	0,952	19,67 (1,53)	0,579
Si (n=25)	37,04 (5,67)		23,12 (3,52)		13,92 (2,88)		30,16 (4,35)		20,68 (3,04)	
Número de hijos										
0 hijos (n=4)	37,00 (9,90)	0,921	23,50 (6,24)	0,987	13,50 (4,04)	0,720	29,75 (2,99)	0,981	19,00 (1,83)	0,338
1 y 2 hijos (n=9)	37,78 (6,65)		23,22 (3,49)		14,56 (3,57)		30,22 (5,43)		20,11 (3,69)	
3 hijos o más (n=15)	36,67 (5,42)		23,13 (3,76)		13,53 (2,56)		30,20 (3,93)		21,27 (2,55)	
Convivencia actual										
Con familiares (n=23)	36,70 (5,50)	0,662	23,04 (3,48)	0,629	13,65 (2,88)	0,454	30,65 (3,93)	0,175	20,78 (2,99)	0,421
Sin familiares (n=5)	38,80 (9,76)		24,00 (5,96)		14,80 (3,90)		27,80 (5,17)		19,60 (2,51)	
Tiempo dedicación familiares										
No dedica tiempo familiares (0-5) (n=15)	38,13 (6,94)	0,346	23,93 (4,09)	0,305	14,20 (3,28)	0,532	29,07 (3,90)	0,150	20,73 (3,01)	0,758
Dedica tiempo a familiares (>5) (n=13)	35,85 (5,44)		22,38 (3,66)		13,46 (2,82)		31,38 (4,37)		20,38 (2,90)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.
Prueba t-student para variables dicotómicas y Anova de un factor para variables no dicotómicas

Tabla 6 cont.: Apoyo social, autoestima y estrés percibido según variables sociodemográficas

	Apoyo Social percibido	<i>p</i>	Apoyo Confidencial	<i>p</i>	Apoyo Afectivo	<i>p</i>	Autoestima	<i>p</i>	Estrés percibido	<i>p</i>
Años fuera de su país										
0-10 años (n=12)	37,58 (5,03)	<i>0,716</i>	23,25 (3,74)	<i>0,968</i>	14,33 (2,31)	<i>0,483</i>	30,67 (4,27)	<i>0,579</i>	20,33 (3,14)	<i>0,715</i>
> 10 años (n=16)	36,69 (7,21)		23,19 (4,15)		13,50 (3,52)		29,75 (4,27)		20,75 (2,81)	
Años vividos en Catalunya										
No habían vivido en otros países (n=23)	30,43 (4,23)	<i>0,170</i>	22,78 (3,70)	<i>0,404</i>	13,52 (2,74)	<i>0,217</i>	30,43 (4,23)	<i>0,442</i>	20,87 (3,00)	<i>0,253</i>
Habían vivido en otros países (n=5)	40,60 (8,17)		25,20 (4,66)		15,40 (4,16)		28,80 (4,32)		19,20 (2,17)	
Situación laboral										
Trabajo remunerado fuera de casa (n=20)	37,65 (5,67)	<i>0,451</i>	23,50 (3,56)	<i>0,551</i>	14,15 (2,83)	<i>0,431</i>	30,60 (4,27)	<i>0,374</i>	20,40 (2,98)	<i>0,631</i>
Desempleo (n=8)	35,63 (7,85)		22,50 (4,87)		13,13 (3,60)		29,00 (4,10)		21,00 (2,88)	
Situación socioeconómica										
Buena (n=10)	38,00 (4,64)	<i>0,570</i>	23,20 (3,15)	<i>0,989</i>	14,80 (2,20)	<i>0,228</i>	31,20 (4,31)	<i>0,332</i>	19,10 (2,33)	<i>0,044</i>
Mala y muy mala (n=18)	36,56 (7,10)		23,22 (4,36)		13,33 (3,36)		29,56 (4,16)		21,39 (2,93)	
Años de escolarización										
< 7 años (n=6)	37,00 (4,94)	<i>0,595</i>	23,33 (4,13)	<i>0,467</i>	13,67 (2,06)	<i>0,859</i>	30,67 (3,83)	<i>0,688</i>	21,50 (3,27)	<i>0,669</i>
7-11 años (n=13)	35,92 (4,23)		22,31 (2,32)		13,62 (2,60)		30,62 (3,82)		20,46 (2,18)	
> 11 años (n=9)	38,78 (9,26)		24,44 (5,46)		14,33 (4,24)		29,11 (5,21)		20,11 (3,72)	
Importancia espiritualidad										
No mucha import espirit (0-7) (n=5)	39,40 (8,44)	<i>0,370</i>	23,60 (5,69)	<i>0,813</i>	15,80 (3,11)	<i>0,116</i>	27,60 (4,28)	<i>0,139</i>	20,60 (2,61)	<i>0,981</i>
Mucha import espirit (>7) (n=23)	36,57 (5,83)		23,13 (3,59)		13,43 (2,92)		30,70 (4,08)		20,57 (3,03)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.
Prueba t-student para variables dicotómicas y Anova de un factor para variables no dicotómicas

4.2.4. Calidad de vida según variables sociodemográficas

En la tabla 7 se muestran las dimensiones y los componentes sumarios de la calidad de vida: calidad de vida física y mental. Destacar que el componente sumario de la calidad de vida física fue 0,84 puntos superior a la media general española (50,84; DE 4,60). Por el contrario el componente sumario de la calidad de vida mental se situó 4 puntos por debajo de la puntuación media general española 46,00 (DE 5,90). En referencia a las puntuaciones medias de las dimensiones de la calidad de vida, todas ellas obtuvieron puntuaciones medias superiores a la media general española. Destacaron con puntuaciones más elevadas: el funcionamiento físico (79,10; DE 16,61) y el rol físico (75,63; DE 19,01) así como el rol emocional (73,87; DE 16,84) y el funcionamiento social (68,20; DE 18,44).

Tabla 7: Componentes sumarios y dimensiones de la calidad de vida

	MEDIA	DE	MIN	MAX
Calidad de vida física	50,84	04,60	38,62	59,25
Funcionamiento físico	79,10	16,61	25,00	100,0
Rol Físico	75,63	19,01	31,25	100,0
Salud General	69,24	16,58	35,00	97,00
Dolor corporal	65,67	24,18	12,00	100,0
Calidad de vida mental	46,00	05,90	37,12	60,55
Salud mental	65,42	13,73	45,00	100,0
Rol Emocional	73,87	16,84	50,00	100,0
Funcionamiento Social	68,20	18,44	37,50	100,0
Vitalidad	61,98	15,61	31,25	87,50

Las variables se expresan con la media, la desviación estándar (DE), mínimo (MIN) y máximo (MAX)

Los principales resultados de la calidad de vida y su relación con las variables sociodemográficas se presentadas en la tabla 8. Se observaban tan solo diferencias estadísticamente significativas en el componente sumario de la calidad de vida mental respecto al ámbito de procedencia.

La calidad de vida física fue mayor en las mujeres mayores de 35 años, de procedencia latinoamericana, solteras, con 1 o 2 hijos pero sin familiares a cargo, que no convivían con estos pero que les dedicaban cierto tiempo. También refirieron más calidad de vida física aquellas que llevaban más de 10 años fuera de su país, o aquellas que habían vivido en otros países antes de emigrar a Cataluña, con una buena percepción socioeconómica o que más años estuvieron escolarizadas.

Tabla 8: Calidad de vida según variables sociodemográficas

	Calidad de vida física	<i>p</i>	Calidad de vida mental	<i>p</i>
Edad				
18-35 años (n=12)	49,78 (5,19)	0,298	48,12 (4,88)	0,100
> 35 años (n=16)	51,64 (4,07)		44,40 (6,26)	
País nacimiento				
Marruecos (n=11)	50,00 (2,68)	0,520	43,89 (6,09)	0,189
Países de África negra (n=11)	50,66 (6,23)		46,26 (4,79)	
Países latinoamericanos (n=6)	52,71 (4,00)		49,37 (6,73)	
Ámbito de procedencia				
Rural (n=4)	50,44 (3,64)	0,855	51,57 (5,26)	0,039
Urbano (n=24)	50,90 (4,79)		45,06 (5,58)	
Estado civil				
Soltera/Separada/Divorciada (n=9)	53,10 (4,86)	0,073	47,45 (6,39)	0,381
Casada (n=19)	49,77 (4,17)		45,31 (5,73)	
Familiares a cargo				
No (n=3)	51,73 (5,91)	0,731	40,63 (5,21)	0,097
Si (n=25)	50,74 (4,55)		46,64 (5,75)	
Número de hijos				
0 hijos (n=4)	50,11 (5,80)	0,561	45,09 (9,89)	0,260
1 y 2 hijos (n=9)	52,23 (3,42)		48,68 (6,20)	
3 hijos o más (n=15)	50,20 (4,99)		44,62 (4,21)	
Convivencia actual				
Con familiares (n=23)	50,17 (4,37)	0,096	45,39 (5,36)	0,254
Sin familiares (n=5)	53,94 (4,76)		48,77 (8,16)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.

Prueba t-student para variables dicotómicas y Anova de un factor para variables no dicotómicas

Respecto a la calidad de vida mental, obtuvieron mayores puntuaciones las participantes procedentes del ámbito rural (51,57; DE 5,26) respecto a las procedentes del ámbito urbano (45,06; DE 5,58) observándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,039$). También fueron mayores en: las menores de 35 años, las originarias de países latinoamericanos, las solteras con 1 o 2 hijos, con familiares a cargo pero que no convivían con estos y que no les dedicaban tiempo, con pocos años fuera de su país, con un trabajo remunerado fuera de casa o aquellas que referían que la espiritualidad era muy importante en su día a día.

Tabla 8 cont.: Calidad de vida según variables sociodemográficas

	Calidad de vida física	<i>p</i>	Calidad de vida mental	<i>p</i>
Tiempo dedicación familiares				
No dedica tiempo familiares (n=15)	50,46 (4,94)	0,645	46,18 (6,85)	0,863
Dedica tiempo familiares (n=13)	51,28 (4,32)		45,78 (4,90)	
Años fuera de su país				
0-10 años (n=12)	50,53 (4,44)	0,760	46,76 (6,13)	0,560
> 10 años (n=16)	51,08 (4,83)		45,41 (5,88)	
Años vividos en Catalunya				
No habían vivido en otros países (n=23)	50,21 (4,49)	0,121	45,99 (5,31)	0,998
Habían vivido en otros países (n=5)	53,74 (4,33)		46,00 (9,02)	
Situación laboral				
Trabajo remunerado fuera de casa (n=20)	51,17 (4,60)	0,564	46,83 (6,11)	0,246
Desempleo (n=8)	50,03 (4,76)		43,91 (5,17)	
Situación socioeconómica				
Buena (n=10)	51,31 (3,97)	0,696	46,10 (8,06)	0,954
Mala y muy mala (n=18)	50,58 (4,99)		45,93 (4,60)	
Años de escolarización				
< 7 años (n=6)	49,79 (6,07)	0,630	46,17 (7,23)	0,869
7-11 años (n=13)	50,50 (2,74)		45,38 (5,34)	
> 11 años (n=9)	52,03 (5,86)		46,77 (2,14)	
Importancia espiritualidad				
No mucha import espirit (0-7) (n=5)	50,55 (6,08)	0,880	44,10 (4,75)	0,441
Mucha import espirit (>7) (n=23)	50,90 (4,37)		46,41 (6,15)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.

Prueba t-student para variables dicotómicas y Anova de un factor para variables no dicotómicas

Ambos componentes de calidad de vida, física y mental, fueron mayores en las participantes originarias de países latinoamericanos y en las mujeres con 1 o 2 hijos. Por el contrario, las mujeres casadas y las que convivían con familiares presentaron menor puntuación media tanto en calidad de vida física como mental respecto a las participantes no casadas y las que convivían con familiares.

Las participantes sin familiares a cargo eran las que presentaron menor de calidad de vida mental (40,63; DE 5,21) y en cambio presentaron puntuaciones de calidad de vida física superiores a la media general española (51,73; DE 5,91).

4.2.5. Variaciones en el sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida antes y después del programa promotor de salud.

Cabe destacar, con diferencias estadísticamente significativas, el descenso en la dimensión de la comprensibilidad del SOC y del estrés percibido y un aumento del componente sumario de la calidad de vida física después del programa promotor de salud (tabla 9).

Se apreció la variación inferior a 1 unidad en las puntuaciones medias de SOC, manejabilidad y significatividad. Señalar el descenso estadísticamente significativo de los 22,71 a los 21,15 puntos en la dimensión comprensibilidad ($p=0,018$).

El apoyo social mantuvo sus puntuaciones mostrándose un ascenso en el apoyo social confidencial y un descenso en el apoyo social afectivo. Por otro lado, la autoestima mostró una tendencia aunque no estadísticamente significativa a aumentar de 30,14 (DE 4,21) a 31,92 (DE 4,38).

Asimismo, se observó un descenso respecto al estrés percibido por las participantes de 20,57 (DE 2,91) a 18,38 (DE 3,78) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,016$).

Adicionalmente, el componente sumario de la calidad de vida física aumentó las puntuaciones medias de 50,84 (DE 4,60) a 53,08 (DE 5,31) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,049$). El funcionamiento físico también incrementó sus puntuaciones medias de modo estadísticamente significativo ($p=0,005$) de 79,10 (DE 16,61) a 90,19 (DE 8,54). Igualmente aumentaron las puntuaciones medias del rol físico y el dolor corporal en 1,53 ($p=0,704$) y 2,48 ($p=0,620$) puntos respectivamente. En sentido contrario, se produjo un descenso de 0,47 en la dimensión de la salud general ($p=0,836$).

El componente sumario de la calidad de vida mental se mantuvo estable. Se produjo un aumento en las puntuaciones medias de las dimensiones de rol emocional y funcionamiento social de 9,78 ($p=0,056$) y 6,80 ($p=0,173$) respectivamente. Y un descenso en las dimensiones de salud mental y vitalidad de 4,27 ($p=0,261$) y 1,17 ($p=0,973$).

4.2.6. Variaciones del sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida antes y después del programa promotor de salud según variables sociodemográficas

En la tabla 10 se muestran las variaciones de la puntuación media del SOC y de sus dimensiones comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, según las variables sociodemográficas.

Se produjo un aumento mayor de SOC en las participantes originarias de países latinoamericanos (2,33; DE 10,21), con 1 o 2 hijos (2,55; DE 9,04) pero que no conviven con familiares en la actualidad (3,25; DE 13,60). Destacar a su vez el mayor descenso en las puntuaciones de SOC de aquellas mujeres sin hijos, sin familiares a cargo y aquellas en situación de desempleo.

Se exponen en la tabla 11 las diferencias de las medias obtenidas respecto el apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida antes y después del programa promotor de salud según las variables sociodemográficas.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variaciones del apoyo social, de calidad de vida física y de estrés percibido según si las participantes convivían o no con sus familiares. De este modo, las participantes que convivían con familiares reflejaron un descenso de la media de apoyo social de 0,95 (DE 6,25) respecto a las participantes que no convivían con familiares con un aumento de la media de 7,75 (DE 7,09) después de la realización del programa ($p=0,019$). En sentido contrario, las participantes que convivían con familiares mostraron un aumento de la media de calidad de vida física de 3,49 (DE 5,55) mientras que las que no convivían referían un descenso de 3,08 (DE 6,90) ($p=0,046$). En referencia al estrés percibido, las participantes con familiares a cargo referían un descenso en el valor medio de estrés percibido de 2,56 (DE 3,98); contrariamente las participantes sin familiares a cargo la media de estrés percibido se incrementó de 7,00 (DE 0,00) ($p=0,027$).

De manera análoga, se observaron diferencias estadísticamente significativas de las variaciones de calidad de vida física o mental según la edad. De este modo, las mujeres menores de 35 años aumentaron la media de la calidad de vida física en 7,06 (DE 3,45)

mientras que en las mayores de 35 años se produjo un descenso de 0,87 (DE 5,47) ($p=0,000$).

Asimismo, las participantes de edad inferior a los 35 años refirieron un descenso en la media de la calidad de vida mental de 5,54 (DE 8,07), mientras que las participantes mayores de 35 años señalaron un incremento de la de calidad de vida mental de 2,87 puntos (DE 7,81) ($p=0,013$).

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas de autoestima respecto al país de origen ($p=0,020$). Se observó un incremento de la media de autoestima de las participantes originarias de países latinoamericanos y de las mujeres originarias de países de África negra mientras que se produjo un descenso en las participantes de origen marroquí.

Tabla 9: Variaciones de medias de las variables antes y después del programa promotor de salud, estudio de normalidad y diferencias significativas entre dichas medias

	Media PRE	DE	Media POST	DE	Diferencias de medias Post-Pre	p Kolmogorov- Smirnov	p Shapiro-Wilk	p t-STUDENT
SOC	60,36	8,16	59,81	8,16	-0,55	0,200	0,876	0,850
Comprendibilidad	22,71	4,28	21,15	3,98	-1,56	0,000	0,000	0,018*
Manejabilidad	18,18	3,76	18,85	3,08	0,67	0,200	0,209	0,498
Significatividad	19,46	4,09	19,81	3,73	0,35	0,023	0,147	0,569*
Apoyo social	37,07	6,28	37,08	5,56	0,01	0,200	0,375	0,782
Apoyo confidencial	23,21	3,90	23,65	4,09	0,44	0,200	0,562	0,452
Apoyo afectivo	13,86	3,09	13,42	2,67	-0,44	0,200	0,430	0,574
Autoestima	30,14	4,21	31,92	4,38	1,78	0,200	0,543	0,120
Estrés percibido	20,57	2,91	18,38	3,78	-2,19	0,200	0,394	0,016
Calidad de vida física	50,84	4,60	53,08	5,31	2,24	0,200	0,216	0,049
Funcionamiento físico	79,10	16,61	90,19	8,54	11,1	0,051	0,022	0,005*
Rol Físico	75,63	19,01	77,16	17,13	1,53	0,165	0,161	0,704
Salud General	69,24	16,58	68,77	17,13	-0,47	0,147	0,304	0,836
Dolor corporal	65,67	24,18	68,15	19,90	2,48	0,200	0,574	0,620
Calidad de vida mental	46,00	05,90	45,62	07,13	-0,38	0,200	0,589	0,697
Salud mental	65,42	13,73	61,15	20,06	-4,27	0,149	0,276	0,261
Rol Emocional	73,87	16,84	83,65	13,01	9,78	0,127	0,721	0,056
Funcionamiento Social	68,20	18,44	75,00	19,03	6,80	0,155	0,143	0,173
Vitalidad	61,98	15,61	60,81	12,82	-1,17	0,200	0,235	0,973

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar (DE).

Test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk

Prueba de t- student para muestras apareadas las variables que asumimos normalidad y test de Wilcoxon para las variables que no asumimos normalidad (*)

Tabla 10: Variación de SOC y sus dimensiones según variables sociodemográficas

	Δ SOC	<i>p</i>	Δ Comprensibilidad	<i>p</i>	Δ Manejabilidad	<i>p</i>	Δ Significatividad	<i>p</i>
Edad								
18-35 años (n=11)	-1,64 (12,07)	<i>0,648</i>	-2,27 (3,87)	<i>0,515</i>	1,54 (6,31)	<i>0,479</i>	-0,91 (4,10)	<i>0,264</i>
> 35 años (n=15)	0,46 (10,98)		-0,93 (5,82)		0,06 (4,18)		1,33 (5,46)	
País nacimiento								
Marruecos (n=10)	-4,20 (9,55)	<i>0,416</i>	-2,50 (3,17)	<i>0,101</i>	-1,40 (3,44)	<i>0,191</i>	-0,30 (5,93)	<i>0,580</i>
Países de África negra (n=10)	1,70 (13,32)		-2,80 (4,34)		2,80 (6,76)		1,70 (4,83)	
Países latinoamericanos (n=6)	2,33 (10,21)		2,33 (7,23)		0,67 (3,20)		-0,67 (3,56)	
Ámbito de procedencia								
Rural (n=4)	-2,00 (11,86)	<i>0,768</i>	-1,00 (4,97)	<i>0,834</i>	-1,75 (5,50)	<i>0,310</i>	0,75 (4,99)	<i>0,877</i>
Urbano (n=22)	-0,14 (11,42)		-1,59 (5,17)		1,14 (5,06)		0,32 (5,08)	
Estado civil								
Soltera/Separada/Divorciada (n=8)	-3,5 (13,07)	<i>0,364</i>	-0,12 (7,51)	<i>0,365</i>	-1,50 (3,54)	<i>0,150</i>	-1,87 (4,19)	<i>0,125</i>
Casada (n=18)	0,94 (10,48)		-2,11 (3,59)		1,66 (5,50)		1,39 (5,06)	
Familiares a cargo								
No (n=1)	-8,00 (0,00)	<i>0,504</i>	-2,00 (0,00)	<i>0,922</i>	-4,00 (0,00)	<i>0,361</i>	7,00 (0,00)	<i>0,635</i>
Si (n=25)	-0,12 (11,39)		-1,48 (5,15)		0,88 (5,14)		-2,56 (3,98)	
Número de hijos								
0 hijos (n=2)	-12,50 (6,36)	<i>0,238</i>	-3,50 (2,12)	<i>0,401</i>	-6,50 (3,53)	<i>0,089</i>	-2,50 (0,71)	<i>0,638</i>
1 y 2 hijos (n=9)	2,55 (9,04)		0,33 (3,64)		2,22 (4,99)		0,00 (4,21)	
3 hijos o más (n=15)	-0,60 (12,27)		-2,33 (5,84)		0,73 (4,79)		1,00 (5,68)	
Convivencia actual								
Con familiares (n=22)	-1,09 (11,03)	<i>0,490</i>	-2,45 (3,57)	<i>0,259</i>	1,13 (5,30)	<i>0,310</i>	0,23 (5,31)	<i>0,582</i>
Sin familiares (n=4)	3,25 (13,60)		3,75 (8,92)		-1,75 (3,59)		1,25 (2,75)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis

Prueba t-student para muestras independientes para variables dicotómicas y la prueba Anova de un factor para las variables no dicotómicas

Tabla 10 cont.: Variación de SOC y sus dimensiones según variables sociodemográficas

	Δ SOC	<i>p</i>	Δ Comprensibilidad	<i>p</i>	Δ Manejabilidad	<i>p</i>	Δ Significatividad	<i>p</i>
Tiempo dedicación familiares								
No dedica tiempo familiares (0-5) (n=13)	0,46 (12,30)	0,697	-0,31 (6,16)	0,236	0,15 (5,18)	0,603	0,61(5,09)	0,818
Dedica tiempo a familiares (>5) (n=13)	-1,30 (10,57)		-2,69 (3,47)		1,23 (5,23)		0,15 (5,05)	
Años fuera de su país								
0-10 años (n=12)	-0,33 (12,18)	0,971	-1,41 (3,47)	0,940	0,25 (5,89)	0,693	0,83 (5,45)	0,679
> 10 años (n=14)	-0,50 (10,89)		-1,57 (6,22)		1,07 (4,56)		0,00 (4,69)	
Años vividos en Catalunya								
No habían vivido en otros países (n=23)	0,13 (11,62)	0,499	-1,61 (5,10)	0,768	1,04 (5,25)	0,344	0,69 (5,18)	0,135
Habían vivido en otros países (n=3)	-4,67 (8,33)		-0,66 (5,51)		-2,00 (3,60)		-2,00 (2,00)	
Situación laboral								
Trabajo remunerado fuera de casa (n=20)	1,70 (11,81)	0,079	-0,90 (5,35)	0,277	1,50 (5,49)	0,146	1,10 (5,11)	0,186
Desempleo (n=6)	-7,50 (5,13)		-3,5 (3,51)		-2,00 (2,37)		-2,00 (3,95)	
Situación socioeconómica								
Buena (n=10)	0,40 (9,59)	0,775	-2,10 (2,77)	0,641	0,80 (6,05)	0,935	1,70 (4,95)	0,296
Mala y muy mala (n=16)	-0,94 (12,47)		-1,12 (6,12)		0,62 (4,67)		-0,43 (4,97)	
Años de escolarización								
< 7 años (n=6)	-5,17 (16,01)	0,516	-4,83 (2,79)	0,162	-1,00 (7,54)	0,593	0,67 (6,95)	0,950
7-11 años (n=13)	1,23 (9,98)		-0,077 (6,21)		0,77 (3,81)		0,54 (4,65)	
> 11 años (n=7)	0,57 (9,31)		-1,29 (2,63)		2,00 (5,32)		-0,15 (4,37)	
Importancia espiritualidad								
No mucha import espirit (0-7) (n=4)	-2,75 (3,77)	0,403	-1,25 (5,31)	0,917	1,25 (1,26)	0,819	-2,75 (2,50)	0,054
Mucha import espirit (>7) (n=22)	0,00 (12,16)		-1,54 (5,12)		0,59 (5,57)		0,95 (5,13)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis

Prueba t-student para muestras independientes para variables dicotómicas y la prueba Anova de un factor para las variables no dicotómicas

Tabla 11: Variación de apoyo social percibido, autoestima, estrés percibido y calidad de vida según variables sociodemográficas

	Δ Apoyo Social	<i>p</i>	Δ Autoestima	<i>p</i>	Δ Estrés percibido	<i>p</i>	Δ Calidad de vida física	<i>p</i>	Δ Calidad de vida mental	<i>p</i>
Edad										
18-35 años (n=11)	-1,63 (7,23)	<i>0,215</i>	1,36 (5,73)	<i>0,742</i>	-2,91 (3,93)	<i>0,481</i>	7,06 (3,45)	<i>0,000</i>	-5,54 (8,07)	<i>0,013</i>
> 35 años (n=15)	1,87 (6,70)		2,13 (5,89)		-1,66 (4,65)		-0,87 (5,47)		2,87 (7,81)	
País nacimiento										
Marruecos (n=10)	0,80 (5,67)	<i>0,883</i>	-1,50 (4,79)	<i>0,020</i>	-1,50 (5,27)	<i>0,372</i>	3,33 (5,11)	<i>0,436</i>	-2,58 (6,96)	<i>0,649</i>
Países de África Negra (n=10)	-0,50 (6,55)		2,40 (4,88)		-3,70 (3,20)		3,37 (6,45)		-0,21 (11,09)	
Países latinoamericanos (n=6)	1,17 (10,38)		6,33 (5,68)		-0,83 (4,17)		-0,41 (7,24)		1,69 (8,25)	
Ámbito de procedencia										
Rural (n=4)	1,50 (3,32)	<i>0,737</i>	5,25 (3,30)	<i>0,197</i>	-2,75 (3,10)	<i>0,786</i>	4,78 (5,86)	<i>0,426</i>	-6,30 (9,01)	<i>0,173</i>
Urbano (n=22)	0,18 (7,52)		1,18 (5,89)		-2,09 (4,56)		2,06 (6,21)		0,34 (8,63)	
Estado civil										
Soltera/Separada/Divorciada (n=8)	2,75 (9,78)	<i>0,260</i>	3,00 (6,55)	<i>0,490</i>	-0,25 (5,31)	<i>0,129</i>	-0,12 (7,61)	<i>0,232</i>	1,35 (7,48)	<i>0,447</i>
Casada (n=18)	-0,67 (5,39)		1,28 (5,43)		-3,06 (3,65)		3,64 (5,17)		-1,59 (9,44)	
Familiares a cargo										
No (n=1)	13,00 (0,00)	<i>0,065</i>	-3,00 (0,00)	<i>0,402</i>	7,00 (0,00)	<i>0,027</i>	7,21 (0,00)	<i>0,442</i>	3,49 (0,00)	<i>0,640</i>
Si (n=25)	-0,12 (6,65)		2,00 (5,76)		-2,56 (3,98)		2,29 (6,17)		-0,85 (8,98)	
Número de hijos										
0 hijos (n=2)	6,00 (9,90)	<i>0,351</i>	0,00 (4,24)	<i>0,650</i>	0,00 (9,90)	<i>0,551</i>	6,42 (1,11)	<i>0,639</i>	-7,20 (15,12)	<i>0,262</i>
1 y 2 hijos (n=9)	1,55 (5,27)		3,22 (6,24)		-3,33 (4,55)		2,54 (6,64)		-3,06 (9,33)	
3 hijos o más (n=15)	-1,07 (7,56)		1,20 (5,72)		-1,80 (3,59)		1,92 (6,26)		1,61 (7,64)	
Convivencia actual										
Con familiares (n=22)	-0,95 (6,25)	<i>0,019</i>	0,95 (5,22)	<i>0,074</i>	-2,36 (4,18)	<i>0,645</i>	3,49 (5,55)	<i>0,046</i>	-1,17 (9,01)	<i>0,517</i>
Sin familiares (n=4)	7,75 (7,09)		6,50 (6,85)		-1,25 (5,68)		-3,08 (6,90)		2,02 (8,50)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis

Prueba t-student para muestras independientes para variables dicotómicas y la prueba Anova de un factor para las variables no dicotómicas

Tabla 11 cont.: Variación de apoyo social percibido, autoestima, estrés percibido y calidad de vida según variables sociodemográficas

	Δ Apoyo Social	<i>p</i>	Δ Autoestima	<i>p</i>	Δ Estrés percibido	<i>p</i>	Δ Calidad de vida física	<i>p</i>	Δ Calidad de vida mental	<i>p</i>
Tiempo dedicación familiares										
No dedica tiempo familiares (0-5) (n=13)	1,38 (7,00)	0,478	2,38 (6,28)	0,617	-2,07 (4,37)	0,895	2,18 (6,48)	0,807	-3,17 (8,92)	0,156
Dedica tiempo a familiares (>5) (n=13)	-0,62 (7,14)		1,23 (5,29)		-2,31 (4,46)		2,78 (5,99)		1,80 (8,37)	
Años fuera de su país										
0-10 años (n=12)	0,25 (8,02)	0,930	1,92 (4,74)	0,931	-2,66 (5,42)	0,629	3,18 (6,41)	0,602	-3,91 (8,67)	0,084
> 10 años (n=14)	0,50 (6,32)		1,71 (6,63)		-1,79 (3,29)		1,88 (6,04)		2,09 (8,31)	
Años vividos en Catalunya										
No habían vivido otros países (n=23)	0,39 (7,41)	0,990	1,43 (5,54)	0,368	-2,13 (4,60)	0,603	3,03 (6,13)	0,213	-0,94 (9,35)	0,681
Habían vivido en otros países (n=3)	0,33 (3,21)		4,66 (7,50)		-2,66 (0,58)		-1,72 (5,07)		1,35 (3,06)	
Situación laboral										
Trabajo remunerado fuera casa (n=20)	-0,85 (4,57)	0,324	2,30 (5,22)	0,434	-2,55 (4,02)	0,453	1,99 (6,22)	0,468	-0,69 (9,28)	0,994
Desempleo (n=6)	4,50 (11,83)		0,17 (7,47)		-1,00 (5,48)		4,11 (6,02)		-0,65 (8,00)	
Situación socioeconómica										
Buena (n=10)	-2,00 (3,59)	0,114	0,80 (5,88)	0,489	-2,30 (3,68)	0,922	1,40 (6,25)	0,488	-0,50 (9,09)	0,935
Mala y muy mala (n=16)	1,87 (8,24)		2,44 (5,71)		-2,12 (4,80)		3,16 (6,15)		-0,80 (8,99)	
Años de escolarización										
< 7 años (n=6)	0,00 (6,63)	0,949	1,17 (5,23)	0,953	-5,00 (2,90)	0,191	0,87 (4,81)	0,361	2,05 (12,52)	0,598
7-11 años (n=13)	0,85 (7,67)		1,92 (4,42)		-1,54 (4,35)		4,23 (6,59)		-0,65 (7,02)	
> 11 años (n=7)	-0,14 (7,03)		2,14 (8,59)		-1,00 (4,76)		0,62 (6,07)		-3,09 (9,09)	
Importancia espiritualidad										
No mucha import espirit (0-7) (n=4)	1,25 (12,63)	0,794	5,50 (4,20)	0,165	-1,75 (2,75)	0,829	3,25 (5,58)	0,790	2,90 (7,76)	0,389
Mucha import espirit (>7) (n=22)	0,23 (5,96)		1,14 (5,77)		-2,27 (4,60)		2,34 (6,33)		-1,33 (9,04)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis

Prueba t-student para muestras independientes para variables dicotómicas y la prueba Anova de un factor para las variables no dicotómicas

4.2.7. Relación entre las variaciones del sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida antes y después del programa según los valores iniciales de las mismas

Los resultados nos muestran como las variaciones de las puntuaciones medias del SOC de las participantes están relacionadas de modo inverso (-0,692) al valor inicial del SOC de las mismas ($p < 0,01$). Es decir, a mayor valor inicial de SOC menor incremento del SOC después del programa promotor de salud. Por el contrario, las variaciones de las puntuaciones medias de SOC están relacionadas con la puntuación inicial del apoyo social de las participantes (0,402). Así a mayor puntuación inicial de apoyo social se produjo una mayor variación en el SOC ($p < 0,05$).

Las variaciones de apoyo social percibido también están relacionadas de modo inverso al valor inicial del mismo (-0,638) ($p < 0,01$). A mayor valor inicial de apoyo social menor variación de este. De forma análoga y con la misma significación estadística se pueden observar diferencias en las variaciones de calidad de vida física (-0,537) y en las de calidad de vida mental (-0,596) respecto a las puntuaciones iniciales. A mayor puntuación inicial de calidad de vida física o mental se constató una menor variación después del programa promotor de salud.

En las variaciones de autoestima y estrés percibido además de observarse la misma relación inversa entre las variaciones respecto a los valores iniciales, se observó que las variaciones de autoestima están relacionadas de modo directo con las puntuaciones iniciales de calidad de vida física (0,466) ($p < 0,05$). Así a mayor calidad de vida física percibida inicialmente mayor variación de autoestima.

En relación a las variaciones del estrés percibido, se observó una relación inversa con la calidad de vida mental inicial (-0,426) ($p < 0,05$). De modo que a mayor valor inicial de calidad de vida mental menor es la variación del estrés percibido o dicho en sentido inverso la variación de estrés es mayor en aquellas personas que inicialmente refirieron una menor calidad de vida mental.

4.2.8. Modelos de la variación del sentido de coherencia, apoyo social, autoestima, estrés percibido y calidad de vida

Todos los modelos se presentan con un modelo inicial o modelo 1 donde se encuentran recogidas todas las variables independientes y un modelo final o modelo 2 que recoge aquellas variables que después del descarte, por orden de menor a mayor significatividad estadística, han resultado estadísticamente significativas.

Tabla 12: Modelos de la variación de SOC según criterios de selección de variables (n=26)

	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 1	Variación de SOC	Edad	0,421	4,153	-8,304 - 9,146	0,920
		Situación socioeconómica	-1,838	4,376	-11,032 - 7,355	0,679
		SOC inicial	-0,935	0,221	-1,399 - -0,471	0,000
		Apoyo social percibido inicial	0,661	0,302	0,027 - 1,295	0,042
		Estrés percibido inicial	-0,049	0,580	-1,266 - 1,169	0,934
		Autoestima inicial	0,392	0,425	-0,501 - 1,286	0,368
		Calidad de vida mental inicial	0,077	0,317	-0,590 - 0,744	0,811
Modelo 2	Variación de SOC	SOC inicial	-0,902	0,175	-1,264 - -0,540	0,000
		Apoyo social percibido inicial	0,705	0,251	0,185 - 1,225	0,010

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Modelo 1: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,644; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,505

Modelo 2: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,611; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,578

En referencia a los modelos de variación de SOC se han incluido en la tabla 12, además de las variables evidenciadas en la literatura, las variables independientes estadísticamente significativas: apoyo social percibido ($p < 0,05$) y el SOC ($p < 0,01$). Así se observa cómo se produjo un mayor variación de SOC cuanto mayor sea el apoyo social inicial ($p = 0,010$) y menor sea SOC inicial ($p = 0,000$).

En los modelos de variación de apoyo social percibido (tabla 13) se han incluido, junto a las variables evidenciadas en la literatura, las variables estadísticamente significativas: apoyo social percibido inicial ($p < 0,05$) y con quien convive en la actualidad la participante ($p = 0,019$). Se observa que a mayor apoyo social percibido inicial ($p = 0,000$) y convivencia actual con familiares ($p = 0,006$) menor variación del apoyo social.

Tabla 13: Modelo de la variación del apoyo social percibido según criterios de selección de variables (n=26)

	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 1	Variación de apoyo social percibido	Convivencia actual	8,087	3,000	1,807 - 14,366	0,014
		Apoyo social percibido inicial	-0,763	0,166	-1,110 - -0,417	0,000
		Estrés percibido inicial	0,481	0,325	-0,198 - 1,161	0,155
		Autoestima inicial	0,065	0,255	-0,469 - 0,600	0,800
		Calidad de vida física inicial	0,051	0,231	-0,433 - 0,534	0,828
		Calidad de vida mental inicial	0,193	0,179	-0,182 - 0,568	0,294
	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 2	Variación de apoyo social percibido	Convivencia actual	7,890	2,586	2,541 - 13,238	0,006
		Apoyo social percibido inicial	-0,732	0,163	-1,069 - -0,395	0,000

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Modelo 1: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,653; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,544

Modelo 2: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,578; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,542

Respecto a los modelos de variación de autoestima (tabla 14), además de las variables evidenciadas en la literatura se han incluido las variables estadísticamente significativas: país de nacimiento ($p=0,020$), autoestima inicial ($p<0,01$) y calidad de vida mental ($p<0,05$). Se observa que a mayor apoyo social percibido inicial ($p=0,049$) y mayor calidad de vida mental inicial ($p=0,049$) mayor es la variación de autoestima. Contrariamente la variación de autoestima es menor cuanto mayor es la autoestima inicial.

Tabla 14: Modelos de la variación de autoestima según criterios de selección de variables (n=26)

	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 1	Variación de autoestima	País de nacimiento	1,261	1,119	-1,073 - 3,594	0,273
		SOC inicial	-0,118	0,101	-0,329 - 0,093	0,258
		Autoestima inicial	-0,687	0,202	-1,092 - -0,297	0,002
		Apoyo social percibido inicial	0,239	0,129	-0,031 - 0,508	0,080
		Calidad de vida mental inicial	0,314	0,151	0,000 - 0,629	0,050
	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 2	Variación de autoestima	Autoestima inicial	-0,794	0,186	-1,180 - -0,409	0,000
		Apoyo social percibido inicial	0,277	0,133	0,001 - 0,553	0,049
		Calidad de vida mental inicial	0,281	0,136	-2,33 - 0,563	0,049

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Modelo 1: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,667; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,584

Modelo 2: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,604; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,549

En referencia a los modelos de variación del estrés percibido (tabla 15) se han incluido además de las variables evidenciadas en la literatura, las variables estadísticamente

significativas: familiares a cargo ($p=0,027$), estrés percibido inicial ($p<0,01$) y calidad de vida mental ($p<0,05$). Se aprecia una variación mayor del estrés percibido cuanto menor sea estrés percibido inicial ($p=0,004$), menor calidad de vida mental ($p=0,031$) o menor apoyo social inicial ($p=0,049$).

Tabla 15: Modelo de la variación del estrés percibido según criterios de selección de variables (n=26)

	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 1	Variación de estrés	Situación laboral	-0,328	0,653	-1,707 - 1,051	0,622
		Tiempo dedicación familiares	-0,929	1,514	-4,122 - 2,265	2,265
		Situación socioeconómica	1,753	1,706	-1,847 - 5,352	0,319
		Familiares a cargo	-2,966	4,178	-11,780 - 5,848	0,487
		Estrés percibido inicial	-0,765	0,256	-1,306 - -0,225	0,008
		Calidad de vida mental inicial	-0,260	0,127	-0,529 - 0,008	0,057
		Apoyo social percibido inicial	-0,204	0,130	-0,478 - 0,070	0,134
		Autoestima inicial	-0,055	0,178	-0,430 - 0,320	0,760
Modelo 2	Variación de estrés	Estrés percibido inicial	-0,686	0,214	-1,130 - -0,242	0,004
		Calidad de vida mental inicial	-0,256	0,111	-0,485 - -0,026	0,031
		Apoyo social percibido inicial	-0,231	0,111	-0,462 - 0,000	0,049

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Modelo 1: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,511; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,445

Modelo 2: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,511; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,445

En los modelos de variación de la calidad de vida física (tabla 16), además de las variables evidenciadas en la literatura, se han incluido como variables independientes estadísticamente significativas: edad ($p=0,000$), con quien convive en la actualidad la participante ($p=0,046$) y calidad de vida física inicial ($p<0,01$). Se aprecia que a menor edad ($p=0,001$) y menor calidad de vida física inicial ($p=0,019$) mayor es la variación de la calidad de vida física.

En referencia a los modelos de variación de la calidad de vida mental (tabla 17) se han incluido como variables estadísticamente significativas: edad ($p=0,013$), y calidad de vida mental inicial ($p<0,01$). Se observa que a mayor edad ($p=0,029$) y el ser originario de un país latinoamericano ($p=0,008$) produce una mayor variación en la calidad de vida mental. Mientras que a mayor calidad de vida inicial menor variación de esta ($p=0,000$).

Tabla 16: Modelos de la variación de la calidad de vida física según criterios de selección de variables (n=26)

	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 1	Variación Calidad de vida Física	Edad	-7,905	3,304	-14,948 - -0,862	0,030
		Convivencia actual	-2,139	3,635	-9,887 - 5,608	0,565
		Situación laboral	0,698	1,091	-1,627 - 3,022	0,532
		Situación socioeconómica	-2,403	3,377	-9,601 - 4,795	0,488
		Años de escolarización	-0,353	1,690	-3,955 - 3,249	0,837
		Calidad de vida física inicial	-0,383	0,290	-1,001 - 0,236	0,236
		Estrés percibido inicial	-0,151	0,382	-0,966 - 0,664	0,698
		Autoestima inicial	-0,018	0,277	-0,609 - 0,573	0,949
		SOC inicial	-0,104	0,174	-0,475 - 0,267	0,560
	Apoyo social percibido inicial	-0,137	0,194	-0,551 - 0,276	0,490	
Modelo 2	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
	Variación Calidad de vida Física	Edad	-6,539	1,787	-10,236 - -2,843	0,001
		Calidad de vida física inicial	-0,503	0,199	-0,916 - -0,091	0,019

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Modelo 1: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,611; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,352

Modelo 2: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,550; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,511

En resumen, el programa promotor de salud ha producido un mayor aumento del SOC en aquellas participantes que inicialmente presentaban un mayor apoyo social y un menor SOC. Respecto al apoyo social el incremento ha sido mayor en las participantes con menor apoyo social inicial y que actualmente no conviven con familiares. El mayor incremento de la autoestima se ha constatado en las participantes con mayor apoyo social percibido y calidad de vida mental inicial. Contrariamente la variación de autoestima ha resultado menor en aquellas participantes con mayor autoestima inicial.

En referencia al estrés percibido, se ha apreciado una variación mayor de este cuanto menor sea el estrés percibido, la calidad de vida mental o el apoyo social inicial. Por último, la variación de calidad de vida física ha sido mayor cuanto menor sea la edad o la calidad de vida física inicial. Contrariamente, la variación de calidad de vida mental es mayor a mayor edad o el ser originario de un país latinoamericano.

Tabla 17: Modelos de la variación de la calidad de vida mental según criterios de selección de variables (n=26)

	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
Modelo 1	Variación Calidad de vida Mental	Edad	6,577	2,874	0,451 - 12,704	0,037
		Situación laboral	-0,967	1,224	-3,575 - 1,642	0,442
		Situación socioeconómica	3,388	3,699	-4,496 - 11,272	0,374
		Años de escolarización	-2,018	1,818	-5,894 - 1,857	0,284
		País de nacimiento	4,841	1,948	0,690 - 8,992	0,025
		Años fuera de su país	4,040	2,405	-1,086 - 9,165	0,114
		Calidad de vida mental inicial	-0,996	0,274	-1,579 - -0,413	0,002
		Autoestima inicial	0,192	0,327	-0,506 - 0,890	0,566
		SOC inicial	0,236	0,194	-0,178 - 0,650	0,650
		Estrés inicial	-0,423	0,454	-1,390 - 0,543	0,365
Modelo 2	Variable dependiente	Variable independiente	B	EE	IC 95%	P
	Variación Calidad de vida Mental	Edad	5,721	2,441	0,659 - 10,782	0,029
		País de nacimiento	4,631	1,579	1,356 - 7,905	0,008
	Calidad de vida mental inicial	-0,947	0,219	-1,402 - -0,492	0,000	

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Modelo 1: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,749; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,581

Modelo 2: Coeficiente de regresión lineal R^2 : 0,611; Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,558

En la figura 5 se muestran categorizados los resultados cualitativos según los distintos constructos evaluados en el programa promotor de salud: apoyo social, autoestima, calidad de vida y SOC.

Se establecieron relaciones entre el apoyo social, la familia, los *significant others* y de las instituciones. En la subcategoría familia se vincularon tanto el rol de los hijos, el autoreconocimiento por parte de las participantes de su rol familiar como la priorización de la familia frente a la vida laboral.

Por otro lado se relacionaron con la autoestima, el SOC y la calidad de vida aspectos personales como el elevado optimismo, el ser mujeres luchadoras, emprendedoras y el tener motivaciones y objetivos en la vida. Así como también la capacidad de autoreconocimiento de las habilidades domésticas y del rol familiar, el sentirse útiles para los demás y las creencias religiosas.

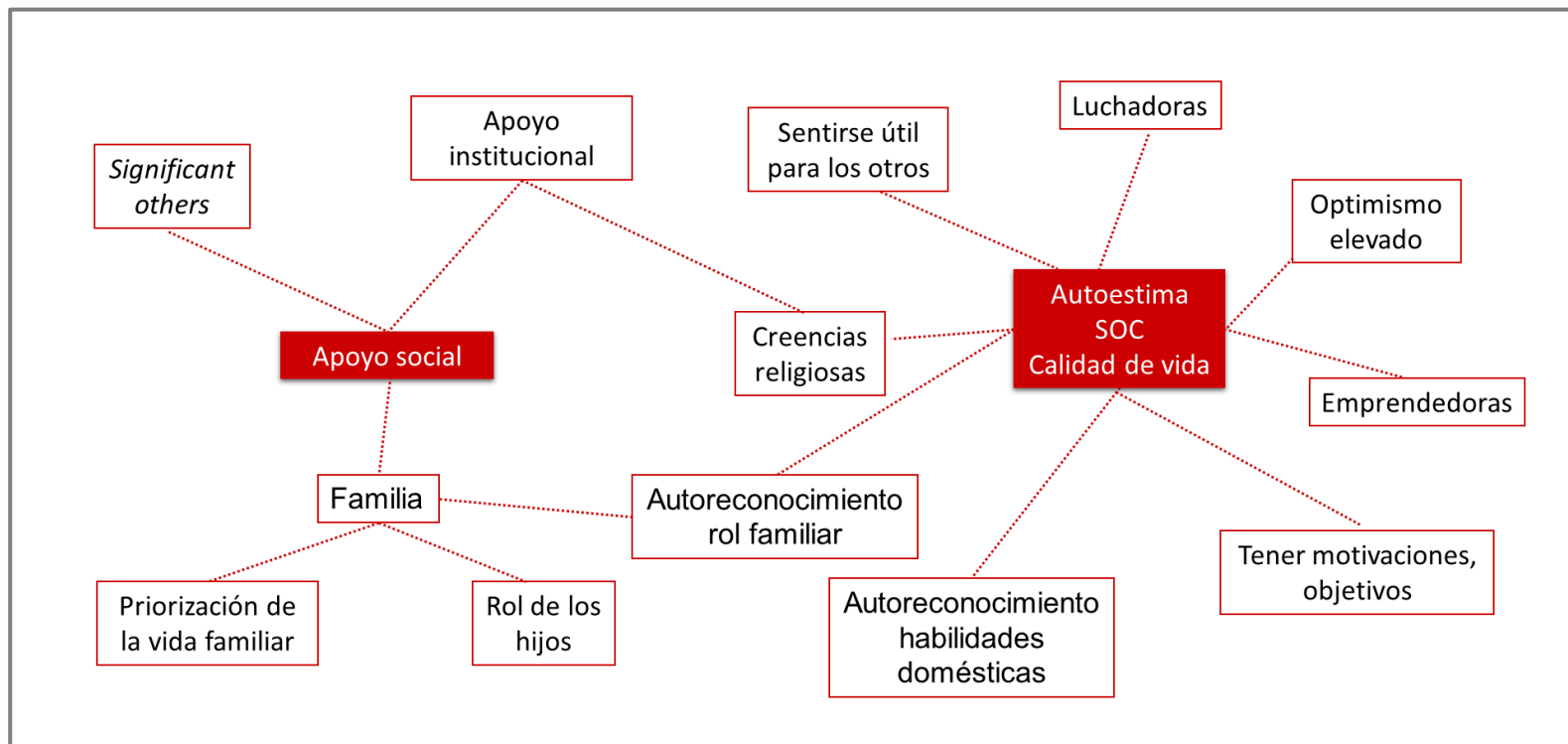


Figura 5: Categorías y subcategorías de la fase cualitativa relacionados con los constructos valorados en la fase cuantitativa.
Fuente: elaboración propia

5. Discusión

5. Discusión

Este apartado integra y discute los resultados obtenidos en la fase cualitativa y la fase cuantitativa según los constructos estudiados en la fase cuantitativa. A su vez incluye las limitaciones del estudio, las implicaciones para la práctica y plantea las líneas de investigación futura surgidas del mismo.

Los resultados de este estudio reflejan como las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social poseen GRRs: individuales (mujeres luchadoras, con optimismo elevado, emprendedoras, con creencias religiosas, con motivaciones y proyectos para el futuro); comunitarios (importancia del rol de sus hijos, del soporte social y de los *significant others*, la priorización de la vida familiar a la vida laboral y por último GRRs institucionales. Estas mujeres tienen además la capacidad de autoreconocerlos.

Respecto a la realización de programas promotores de salud desde una perspectiva salutogénica para el empoderamiento de este colectivo, los resultados muestran una reducción significativa y con ello una mejoría en el estrés percibido, la calidad de vida física y una tendencia a aumentar su autoestima. En este sentido, los resultados han demostrado que estos programas de salud son más efectivos en aquellas mujeres cuyas puntuaciones iniciales de SOC, estrés y calidad de vida son inferiores. A su vez, se puede concluir que el soporte social es considerado un factor determinante para su empoderamiento de estas mujeres.

La mayoría de mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social son una población no registrada en las bases de datos oficiales al carecer de la documentación pertinente y por tanto se las considera un colectivo “escondido”, lo que provoca una falta de estudio de este grupo de población (Faugier & Sargeant, 1997), éste es el caso de las mujeres participantes de nuestro estudio. Adicionalmente la población inmigrante presenta una elevada movilidad geográfica, dificultando con ello la realización de estudios longitudinales en este colectivo (Black, Fielding, King, Skelton, & Tiemoko, 2003).

Las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social se caracterizan por presentar una triple discriminación por razón de género, de cultura y de estatus social (Berjot & Gillet, 2011). Esta estigmatización conlleva consecuencias como una baja autoestima (Bhugra & Becker, 2005; Lundberg et al., 2009) o una disminución del bienestar psicológico (Siefert et al., 2000). Nuestros resultados confirman los bajos niveles de bienestar psicológico, valorado mediante la calidad de vida mental, al obtener valores inferiores a la media estándar de las mujeres españolas.

Otros aspectos a considerar de las participantes son los bajos niveles de escolarización y el hecho de que algunas de ellas llevan poco tiempo fuera de su país de origen. Estas características, según Berry (2006), pueden dificultar el empoderamiento individual de la persona.

Asimismo cabe destacar la discordancia que presentan nuestros resultados respecto a la percepción del estado socioeconómico y la situación real. De este modo, siendo todas ellas personas en riesgo de exclusión social, con niveles socioeconómicos muy bajos y sin empleo, algunas perciben tener una situación económica buena. Este resultado podría explicarse por el soporte institucional que reciben de *Càritas* y otras entidades como el Ayuntamiento o el Gobierno autonómico, la biblioteca municipal o la *Oficina Jove* según ellas mismas explican.

Sentido de coherencia

Las participantes en el estudio refieren tener inicialmente un SOC bajo sin mostrar variación después del programa promotor de salud. Estos niveles bajos de SOC pueden ser explicados según Riedel et al. (2011) por el cambio radical de vida que les supone la inmigración. Según este autor, para una mejor integración en el país receptor es necesario el uso adecuado de los recursos de los que dispone la persona. Este hecho supone la necesidad de una buena comprensión de la nueva cultura, la manejabilidad correcta de sus recursos y una posible variación en el significado en la vida. Contrariamente, un estudio realizado en Alemania, en el que se comparaban pacientes con trastorno mental de origen turco, con personas nativas alemanas y turcas que vivían en Turquía, mostró que el SOC

era más bajo en los dos grupos de origen turco independientemente de si eran inmigrantes o no respecto a las personas de origen nativo. Este hecho hizo concluir a los investigadores que el SOC bajo no estaba relacionado con la condición de ser personas inmigrantes sino que podía explicarse por el bajo nivel económico o cultural (Erim et al., 2011).

La estabilidad del SOC antes y después del programa promotor de salud realizado, que muestra nuestros resultados, se corresponde a la consideración del propio Antonovsky y otros autores que describen el desarrollo del SOC desde la infancia hasta su estabilización aproximadamente a los 30 años (Antonovsky, 1979, 1987; Feldt et al., 2007). Sin embargo, en un ensayo clínico aleatorizado de una intervención salutogénica en pacientes adultos con problemas de salud mental, se produjo un aumento significativo del SOC aunque no pudo concluirse si éste fue causado por la intervención salutogénica o bien se debió a otros factores no específicos como el contacto regular con los profesionales sanitarios y el resto de pacientes (Langeland et al., 2006).

Asimismo, los resultados hallados de SOC en las participantes corroboran los estudios que muestran la independencia del SOC respecto a la cultura u origen de las personas (Antonovsky, 1987; Bowman, 1996) al no observarse variaciones significativas de SOC entre las participantes de origen marroquí, las latinoamericanas o las originarias de África negra.

Los resultados de nuestra investigación apoyan la evidencia hallada por otros estudios sobre la relación positiva del SOC con la calidad de vida mental (Drageset et al., 2009; Eriksson & Lindström, 2005) al mostrar como las participantes presentan un bajo SOC y a su vez una puntuación inferior de calidad de vida mental a la media estándar de la población española. Este hecho se manifestó también en un estudio en el que se concluyó que la pérdida de SOC de personas inmigrantes podría estar relacionado con los problemas de salud mental que frecuentemente surgen durante el primer año del proceso migratorio (Ying & Akutsu, 1997).

Por otro lado, la disminución de la comprensibilidad del SOC medio de las participantes podría ser explicada mediante la visión del empoderamiento definido por Freire (1973). Podríamos sugerir que se habría producido un empoderamiento de las participantes en la capacidad de definir el problema y la evaluación de los posibles afrontamientos de éste pero no en cómo organizar, ordenar o estructurar estos nuevos conocimientos ni en cómo

movilizar sus recursos para alcanzar la solución al problema. De este modo, y según la descripción de las dimensiones del SOC del propio Antonovsky (1987) se habría producido un empoderamiento en alguna de las dimensiones como la significatividad o manejabilidad pero no en la dimensión de la comprensibilidad.

Estrés percibido

La disminución del estrés percibido en de las mujeres durante el programa promotor de salud concuerda con la de otros estudios (Van der Waerden, Jansen, Hoefnagels, & Hosman, 2011). Ésta puede ser explicada por el empoderamiento que la actividad supuso para las participantes en cuanto a su mejoría en el modo de afrontar el estrés. En primer lugar la actividad les dio la posibilidad de expresar sus sentimientos según el control primario del afrontamiento voluntario con compromiso de Miller y Myers (1998). En segundo lugar, la actividad permitió a las participantes conocer mejor sus GRRs personales, del entorno y comunitarios y empoderarlas con nuevas estrategias de afrontamiento de reestructuración de pensamiento (Gottlieb, 1997). Entre los GRRs reconocidos por las participantes destacan las creencias religiosas o sus motivaciones y objetivos vitales que son citados por Rector y Roger (1997) como factores individuales de afrontamiento al estrés. De igual modo, otros autores describen la espiritualidad o religiosidad como un activo de salud de las mujeres inmigrantes para hacer frente a las dificultades que se les presentan constituyendo un recurso imprescindible para aumentar su resiliencia (Banerjee & Pyles, 2004; Miranda, Azocar, Organista, Muñoz, & Liberman, 1996).

Las participantes refieren también otros factores protectores del estrés como el apoyo social, la identificación de la posesión de su rol familiar y el optimismo (Brissette et al., 2002; Cabassa, 2003; Golding, 1989). Hay autores que consideran que el optimismo permite a la persona hacer frente de forma más resiliente al estrés (Grote et al., 2007). Este hecho concuerda con la autodescripción de algunos de los GRRs personales de las mujeres participantes al considerarse todas ellas mujeres con un optimismo elevado, muy luchadoras, y con iniciativa para alcanzar sus sueños ya fueran de tipo personal, familiar o laboral. Otros autores opinan que un elevado optimismo produce beneficios para el bienestar psicológico (Scheier & Carver, 1992). Sin embargo los resultados de nuestro

estudio se desmarcan de esta consideración ya que mientras las mujeres referían poseer un elevado optimismo, los resultados obtenidos de calidad de vida mental son inferiores a la media estándar de mujeres españolas. Así en este caso, el optimismo no impide que otros factores como pudieran ser el estrés aculturativo, u otros acaben por disminuir la calidad de vida mental de las participantes. Este hecho coincide con lo recogido en la literatura donde se demuestra que la calidad de vida de las personas inmigrantes es inferior respecto a los nativos (Bayram, Thorburn, Demirhan, & Bilgel, 2007). Diversos estudios a nivel español corroboran este resultado al referir niveles más bajos de bienestar subjetivo y satisfacción en la población inmigrante respecto a la población nativa (Hernández, Pozo, & Alonso, 2004; Moreno-Jiménez & Hidalgo, 2011).

Los resultados mostraron una disminución significativa del estrés aunque las mujeres participantes no lograron eliminar totalmente dicha situación. El estrés, según la definición de Lazarus and Folkman (1984), integra no solo las demandas internas sino también las demandas ambientales que la persona percibe. Esta sería una de las razones que explicaría el empoderamiento de la mujer y sus capacidades internas pero sin que el programa promotor de salud pudiera dotarlas de la capacidad suficiente para afrontar los factores estresantes ambientales o del entorno.

De los resultados se desprende la necesidad de completar los programas de empoderamiento con intervenciones de mejora de las condiciones socioeconómicas de las mujeres, por ejemplo programas de formación o de búsqueda de trabajo. También se evidencia la necesidad de complementar aquellos programas formativos de búsqueda de trabajo con intervenciones centradas en promover el empoderamiento individual. Esta propuesta fue ya recogida en el estudio de Garcia-Ramirez et al (2005) que consideraba el empoderamiento psicosocial y el apoyo social de las personas inmigrantes como ejes fundamentales para poder acceder a un mayor número de oportunidades de empleo.

Calidad de vida

Las mujeres refieren tener motivaciones, expectativas de futuro y creencias religiosas, se describen como optimistas, luchadoras y con un rol familiar importante. Esta visión positiva apoya la afirmación de algunos autores que consideran que las personas inmigrantes pueden ser saludables, resilientes y capaces de responder positivamente a los peligros potenciales de la inmigración (Ali, 2002; Singh & Siahpush, 2001). De forma análoga, un metanálisis de los factores determinantes del bienestar de las personas inmigrantes concluyó que la autoestima y el optimismo son de mayor importancia para la calidad de vida de ésta que los factores económicos o la separación de la pareja (Bak-Klimek et al., 2014).

Los resultados no muestran diferencias de la calidad de vida según las variables sociodemográficas con la excepción de la calidad de vida física respecto el ámbito de procedencia. Esto se contradice con algunos autores que afirman que el nivel de calidad de vida de las personas inmigradas está relacionada con su país de origen (Bischoff & Wanner, 2008). Tampoco concuerdan con otros estudios donde se pone de manifiesto que la calidad de vida es menor en aquellas inmigrantes que llevan menos tiempo fuera de su país (Foroughi et al., 2001; Leão et al., 2009).

Una de las razones aportadas para explicar un aumento en la calidad de vida física de las mujeres después del programa promotor de salud y no en su calidad de vida mental podría ser la concepción multidimensional de la calidad de vida. Ésta incluye las dimensiones físicas, psíquicas y sociales, así como, aspectos subjetivos y objetivos de la persona en cada dimensión (Costanza et al., 2007; Cummins, 1992; Felce & Perry, 1995).

Todos estos múltiples aspectos de la calidad de vida, pueden variar con el proceso migratorio, siendo aún muy desconocida la repercusión de la inmigración en la calidad de vida de las personas inmigrantes. Debe señalarse que algunos factores característicos de la inmigración como los valores culturales, las creencias o las expectativas, no están recogidas en las evaluaciones cuantitativas de calidad de vida (Buchcik et al., 2013). Sin embargo, algunos autores afirman que la condición de persona inmigrante no determina por si sola la calidad de vida pero atribuyen a los factores sociales, psicológicos de apoyo

social y económicos que sufren las personas inmigradas la explicación en parte de su nivel de calidad de vida (Pantzer et al., 2006).

Los resultados de nuestro estudio indican que las participantes, todas ellas desempleadas, presentaban valores inferiores a la media de calidad de vida mental y estrés mientras explicaban que uno de sus sueños u objetivos es encontrar un trabajo ya sea como empleadas del hogar, de limpiadoras o incluso poder iniciar un negocio propio. Éstos concuerdan con los resultados de un estudio en mujeres vulnerables chinas que mostró que a mayor satisfacción en el trabajo mayor calidad de vida (Zhu et al., 2012). Así, el empleo puede ser considerado un indicador de la calidad de vida (Moons et al., 2006). En esta línea, otros autores opinan que el desempleo y la discriminación en el mercado laboral son factores estresantes para las personas inmigrantes (Dow, 2011; Thomas, 1995).

Apoyo social

Algunos autores afirman que la calidad de vida se ve favorecida por el apoyo social (Jibeen & Khalid, 2010b). Vohra y Adair (2000) afirman que a mayor apoyo social mayor es el nivel de bienestar de la persona inmigrante ya que éste ayuda a encontrar nuevos recursos que permiten la integración de las personas inmigrantes y a hacer frente a las difíciles situaciones que viven (Berry, 1997; Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000; Portes & Rumbaut, 1996). Observamos que nuestros resultados corroboran estas afirmaciones al ser el apoyo social considerado por las participantes un factor clave en su vida diaria tanto en referencia a la familia, a los *significant others*, como al apoyo recibido por parte de las instituciones. Estos resultados redundan con diversos estudios en población inmigrante desarrollados en España en los que se identifica el apoyo social como un factor clave en la vida de estas personas (Hernández-Plaza et al., 2006; Martínez, García, & Maya, 2002). También otros estudios en mujeres inmigrantes, aunque con distintos instrumentos de medida, ponen de manifiesto puntuaciones moderadas de apoyo social (Hovey & Magaña, 2003).

Para las mujeres participantes los *significant others* han supuesto un factor determinante en su integración, en algunos casos incluso en mayor grado que la propia familia. Algunos estudios cuya población son familias latinas definen la importancia de la familia extensa

como familismo (Perilla, 1999). Este fenómeno ha sido considerado a su vez como perjudicial para los integrantes de las familias al impedir que puedan desarrollarse fuera de su seno (Rice & Dolgin, 2002). Este hecho se pone de relieve en los resultados del estudio, en la importancia que tiene para las participantes la priorización de la vida familiar sobre la vida laboral y en consecuencia es un motivo de pérdida de algunas oportunidades laborales o incluso de reducir la red social al ámbito familiar.

Uno de los componentes del apoyo social a la personas inmigrantes es el soporte emocional (Barrera, 2000; Kamyra, 1997; Trickett & Buchanan, 2001). En ocasiones las mujeres inmigrantes necesitan expresar sus sentimientos, sus problemas diarios y preocupaciones a sus apoyos sociales pero sin recibir indicaciones u opiniones acerca de lo que deberían hacer o modificar (Dullea, 2005). Ello puede sugerir que los programas promotores dirigidos a fomentar el apoyo social deben basarse en la creación de espacios que favorezcan la expresión de sentimientos y no solo para dar información, recomendaciones o sugerencias. Debe tenerse en consideración que el proveerlas de oportunidades para que ellas mismas creen sus propias redes sociales es una de las mejores maneras de mejorar su bienestar (Bak-Klimek et al., 2014).

Los resultados han mostrado una conservación del nivel moderado de apoyo social sin presentar diferencias según los años de inmigración tal y como sugieren algunos autores (Garcia-Ramirez et al., 2005). Adicionalmente, éste es considerado como un factor determinante y significativo en las variaciones de SOC, autoestima y estrés. Este hecho puede deberse a la importancia que muestran algunos estudios del apoyo social para las mujeres inmigrantes en exclusión social en su nuevo entorno (Fitzsimons & Fuller, 2002; Moradi & Funderburk, 2006).

Autoestima

En los resultados del estudio se observa un nivel moderado de apoyo social y un aumento en la autoestima después del programa promotor de salud. Ambos son considerados factores protectores del estrés aculturativo (Caplan, 2007; Crockett et al., 2007; Hovey & Magaña, 2003; Rutter, 1992) y pueden ser uno de los motivos de la disminución significativa del estrés de las mujeres.

La autoestima, según las referencias de las participantes, coincide con la interpretación del concepto de autoestima de otras mujeres inmigrantes mostrado en otros estudios. Estos reflejan que la autoestima de este colectivo está más vinculada al entorno familiar y a su priorización que a su estado socioeconómico (Altinyelken, 2009).

Por otro lado, el aumento de la autoestima podría ser descrito como un indicador más del empoderamiento individual de las participantes (Tengland, 2007). Otros factores de empoderamiento individual son el autoconocimiento de la persona y el uso adecuado de los recursos. Esta visión de Tengland concuerda con el concepto de GRRs de la salutogénesis y el modelo de activos descrito por Morgan y Ziglio (Antonovsky, 1979; Morgan, Davies, & Ziglio, 2010).

El aumento de la autoestima de la presente investigación coincide con el hallado en un estudio australiano con un programa y objetivos similares (Spry & Marchant, 2014). Sin embargo, los valores iniciales de las participantes en dicho estudio eran superiores a los mostrados en nuestra investigación. También la diferencia de autoestima en función de la etnia coincide con otros estudios (Erol & Orth, 2011). De este modo las mujeres de raza negra presentan mayores puntuaciones de autoestima que las de otros orígenes o razas.

Empoderamiento y políticas de promoción de la salud para poblaciones vulnerables

Los resultados de nuestro estudio aumentan la evidencia existente respecto al rol de los profesionales en los programas promotores de salud. De este modo si el empoderamiento se describe como un proceso intrínseco de cada persona (Zimmerman, 1995), el rol del profesional debe focalizarse en facilitar las oportunidades para que la persona sea capaz por sí misma de hacer frente a sus necesidades o problemáticas, utilizando de modo adecuado sus GRRs o activos de salud y no tan solo en los déficits o necesidades (Franco, 2002; Koelen & Lindström, 2005; Saleebey, 2009).

De modo recíproco, el profesional debería empoderarse también de algún modo en los mismos aspectos que la persona. Esta visión está en consonancia con la afirmación de que los programas promotores de salud facilitan recursos que inician el proceso de empoderamiento pero es el propio individuo quien, según sus habilidades y sus inquietudes, toma la decisión de incorporarlos o no a su persona (Alsop & Heinsohn, 2005).

Adicionalmente, en personas inmigrantes debe considerarse el papel decisivo del mediador cultural como facilitador en los programas promotores de salud del apoyo social. En el caso de que los mediadores sean personas inmigrantes o del mismo origen étnico, reduce de manera importante las barreras culturales, de desconfianza, de prejuicio,... incluso acaba éste ejerciendo un rol de apoyo social informal (Hernández-Plaza et al., 2006).

Según el informe Marmot et al (2012) la población inmigrante sea legal o ilegal va incrementando su situación de vulnerabilidad y marginalización, pobreza y explotación en Europa y con ello sus inequidades en salud. Si añadimos a ello que la salud de las personas inmigrantes se ve afectada por estas inequidades en salud (Nazroo, 2003), se pone de manifiesto la necesidad de un acuerdo conjunto por parte de todos los países europeos para hacer frente a estas inequidades en salud y que permita conseguir el respeto a los derechos humanos (Marmot et al., 2012). Existe controversia sobre si estas intervenciones internacionales deben ir dirigidas a toda la población o bien a poblaciones determinadas. La primera opción aumenta la salud en todas las clases sociales, situación que puede aumentar la distancia de inequidades en salud y la segunda opción presenta el riesgo de estigmatizar aún más a la población inmigrante (Ridde, 2007).

En esta línea, en España se han impulsado intervenciones de salud pública con el objetivo de reducir las desigualdades en salud (Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2012) aunque aún a día de hoy hay pocos estudios confirmatorios de su efectividad (Chandola & Jenkins, 2014). Un ejemplo de buenas prácticas descrito por la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España en su informe de 2015 son los proyectos desarrollados para la reinserción laboral en la entidad donde se ha realizado este estudio (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015).

Sin embargo, algunos autores constatan la necesidad de revisar o cambiar de modo urgente dichas políticas promotoras de salud y de introducir una perspectiva complementaria a las políticas de salud para evitar el aumento de estas inequidades de salud (Cowley & Billings, 1999).

Adicionalmente, este estudio muestra la efectividad de las sinergias surgidas con la complementación de programas de reinserción laboral para personas vulnerables con

programas promotores de salud que faciliten el empoderamiento personal y comunitario de estos colectivos. Este hecho apoya el nuevo enfoque de las políticas sociales con el fin de conseguir una mejor y más sostenible calidad de vida. Según algunos autores, dicha políticas no deberían focalizarse tan solo en las necesidades directas de las personas sino en empoderarlas y darles las oportunidades con el fin que ellas mismas puedan cumplimentar dichas necesidades (Costanza et al., 2007).

Limitaciones

Una limitación del estudio es el tamaño muestral y la su realización en una muestra de conveniencia que no permite la extrapolación de los resultados aunque las características de la población no reflejan un sesgo importante en cuanto a las variables que condicionan el resultado principal al incluir participantes de distintas culturas y procedencias. Otra limitación derivada de la metodología pre-post cuasiexperimental es la no posible comparación de grupo control. En este tipo de estudio, los participantes son los controladores de los factores confusores. Sin embargo, este tipo de diseño no permite el control de los factores confusores causadas por el paso del tiempo tales como la maduración, la historia personal o los efectos del test.

Existe una falta de evidencia en la literatura sobre la interpretación de las puntuaciones de los cuestionarios validados utilizados. Asimismo, si los cambios en las puntuaciones de algunos cuestionarios validados se correlacionan con cambios psicológicos o socialmente relevantes. Este hecho conlleva una dificultad en el análisis de los resultados y a la interpretación traslacional de los mismos.

Otros factores como el idioma, el nivel de alfabetización y las características culturales incrementaron la dificultad del desarrollo del estudio tanto en las fases de trabajo de campo como en el análisis e interpretación de los resultados. Para reducir dichas dificultades, se incluyó la figura de una facilitadora del cuestionario, así como la elaboración de la guía de buenas prácticas, conjuntamente con el equipo técnico de la entidad colaboradora. Adicionalmente, se incrementó el tiempo para la cumplimentación del cuestionario y se aumentaron el número de sesiones del programa promotor de salud.

Implicaciones para la práctica y líneas de investigación futura

Los resultados del estudio muestran que las actividades de empoderamiento desde una perspectiva salutogénica reducen el estrés de las participantes al aumentar el propio conocimiento de sus activos y con ello su autoestima y confianza en el marco de un empoderamiento laboral. Adicionalmente, los resultados nos muestran como este tipo de actividades son más eficaces para aquellas mujeres inmigrantes con menor nivel de autoestima, SOC, calidad de vida y apoyo social así como mayor nivel de estrés.

En consecuencia, sugeriríamos un reenfoque en las actividades de promoción de la salud en colectivos vulnerables, como son las mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social, con el fin de disminuir las desigualdades en salud. Por ello proponemos:

- Reorientar el enfoque de los programas sociales y de salud hacia una perspectiva salutogénica y focalizada en los activos en salud o GRRs de las personas o comunidades.
- Desarrollar programas promotores de salud que permitan el empoderamiento de la persona incorporando los determinantes sociales de la salud.

Como líneas futuras de investigación se apunta la necesidad de proseguir los estudios en este ámbito con la realización de nuevos estudios longitudinales y ensayos clínicos con muestras representativas que permitan confirmar que dichos programas de empoderamiento con perspectiva salutogénica en las personas más vulnerables son efectivas y que permiten reducir las desigualdades sociales en salud.

6. Conclusions

6. Conclusions

Concerning the empowerment of immigrant women at risk of social exclusion through the implementation of a health promotion program with a salutogenic approach, we can conclude:

- Immigrant women at risk of social exclusion who participated in this study have individual, community and organizational GRRs and are able to identify them:
 - Individual GRRs: these are strongly determined women, with high optimism, domestic skills and awareness of their family role; they are entrepreneurial, have strong religious beliefs, like to feel useful to others, are motivated and have plans for the future.
 - Community GRRs: the importance of the role of their children, social support and significant others and prioritization of family life to working life.
 - Organizational GRRs: economic support and human and material resources are available from institutions that formally provide services.
- Women who participated in the health promotion program were, on average, 37.79 years old. Most of them had spent more than 10 years outside their country of origin, came mainly from urban areas, and were married, living with family members, had attended more than 7 years of school, and reported having a bad or very bad economic situation and very high spirituality.
- The participating women had low SOC scores, perceived stress, reported a mental quality of life below the average citizen in Spain, and scored moderately on the social support and self-esteem indices. African women showed higher self-esteem and women from rural areas reported a better mental quality of life, worse socio-economic status and increased self-perception of stress.

The health promotion program developed from a salutogenic approach, focused on the GRRs, at the immigrant women at risk of social exclusion reduced significantly

perceived stress, increased physical quality of life and showed a trend toward increased self-esteem.

- Health promotion programs developed from a salutogenic approach, focused on the GRRs, at the immigrant women at risk of social exclusion are more effective in women with lower initial SOC and quality of life scores and higher perceived stress scores. Perceived social support is also a key factor in the empowerment of these immigrant women.

7. Referencias Bibliográficas

7. Referencias Bibliográficas

- Adler, R. (2004). Yucatecans in Dallas, Texas. Breachind the Border, Bridging the Distance. Boston: Pearson A&B.
- Aguadelo-Suárez, A., Gil-González, D., Ronda-Pérez, E., Porthé, V., Paramio-Pérez, G., García, A., & Garí, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science and Medicine*, 68(10), 1866–1874.
- Ahonen, E., López-Jacob, M., Vázquez, M., Porthé, V., Gil- González, D., & García, A. (2010). Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(4), 405–416.
- Aksel, S., Gun, Z., Irmak, T., & Cengelci, B. (2007). Migration and psychological status of adolescents in Turkey. *Adolescence*, 42(167), 589–602.
- Ali, J. (2002). Mental health of Canada's immigrants. *Health Reports*, 13, 101–111.
- Ali, S., Merlo, J., Rosvall, M., Lithman, T., & Lindstrom, M. (2006). Social capital, the miniaturisation of communtiy, tradicionalism and first time acute myocardial infarction: a prospective cohort study in southern Sweden. *Social Science and Medicine*, 63, 2204–2217.
- Allen, M., Amason, P., & Holmes, S. (1998). Social support, Hispanic emotional acculturative stress and gender. *Communication Studies*, 49, 139–157.
- Allison, K. (1998). Stress and oppressed social category membership. In J. Swim & C. Stangor (Eds.), *Prejudice: The target's perspective* (pp. 145–170). San Diego: Academic Press.
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. (D. Anchor, Ed.). New York: Addison-Wesley.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antón, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 711–776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de la Salud Sf-36. *Medicina Clínica*, 111(10), 410–416.
- Alsop, R., & Heinsohn, N. (2005). Measuring Empowerment in Practice : Structuring Analysis and Framing Indicators. *World Bank Policy Reserach Working Paper 3510*. Washington: World Bank. Retrieved from http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/41307_wps3510.pdf.

- Alter, A., Aronson, J., Darley, J., Rodriguez, C., & Ruble, D. (2010). Rising to the threat: reducing stereotype threat by reframing the threat as a challenge. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*, 166–171.
- Altinyelken, H. K. (2009). Migration and self-esteem: A qualitative study among internal migrant girls in Turkey. *Adolescence, 44*(173), 149–163.
- Andersen, S. M., & Chen, S. (2002). The relational self: An interpersonal social-cognitive theory. *Psychological Review, 109*(4), 619–645. doi:10.1037//0033-295X.109.4.619.
- Anderson, B., & Blinder, S. (2015). *Briefing, Who counts as a migrant? Definitions and their consequences. The Migration Observatory at the University of Oxford, UK: Migration Observatory Briefing*. Retrieved from [http://194.72.186.44/sites/default/files/Who counts as a migrant.pdf](http://194.72.186.44/sites/default/files/Who%20counts%20as%20a%20migrant.pdf).
- Anderson, K., & Burckhardt, C. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing, 29*(2), 298–306.
- Aneshensel, C. (1992). Social stress: theory and research. *Annual Review of Sociology, 18*, 15–38. doi:10.1146/annurev.so.18.080192.000311.
- Antentas, J. M., & Vivas, E. (2014). Impact of the economic crisis on the right to a healthy diet. SESPAS report 2014. *Gaceta Sanitaria, 28*(Suppl 1), 58–61. doi:10.1016/j.gaceta.2014.04.006.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine, 36*, 725–733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*, 11–18.
- Arostegui, I., & Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form – 36 (SF-36). *Estadística Española, 50* (167), 147–192.
- Araujo, B., & Panchanadeswaran, S. (2010). Discrimination, stress, and acculturation among Dominican immigrant women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 32*, 216–231.
- Backman, D., Scruggs, V., Atiedu, A. A., Bowie, S., Bye, L., Dennis, A., ... Foerster, S. B. (2011). Using a Toolbox of tailored educational lessons to improve fruit, vegetable, and physical activity behaviors among African American women in California. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 43*(4 Suppl 2), S75–85. doi:10.1016/j.jneb.2011.02.004.

- Bak-Klimek, A., Karatzias, T., Elliott, L., & Maclean, R. (2014). The Determinants of Well-Being Among International Economic Immigrants: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Applied Research in Quality of Life*, *10*(1), 161–188. doi:10.1007/s11482-013-9297-8.
- Baldwin, M., Keela, J., Fehr, B., Enns, V., & Koh-Ranfarajoo, E. (1996). Social-cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*(1), 94–109.
- Banerjee, M., & Pyles, L. (2004). Spirituality: A source of resilience for African American women in the era of welfare reform. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, *13*(2), 45–70.
- Bardin, L. (2002). *Análisis del contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress. In L. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning*. London: Sage.
- Barrera, M. (2000). Social support research in community psychology. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Baumeister, R., & Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 497–529.
- Bayram, N., Thorburn, D., Demirhan, H., & Bilgel, N. (2007). Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research*, *16*(8), 1319–1333. doi:10.1007/s11136-007-9249-6.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Kuyken, W., & Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(1), 115–124. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11125720>.
- Becker, C., Glascoff, M., & Felts, M. (2010). Salutogenesis 30 years later: Where do we go from her? *International Electronic Journal of Health Education*, *13*, 25–32.
- Bednar, R., & Peterson, S. (1995). *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Bee, H. (2000). *The Developing Child* (9th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Beiser, M., Johnson, P., & Turner, R. (1999). Unemployment, underemployment, and depressive affect among Southeast Asian refugees. *Psychological Medicine*, *23*, 731–743.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, *45*(3), 385–389. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.45.3.385>.

- Bellon Saameno, J. A., Delgado, S. A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli, C. P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atencion Primaria*, *18*(4), 153–163. Retrieved from F:\Art?culos en PDF\10549 AtenPrimaria Bellon Saame?o.pdf.
- Bender, D., Harbour, C., Thorp, J., & Morris, P. (2001). Tell me what you mean by “Si”: perceptions of quality of prenatal care among immigrant Latina women. *Quality Health Research*, *11*(6), 780–794.
- Berjot, S., & Gillet, N. (2011). Stress and coping with discrimination and stigmatization. *Frontiers in Psychology*, *2*(33), 1–13. doi:10.3389/fpsyg.2011.00033.
- Berkman, L., Glass, T., Brissetee, I., & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science and Medicine*, *51*(6), 843–857. doi:10.1016/S0277-9536(00)00065-4.
- Berman, H., Mulcahy, G. A., Forchuk, C., Edmunds, K., Haldenby, A., & Lopez, R. (2009). Uprooted and displaced: A critical narrative study of homeless, aboriginal, and newcomer girls in Canada. *Issue of Mental Health Nursing*, *30*(7), 418–430. doi:10.1080/01612840802624475.
- Berry, J. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology*, *46*(1), 5–68. doi:10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x.
- Berry, J. (1998). Acculturative stress. In P. Organista & K. Chun (Eds.), *Readings in ethnic pshychology*. New York: Routledge.
- Berry, J. (2006). Stress perspectives on acculturation. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of acculturation psychology* (pp. 27–57). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, J. (2008). Globalisation and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, *32*(4), 328–336. doi:10.1016/j.ijintrel.2008.04.001.
- Berry, J., Kim, U., Minde, T., & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *The International Migration Review*, *21*(3), 491–511. doi:10.2307/2546607.
- Bigelow, D., McFarland, B., & Olson, M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a mesure. *Community Mental Health Journal*, *27*(1), 43–55.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(4), 243–258. doi:10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x.
- Bhugra, D., & Becker, M. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, *4*(1), 18–24.
- Bischoff, A., & Wanner, P. (2008). The self-reported health of immigrant groups in Switzerland. *Journal of Immigrant Minority Health*, *10*(4), 325–335. doi:10.1007/s10903-007-9089-z.

- Black, R., Fielding, T., King, R., Skelton, R., & Tiemoko, R. (2003). *Longitudinal Studies: An insight into current studies and the social and economic outcomes for migrants*. Brighton: Sussex Centre for Migration Research.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465–473.
- Borrell, C., Palència, L., Rodríguez-Sanz, M., Malmusi, D., Bartoll, X., & Puigpinós, R. (2011). Evolución de las desigualdades sociales en salud en Cataluña. *Medicina Clínica*, 137(Suppl 2), 60–65. doi:10.1016/S0025-7753(11)70031-8.
- Bowman, B. (1996). Cross-cultural validation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(5), 547–549. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199609)52:5<547::AID-JCLP8>3.0.CO;2-K.
- Boyd-Franklin, N. (2003). *Black families in therapy: Understanding the African American experience*. New York: Guilford Press.
- Bramston, P., Chipuer, H., & Pretty, G. (2005). Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 728–733.
- Braun-Lewensohn, O., & Sagy, S. (2011). Salutogenesis and culture: personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups. *International Review of Psychiatry*, 23(6), 533–541. doi:10.3109/09540261.2011.637905.
- Brisette, I., Scheier, M., & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102–111. doi:10.1037//0022-3514.82.1.102.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F., & Kaplan, B. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709–723.
- Brown, G. K., Bifucio, A., & Andrews, B. (1990). Self esteem and depression.III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 25(5), 235–243.
- Buchcik, J., Westenhoefer, J., & R. Martin, C. (2013). Assessment measures of Health-Related Quality of Life (HRQoL) of migrants: a systematic review. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 9(4), 170–188. doi:10.1108/IJMHS-09-2013-0033.
- Bull, T., Mittelmark, M. B., & Kanyeka, N. E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*, 23(2), 160–173. doi:10.1080/09581596.2013.771811.
- Cabassa, L. (2003). Measuring acculturation: Where we are and where we need to go. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25(2), 93–106. doi:10.1177/0739986303025002001.

- Cakir, S. G., & Yerin Guneri, O. (2011). Exploring the factors contributing to empowerment of Turkish migrant women in the UK. *International Journal of Psychology*, 46(3), 223–233. doi:10.1080/00207594.2010.532800.
- Campbell, J. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538–549. doi:10.1037/0022-3514.59.3.538.
- Caplan, S. (2007). Latinos, acculturation and acculturative stress: A dimensional concept analysis. *Policy Politics, And Nursing Practice*, 8(2), 93–106. doi:10.1177/1527154407301751.
- Càritas Girona. (2015). *Memòria Càrites Diocesana de Girona 2015*. Girona: Càritas Diocesana de Girona.
- Carr, A., Gibson, B., & Robinson, P. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, 322(7296), 1240–1243. doi:10.1136/bmj.322.7296.1240.
- Carvajal, S., Clair, S., Nash, S., & Evans, R. (1998). Relating optimism, hope and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 443–465. doi:10.1521/jscp.1998.17.4.443.
- Catalani, C., & Minkler, M. (2010). Photovoice: a review of the literature in health and public health. *Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 37(3), 424–451. doi:10.1177/1090198109342084.
- Cattaneo, L. B., & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment: a model for use in research and practice. *The American Psychologist*, 65(7), 646–659. doi:10.1037/a0018854.
- Chandola, T., & Jenkins, A. (2014). The scope of adult and further education for reducing health. In “If you could do one thing...” *Nine local actions to reduce health inequalities* (pp. 83–90). London: The British Academy. Retrieved from file:///C:/Users/u2002687/Downloads/If you could do one thing - full report.pdf.
- Chapela, C. (2011). 25 anys de conceptes i estratègies per promoure la salut. In D. Juvinya-Canal & H. Arroyo (Eds.), *La promoció de la salut, 25 anys després* (p. 44). Girona: Documenta Universitaria.
- Chirkov, V. (2009). Critical psychology of acculturation: What do we study and how do we study it, when we investigate acculturation? *International Journal of Intercultural Relations*, 33(2), 94–105. doi:10.1016/j.ijintrel.2008.12.004.
- Clark, R., Anderson, N., Clark, V., & Williams, D. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist*, 54(10), 805–816.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676.

- Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D., Rabin, B., & Gwaltney, J. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *The Journal of the American Medical Association*, 277(24), 1940–1944. doi:10.1001/jama.1997.03540480040036.
- Cohen, S., & Edwards, J. (1989). Personality Characteristics as moderators of the relation between stress and disorder. In R. W. Neufeld (Ed.), *Advances in the Investigation of Psychological stress* (pp. 235–283). New York: Wiley.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Cohen, S., Underwood, L., & Gottlieb, B. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention: A guide for Health and Social Scientists* (pp. 3–25). Oxford: Oxford University Press.
- Collins, J. (2000). Are you talking to me? The need to respect and develop a pupil's self-image. *Educational Research*, 20(2), 44–67. doi:10.1080/001318800363791.
- Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182–189. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad: propuesta de Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87.
- Corker, E., Brown, J., & Henderson, C. (2016). How does self stigma differ across people with psychiatric diagnoses and rheumatoid arthritis, and how does it impact on self-esteem and empowerment? *Psychology, Health & Medicine*, 8506, 1–13. doi:10.1080/13548506.2016.1139139.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ... Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267–276. doi:10.1016/j.ecolecon.2006.02.023.
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects: Guideline 13*. Geneva: World Health Organization.
- Cowley, S., & Billings, J. R. (1999). Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 994–1004. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00968.x.

- Cox, D. (1989). *Welfare practice in a multicultural society*. Sydney: Prentice Hall.
- Creswell, J., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608–630. doi:10.1037/0033-295x.96.4.608.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (4th ed., pp. 504–553). Boston: McGraw-Hill.
- Crockett, L. J., Iturbide, M. I., Torres Stone, R. A., McGinley, M., Raffaelli, M., & Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: Relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 347–355.
- Cummins, R. (1992). *Comprehensive quality of life scale-intellectual disability* (3rd ed.). Melbourne: Psychology Research Centre.
- Cummins, R., Eckersekey, R., Pallant, J., van Vugt, J., & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian Unity Wellbeing. *Social Indicators Research*, 64(2), 159–190.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper*. Estocolmo: Institut for Future Studies.
- Dalgard, O., Thapa, S., Hauff, E., Mc Cubbin, M., & Syed, H. (2006). Immigration, lack of control, and psychological distress: Findings from the Oslo Health survey. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(6), 551–558. doi:10.1111/j.1467-9450.2006.00546.x.
- Deaux, K., & Eicher, K. (1998). Negotiating Social Identity. In J. Swim & C. Stangor (Eds.), *Prejudice: The target's perspective* (pp. 301–323). San Diego.
- Departament de Benestar i Família. (2015). *La immigració en xifres*. Barcelona: Direcció General per a la Immigració.
- Departament de Salut Generalitat de Catalunya. (2015). Encuesta Salud Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Retrieved June 1, 2016, from http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquest_a_salut_catalunya.
- Dow, H. D. (2011). An Overview of Stressors Faced by Immigrants and Refugees: A Guide for Mental Health Practitioners. *Home Health Care Management & Practice*, 23(3), 210–217. doi:10.1177/1084822310390878.

- Drageset, J., Eide, G. E., Nygaard, H. A., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Natvig, G. K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents: a questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(1), 66–76. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.07.005.
- Dullea, K. (2005). Women shaping participatory research to their own needs. *Community Development Journal*, *41*(1), 65–74. doi:10.1093/cdj/bsi041.
- Easterlin, R. (2003). Explaining Happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *100*(19), 11176–11183. doi:10.1073/pnas.1633144100.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*(6), 460–466. doi:10.1136/jech.2003.018085.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*(11), 938–944. doi:10.1136/jech.2006.056028.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, *23*(2), 190–199. doi:10.1093/heapro/dan014.
- Eriksson, M., Lindström, B., & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*(8), 684–688. doi:10.1136/jech.2006.047498.
- Erim, Y., Morawa, E., Atay, H., Aygün, S., Gökalp, P., & Senf, W. (2011). Sense of coherence and depression in the framework of immigration: Turkish patients in Germany and in Turkey. *International Review of Psychiatry*, *23*(6), 542–549. doi:10.3109/09540261.2011.637908.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*(3), 607–619. doi:10.1037/a0024299.
- Eurostat. (2013). Quality of life indicators. Luxembourg: European Union. Retrieved July 1, 2016, from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators.
- Eurostat. (2015a). *Migrant Integration Policy. Migrant Integration statistics. Migrant integration statistics*. Luxembourg: European Union. doi:10.2785/52263.
- Eurostat. (2015b). Migration and migrant population statistics. Luxembourg: European Union. Retrieved June 8, 2016, from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics.

- Fagerlind, H., Ring, L., Brülde, B., Feltelius, N., & Lindblad, Å. K. (2010). Patients' understanding of the concepts of health and quality of life. *Patient Education and Counseling, 78*(1), 104–110. doi:10.1016/j.pec.2009.05.016.
- Falconnier, L., & Elkin, L. (2008). Addressing economic stress in the treatment of depression. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(1), 37–46.
- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard-to-reach populations. *Journal of Advanced Nursing, 26*(4), 790–797. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x.
- Fayers, P., & Machin, D. (2000). *Quality of life assessment, analysis and interpretation*. New York: John Wiley&Sons.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16*(1), 51–74. doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8.
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research, 16*(3), 483–493. doi:10.1007/s11136-006-9130-z.
- Ferrans, C. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing, 7*(1), 2–6.
- Ferrans, C. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 10*(3), 293–304.
- Finch, B. K., & Vega, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health, 5*(3), 109–117. doi:10.1023/A:1023987717921.
- Fitzsimons, S., & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health. *Journal of Mental Health, 11*(5), 481–499. doi:10.1080/09638230020023.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2005). Sense of coherence and physical health: A review of previous findings. *The Scientific World Journal, 25*(5), 665–673. doi:10.1100/tsw.2005.85.
- Fok, S., Chair, S., & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing, 49*(2), 173–181. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03277.x.
- Foroughi, E., Misajon, R., & Cummins, R. (2001). The relationships between migration, social support, and social integration on quality of life. *Behaviour Change, 18*(3), 156–167. doi:10.1375/bech.18.3.156.

- Franco, G. (2002). Los temas de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 5–7.
- Freire, P. (1973). *Education for Critical Consciousness*. New York: Seabury Press.
- Gandek, B., Ware, J. E., & Group, P. (1998). Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires : The IQOLA Project Approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 953–959.
- García-Ramírez, M., Martínez, M. F., Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., Albar, M. J., Domínguez, E., & Santolaya, F. J. (2005). Psychosocial empowerment and social support factors associated with the employment status of immigrant welfare recipients. *Journal of Community Psychology*, 33(6), 673–690. doi:10.1002/jcop.200720.
- Gasper, D. (2007). Human well-being: concepts and conceptualizations. In M. McGillivray (Ed.), *Human well-being: Concept and Measurement* (pp. 23–64). London: Palgrave Macmillan. doi:10.1057/97802306256000.
- Gasper, D. (2010). Understanding the diversity of conceptions of well-being and quality of life. *The Journal of Socio-Economics*, 39(3), 351–360. doi:10.1016/j.socec.2009.11.006.
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E., & Maitino, A. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13(1), 34–45. doi:10.1037/a0013689.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). ,2006-2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–8. doi:10.1093/eurpub/cks035.
- Golding, J. (1989). Role occupancy and Role-Specific Stress and Social Support and Predictors of Depression. *Basic and Applied Social Psychology*, 10(2), 173–195. doi:10.1207/s15324834basp1002_7.
- Gottlieb, B. (1997). Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 3–42). New York: Springer Science.
- Gottlieb, B. (2000). Selecting and planning support interventions. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention: A guide for Health and Social Scientists*. Oxford: Oxford University Press.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2004). Personal and Situational Determinants of Relationship-Specific Perceptions of Social Support. *Social Behavior and Personality*, 32(5), 459–476. doi:10.2224/sbp.2004.32.5.459.
- Greenglass, E., & Burke, R. (1988). Work and family precursors of burnout in teachers: sex differences. *Sex Roles*, 18(3), 215–229.

- Grote, N. K., Bledsoe, S. E., Larkin, J., Lemay, E. P., & Brown, C. (2007). Stress Exposure and Depression in Disadvantaged Women: The Protective Effects of Optimism and Perceived Control. *Social Work Research, 31*(1), 19–33. doi:10.1093/swr/31.1.19.
- Guldvog, B. (1999). Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International Journal for Quality in Health Care, 11*(3), 233–240.
- Gupta, T., Rogers-Sirin, L., Okazaki, S., Ryce, P., & Sirin, S. R. (2014). The role of collective self-esteem on anxious-depressed symptoms for Asian and Latino children of immigrants. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 20*(2), 220–30. doi:10.1037/a0035022.
- Haas, B. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research, 21*(6), 728–742. doi:10.1177/01939459922044153.
- Haque, N., & Eng, B. (2011). Tackling inequity through a Photovoice project on the social determinants of health: Translating Photovoice evidence to community action. *Global Health Promotion, 18*(1), 16–19. doi:10.1177/1757975910393165.
- Harter, S. (1999). *The construction of the Self. A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.
- Helgeson, V., & Gottlieb, B. (2000). Support groups. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention: A guide for Health and Social Scientists*. Oxford: Oxford University Press.
- Hernández, S., Pozo, C., & Alonso, E. (2004). The role of informal social support in needs assessment: Proposal and application of a model to assess immigrants' needs in the south of Spain. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 14*(4), 284–298.
- Hernández-Plaza, S., Alonso-Morillejo, E., & Pozo-Muñoz, C. (2006). Social support interventions in migrant populations. *British Journal of Social Work, 36*(7), 1151–1169. doi:10.1093/bjsw/bch396.
- Hirt, E., Deppe, R., & Gordon, L. (1991). Self-reported versus behavioral self-handicapping: empirical evidence for a theoretical distinction. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(6), 981–991. doi:10.1037/0022-3514.61.6.981.
- Hittner, J. B. (2007). Factorial invariance of the 13-item Sense of Coherence scale across gender. *Journal of Health Psychology, 12*(2), 273–80. doi:10.1177/1359105307074256.
- Hobfoll, S., Nadler, A., & Leiberman, J. (1986). Satisfaction with social support during crisis: Intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(2), 296–304. doi:10.1037/0022-3514.51.2.296.
- Hogg, M. (2003). Social identity. In M. Leary & J. Tangney (Eds.), *Handbook of Self and Identity* (pp. 462–491). New York: Guilford Press.

- Holohan, C., Moos, R., & Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24–43). New York: Wiley&Sons.
- Holstein, J., & Cubrium, J. (2011). Phenomenology, ethnomethodology and interpretative practice. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (4th ed., pp. 262–272). Thousand Oaks. California: Sage.
- Hovey, J., & Magaña, C. (2003). Suicide Risk Factors Among Mexican Migrant Farmworker Women in the Midwest United States. *Archives of Suicide Research*, 7(2), 107–121. doi:10.1080/13811110390130099.
- Hsu, W. (2009). The facets of empowerment in solution-focused brief therapy for lower-status married women in Taiwan: An exploratory study. *Women & Therapy*, 32(4), 338–360. doi:10.1080/02703140903153013.
- Hunt, S., McKenna, S., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science in Medicine*, 15(3), 221–229. doi:10.1016/0271-7123(81)90005-5.
- Hur, M. H. (2006). Empowerment in terms of theoretical perspectives: exploring a typology of the process and components. *Journal of Community Psychology*, 34(5), 523–540. doi:10.1002/jcop.20113.
- Hurst, D., Boswell, D., Boogaard, S., & Watson, M. (1997). The relationship of self-esteem to the health-related behaviours of the patients of a primary care clinic. *Archives of Family Medicine*, 6(1), 67–70.
- Hwang, S., Xi, J., Cao, Y., Feng, X., & Qiao, X. (2007). Anticipation of migration and psychological stress and the Three Gorges dam Project. *Social Science & Medicine*, 65(5), 1012–1024. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.003.
- Idescat. (2015). Anuari estadístic de Catalunya. *Estrangers amb autorització de residència. Per sexe i per grups d'edat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Retrieved July 1, 2016, from <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=996>.
- Instituto Nacional Estadística. (2013). Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Retrieved March 15, 2016, from <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>.
- International Organization for Migration. (2011). *Glossary on Migration*. (R. Perruchoud & J. Redpath-Cross, Eds.) (2nd ed.). International Organization for Migration.
- Ivankova, N., Creswell, J., & Stick, S. (2006). Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field Methods*, 18(1), 3–20. doi:10.1177/1525822X05282260.

- Jibeen, T., & Khalid, R. (2010). Predictors of psychological wellbeing of Pakistani immigrants in Toronto, Canada. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(5), 452–464. doi:10.1016/j.ijintrel.2010.04.010.
- Johnson, M. (2002). The importance of self-attitudes for type A-B, internality-externality and health status. *Personality and Individual Differences*, 5(33), 777–789. doi:10.1016/S0191-8869(01)00191-X.
- Johnson, M. (2004). Approaching the salutogenesis of sense of coherence : The role of “active” self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, 9(Pt 3), 419–432.
- Kahn, R., & Juster, F. (2002). Well-being: Concepts and measures. *Journal of Social Issues*, 58(4), 627–644. doi:10.1111/1540-4560.00281.
- Kalimo, R., & Vuori, J. (1990). Work and sense of coherence: resources for competence and life satisfaction. *Behavioural Medicine*, 16(2), 76–89. doi:10.1080/08964289.1990.9934595.
- Kamya, H. (1997). African immigrants in the United States: The challenge for research and practice. *Social Work*, 42(2), 154–165. doi:10.1093/sw/42.2.154.
- Kar, S. B., Pascual, C. A., & Chickering, K. L. (1999). Empowerment of women for health promotion: a metaanalysis. *Social Science and Medicine*, 49(11), 1431–1460. doi:10.1016/S0277-9536(99)00200-2.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381(9874), 1323–31. doi:10.1016/S0140-6736(13)60102-6.
- Kelaheer, M., Paul, S., Lambert, H., Ahmad, W., Paradies, Y., & Davey, S. (2008). Discrimination and health in an English study. *Social Science and Medicine*, 66(7), 1627–1636. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.005.
- Khan, R., & Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. In P. Baltes & O. Brim (Eds.), *Life span development and behavior* (pp. 253–286). New York: Academic Press.
- Kickbusch, I. (2008). *Healthy Societies: addressing 21st century health challenges*. Health. San Francisco.
- Kisely, S., Terashima, M., & Langille, D. (2008). A population analysis of the health experience of African Nova Scotians. *Canadian Medical Association Journal*, 179(7), 653–658. doi:10.1503/cmaj.071279.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299–302.

- Klassen, A. C., Creswell, J., Plano Clark, V. L., Smith, K. C., & Meissner, H. I. (2012). Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(3), 377–80. doi:10.1007/s11136-012-0122-x.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4), 470–500. doi:10.1037/0033-2909.125.4.470.
- Koelen, M. A., & Lindström, B. (2005). Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(Suppl 1), S10–S15; discussion S16, S23. doi:10.1038/sj.ejcn.1602168.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652–7. doi:10.1093/ije/dyg156.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the Health of Canadians. A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services. Government of Canada.
- Landesman, S. (1986). Quality of life and personal life satisfaction: Definition and measurement issues. *Mental Retardation*, 24(3), 141–143.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 212–219. doi:10.1016/j.pec.2005.07.004.
- Langeland, E., & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 830–837. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.017.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, 6(3), 175–180.
- Laverack, G. (2005). *Public Health: power, empowerment and professional practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leão, T. S., Sundquist, J., Johansson, S. E., & Sundquist, K. (2009). The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study. *Ethnicity & Health*, 14(1), 93–105. doi:10.1080/13557850802345973.
- Leary, M., Terdal, S., Tambor, E., & Downs, D. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: the sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518–530. doi:10.1037/0022-3514.68.3.518.

- Lee, J., Jones, P., Mineyama, Y., & Zhang, X. (2002). Cultural differences in response to likert scale. *Reserch in Nursing and Health*, 25(4), 295–306.
- Lemos Giralldez, S., & Fernandez Hermida, J. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2(2), 113–135.
- Li, X., Zhang, L., Fang, X., Xiong, Q., Chen, X., Lin, D., ... Stanton, B. (2007). Stigmatization experienced by rural-to-urban migrant workers in China: findings from a qualitative study. *World Health & Population*, 9(4), 29–43. doi:10.12927/whp.2007.19515.
- Lilia, A., Castro, B., & Morales, A. (2015). Empoderamiento psicológico : un modelo sistémico con componentes individuales y comunitarios. *Revista de Psicología*, 33(1), 3–20.
- Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382–399.
- Lindström, B. (1994). *The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic countries-theory and practice in public health*. Goteborg: Nordic School of Public Health.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440–2. doi:10.1136/jech.2005.034777.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *Guía del autoestopista salutogénico*. Girona: Càtedra de Promoció de la salut. Documenta Universitaria.
- Lipson, J., & Melies, A. (1983). Issues in health care of Middle Eastern patients in cross culture medicine. *Western Journal of Medicine*, 139(6), 854–861.
- Lu, Y. (2012). Household migration, social support, and psychosocial health: The perspective from migrant-sending areas. *Social Science and Medicine*, 74(2), 135–142. doi:10.1016/j.socscimed.2011.10.020.
- Lukes, S. (2005). *Power: A Radical View* (2nd ed.). London: MacMillan.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Björkman, T. (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 516–522. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01418.x.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage.
- Luthanen, R., & Crocker, J. (1992). A collective self-esteem scale. Self-evaluation of one's social identity. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 18(3), 302–318. doi:10.1177/0146167292183006.

- Lynam, M. (1985). Support networks developed by immigrant women. *Social Science and Medicine*, 21(3), 327–333. doi:10.1016/0277-9536(85)90109-1.
- Major, B., & O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.
- Malagón-Aguilera, M., Juvinyà Canal, D., Bonmatí-Tomàs, A., Fernández-Peña, R., Bosch-Farré, C., Bertran Noguera, C., & Suñer-Soler, R. (2012). Sentido de coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC-13. *Metas de Enfermería*, 15(9), 27–31.
- Malkina-Pykh, I. G., & Pykh, Y. A. (2008). Quality-of-life indicators at different scales: Theoretical background. *Ecological Indicators*, 8(6), 854–862. doi:10.1016/j.ecolind.2007.01.008.
- Malmusi, D., Borrell, C., & Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine* (1982), 71(9), 1610–9. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.043.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357–72. doi:10.1093/her/cyg041.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954–969.
- Marmot, M. (2013). *Health inequalities in the EU Final report of a consortium*. European Commission. doi:10.2772/34426.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380(9846), 1011–29. doi:10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
- Márquez-Calderón, S., Villegas-Portero, R., Gosalbes Soler, V., & Martínez-Pecino, F. (2014). Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(Suppl 1), 116–23. doi:10.1016/j.gaceta.2014.01.012.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458–67. doi:10.1017/S1138741600006727.
- Martínez, M., García, M., & Maya, I. (2002). Social support and locus of control as predictors of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. *International Journal of Intercultural Relations*, 26(3), 287–310. doi:10.1016/S0147-1767(02)00005-6.
- Martínez, M., García-Ramírez, M., & Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en la población inmigrante. *Psicothema*, 13(4), 605–610.
- Mason, J. (1996). *Qualitative researching*. Thousand Oaks, California: Sage.

- Mickelson, K., & Williams, S. (2008). Perceived stigma of poverty and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(9), 903–930. doi:10.1521/jscp.2008.27.9.903.
- Miller, C., & Kaiser, C. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues, 57*(1), 73–92. doi:10.1111/0022-4537.00202.
- Miller, C., & Myers, A. (1998). Compensating for prejudice: How obese people (and others) control outcomes despite prejudice. In J. Swim & C. Stangor (Eds.), *Prejudice: The target's perspective* (pp. 191–218). San Diego: Academic Press.
- Miranda, J., Azocar, F., Organista, K., Muñoz, R., & Liberman, A. (1996). Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 868–874. doi:10.1037/0022-006X.64.5.868.
- Mock, M. (1998). Clinical reflections on refuge families. In M. M. Coldrick & K. Hardy (Eds.), *Revisioning family therapy: Race, culture and Gender in Clinical Practice* (pp. 347–359). New York: Guilford Press.
- Moksnes, U. K., & Lazarewicz, M. (2016). The association between self-esteem and sense of coherence in adolescents aged 13–18years. The role of sex and age differences. *Personality and Individual Differences, 90*, 150–154. doi:10.1016/j.paid.2015.10.049.
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies, 43*(7), 891–901. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015.
- Moradi, B., & Funderburk, J. (2006). Roles of perceived sexist events and perceived social support in the menatal health of women seeking counseling. *Journal of Counseling Psychology, 53*(4), 464–473. doi:10.1037/0022-0167.53.4.464.
- Moreno-Jiménez, M., & Hidalgo, M. (2011). Medición y predicción de la satisfacción con la vida en inmigrantes empleados en España. Diferencias segun su situación administrativa. *Anales de Psicología, 27*(1), 179–185.
- Morgan, A., Davies, M., & Ziglio, E. (2010). *Health assets in a global context: theory methods action*. New York: Springer.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education, (Suppl 2)*, 17–22.
- Muhlenkamp, A., & Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research, 35*(6), 334–338.
- Mullen, S. P., Gothe, N. P., & McAuley, E. (2013). Evaluation of the Factor Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Older Adults. *Personality and Individual Differences, 54*(2), 153–157. doi:10.1016/j.paid.2012.08.009.

- Mumdorf, D. (1998). The measurement of culture shock. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(4), 149–154.
- Murphy, HB.M. (1977). Migration, culture, and mental health. *Psychological Medicine*, 7(4), 677–684. doi:10.1017/S0033291700006334.
- Nazroo, J. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism. *American Journal of Public Health*, 93(2), 277–284.
- Nepal, V. P. (2010). On mixing qualitative methods. *Qualitative Health Research*, 20(2), 281. doi:10.1177/1049732309355717.
- Nesbitt, B., & Heidrich, S. (2000). Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Research in Nursing and Health*, 23(1), 25–34. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(200002)23:1<25::AID-NUR4>3.0.CO;2-M.
- Nesterko, Y., Braehler, E., Grande, G., & Glaesmer, H. (2013). Life satisfaction and health-related quality of life in immigrants and native-born Germans: The role of immigration-related factors. *Quality of Life Research*, 22(5), 1005–1013. doi:10.1007/s11136-012-0239-y.
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence and different stages of health and disease in northern Sweden-gender and psychological differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(1), 14–20. doi:10.1080/02813430050202497.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health. *Aging and Mental Health*, 9(4), 354–362.
- Omidina, P. (1996). *Aging and family in an Afghan refugee community*. (Garland, Ed.). New York: Taylor&Francis Inc.
- Orth, U., Trzesniewski, K., & Robins, R. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645–658. doi:10.1037/a0018769.
- Palibroda, B., Krieg, B., Murdock, L., & Havelock, J. (2009). *A practical guide to photovoice: sharing pictures, telling stories and changing communities*. Manitoba: The Prairie Women's Health Centre of Excellence.
- Pallant, J., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 39–48. doi:10.1016/S0191-8869(01)00134-9.
- Paluska, S., & Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29(3), 241–256.

- Pantelidou, S., & Craig, T. K. J. (2006). Culture shock and social support: A survey in Greek migrant students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(10), 777–781. doi:10.1007/s00127-006-0096-5.
- Pantzer, K., Rajmil, L., Tebé, C., Codina, F., Serra-Sutton, V., Ferrer, M., ... Alonso, J. (2006). Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*(8), 694–698. doi:10.1136/jech.2005.044073.
- Patton, M. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. London: Sage.
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). Indicators to monitor the evolution of the economic crisis and its effects on health and health inequalities. SESPAS report 2014. *Gaceta Sanitaria*, *28*(Suppl 1), 124–31. doi:10.1016/j.gaceta.2014.03.009.
- Perilla, J. (1999). Domestic Violence as a Human Rights Issue: The Case of Immigrant Latinos. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *21*(2), 107–133.
- Peterson, N., Lowe, J., Aquilino, M., & Schnider, J. (2005). Linking social cohesion and interactional empowerment: Support and new implications for theory. *Journal of Community Psychology*, *33*(2), 233–244. doi:10.1002/jcop.20047.
- Pinel, E. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(1), 114–128. doi:10.1037/0022-3514.76.1.114.
- Portes, A., & Rumbaut, R. (1996). *Immigrant America: A portrait* (2nd ed.). Los Angeles: University of California Press.
- Quintero, J., & Clavel, M. (2005). Emigrantes, inmigrantes y estrés. *Interpsiquis*. 6º Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis. Retrieved from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/17/01/16/170116757748244654303832736509475599542>
- Ramírez, M. G., García, M. F. M., & Marín, M. J. A. (2002). La elección de fuentes de apoyo social entre inmigrantes. *Psicothema*, *14*(2), 369–374.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment. introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, *3*, 1–7. doi:10.1300/J293v03n02_02.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, *16*(2), 15–21.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, *15*(2-3), 121–148. doi:10.1007/BF00919275.

- Reboloso, E., Hernández, S., Fernández, B., & Cantón, P. (2003). The implications of immigration for the training of social work professionals in Spain. *British Journal of Social Work, 33*(1), 49–65.
- Rector, N., & Roger, D. (1997). The stress buffering effects of self-esteem. *Personality and Individual Differences, 23*(5), 799–808. doi:10.1016/S0191-8869(97)00095-0.
- Redfield, R. R., Linton, R., & Herskovits, M. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist, 38*(1), 149–152. doi:10.1525/aa.1936.38.1.02a00330.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 86–93.
- Richardson, C. G., & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(11), 979–84. doi:10.1136/jech.2005.036756.
- Rice, P., & Dolgin, K. (2002). *The adolescent, development, relationships, and culture*. Boston: Merrill-Allyn and Bacon.
- Ridde, V. (2007). Advancing knowledge Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education, XIV*(2), 63–67.
- Riedel, J., Wiesmann, U., & Hannich, H. (2011). An integrative theoretical framework of acculturation and salutogenesis. *International Review of Psychiatry, 23*(6), 555–64. doi:10.3109/09540261.2011.637912.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The Holy Grail of Health Promotion? *Health Promotion International, 9*(1), 39–47.
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). Análisi del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública, 85*(2), 129–139.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., Hernán, M., & Garcia-Moya, I. (2014). Análisis del modelo salutogénico y el sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. In M. Hernán, A. Morgan, & L. Mena (Eds.), *Formación en salutogénesis y activos para la salud* (p. 40). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Robert, G., Martínez, J. M., García, A. M., Benavides, F. G., & Ronda, E. (2014). From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *European Journal of Public Health, 24*(3), 404–9. doi:10.1093/eurpub/cku020.
- Rodwell, C. (1996). An Analysis of the Concept of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 23*(2), 305–313. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb02672.x.

- Rogers, T. (1981). A model of the self as an aspect of the human information processing system. In N. Cantan & J. Kihlstrom (Eds.), *Personality, Cognition and Social Interaction* (pp. 193–214). Hillsdale, New Jersey: Psychology Press.
- Romero, G., Castro, F., & Cervantes, R. (1988). Latinas without work; family, occupational, and economic stress following unemployment. *Psychology of Women Quarterly*, *12*(3), 281–297. doi:10.1111/j.1471-6402.1988.tb00944.x.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ross, C., & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: Control and problem-solving or support and talking. *Journal of Health And Social Behavior*, *30*(2), 206–219.
- Ross, C., & Mirowsky, J. (2013). The sense of personal control: Social-structural causes and emotional consequences. In C. Aneshensel, J. C. Phelan, & B. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 379–402). New York: Springer. doi:10.1007/978-94-007-4276-5.
- Rubin, J. & Rubin, I. (2012). *Qualitative interviewing: the art of hearing data* (3rd ed.). London: Sage.
- Ruckert, A., & Labonte, R. (2012). The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework. *Critical Public Health*, *22*(3), 267–79. doi:10.1080/09581596.2012.685053.
- Rudmin, F. (2009). Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *International Journal of Intercultural Relations*, *33*(2), 106–123. doi:10.1016/j.ijintrel.2008.12.001.
- Ruggiero, K., & Taylor, D. (1997). Why minority group members perceive or do not perceive the discrimination that confronts them: The role of self-esteem and perceived control. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *72*(2), 373–389. doi:10.1037/0022-3514.72.2.373.
- Ruiz-Olabuénaga, J. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. doi:8498306736.
- Rutter, M. (1992). Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 181–214). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sagy, S., & Antonovsky, A. (2000). The development of the sense of coherence. A retrospective study of early life experiences in the family. *International Journal of Aging and Human Development*, *51*(2), 155–166. doi:10.2190/765L-K6NV-JK52-UFKT.

- Saleebey, D. (2009). *The strengths perspective in social work practice* (5th ed.). New York: Pearson/Allyn & Bacon.
- Sartorius, N. (1989). Cross-cultural comparasions of data about quality of life a sample of issues. In N. Aaronson & J. Beckman (Eds.), *The quality of fife of cancer patients* (pp. 19–24). New York: Raven.
- Scheier, M., & Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(2), 201–228. doi:10.1007/BF01173489.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(6), 1063–1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063.
- Schensul, S., Schensul, J., & Le Compte, M. (1999). *Essential ethnographic methods: Obeservations, interviews and questionnaires*. Oxford: Alta Mira Press.
- Schmitt, D., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*(4), 623–42. doi:10.1037/0022-3514.89.4.623.
- Schmitt, M., & Branscombe, N. (2002). The meaning and consequences of perceived discrimination in disadvantatged and privileged social groups. *European Review of Social Psychology*, *12*(1), 167–199. doi:10.1080/14792772143000058.
- Scholle, S., Hasket, R., Hanusa, B., Pincus, H., & Kupfer, D. (2003). Adressing depression in obstetrics/gynecology practice. *General Hospital Psychiatry*, *25*(2), 83–90. doi:10.1016/S0163-8343(03)00006-9.
- Shavelson, R., Hubner, J., & Staton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interperatations. *Review of Educational Research*, *46*(3), 407–441. doi:10.3102/00346543046003407.
- Siefert, K., Bowman, P., Heflin, C., Danzinger, S., & William, D. (2000). Social and enviromental predictors of maternal depression in current and recent welfare recipients. *American Journal of Orthopsychiatry*, *70*(4), 510–522.
- Siegrist, J. (1993). Sense of coherence and sociology of emotions. *Social Science & Medicine*, *37*(8), 978–979.
- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: Issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(2), 345–352. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00692.x.

- Singh, G., & Siahpush, M. (2001). All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United State. *American Journal of Public Health, 91*(3), 392–399.
- Smart, L., & Wegner, D. (1999). Covering up what can't be seen: Concealable stigma and mental control. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(3), 474–486. doi:10.1037/0022-3514.77.3.474.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. Geneva: World Health Organization.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (2000). Pride and prejudice: fear of death and social behavior. *Current Directions in Psychological Science, 9*(6), 200–204. doi:10.1111/1467-8721.00094.
- Spry, N., & Marchant, T. (2014). How a personal development program enhances social connection and mobilises women in the community. *Australian Journal of Adult Learning, 54*(2), 32–53.
- Stack, S. (1981). The effect of immigration on suicide: A cross-sectional analysis. *Basic and Applied Social Psychology, 2*(3), 205–218.
- Standfeld, S. (1999). Social support and social cohesion. In M. Marnot & R. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (pp. 155–178). Oxford: Oxford University Press.
- Stankunas, M., Kalediene, R., & Starkuviene, S. (2009). Sense of coherence and its associations with psychosocial health: Results of survey of the unemployed in Kaunas. *Medicine(Kaunas), 45*(10), 807–813.
- Steele, C. (1988). The psychology of self-affirmation: sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology, 21*, 261–302. doi:10.1016/S0065-2601(08)60229-4.
- Stewart, D., & Shamdasani, P. (1990). *Focus groups: Theory and practice*. Newbury Park: Sage.
- Stolzenberg, R., Berg, G., & Maschewsky-Schneider, U. (2012). Healthy upbringing of children through the empowerment of women in a disadvantaged neighbourhood: evaluation of a peer group project. *Journal of Public Health, 20*(2), 181–92. doi:10.1007/s10389-011-0460-0.
- Strang, S., & Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumor patients and their spouses. *Palliative Medicine, 15*(2), 127–134. doi:10.1191/026921601670322085.
- Streng, J., Rhodes, S., Ayala, G., Eng, E., Arceo, R., & Phipps, S. (2004). Realidad Latina: Latino adolescents, their school, and a university use photovoice to examine and address the influence of immigration. *Journal of Interprofessional Care, 18*(4), 403–415.

- Suominen, S. (1993). *A theoretical review and empirical study about the connections between health and life control determined according to the strength of the sense of coherence*. Abo: Abo Academy University, University of Turku.
- Suominen, S., Blomberg, H., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (1999). Sense of coherence and health—does the association depend on resistance resources? *Psychology and Health, 4*(5), 937–948. doi:10.1080/08870449908407358.
- Swift, C., & Levin, G. (1987). Empowerment: An emerging Mental Health Technology. *Journal of Primary Prevention, 8*(1-2), 71–94. doi:10.1007/BF01695019.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations*. London: Academic Press.
- Tajfel, H. (1982). *Social identity and intergroups relations*. New York: Cambridge University Press.
- Tengland, P. A. (2007). Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy, 10*(2), 197–207. doi:10.1007/s11019-006-9027-1.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-9. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine, 46*(12), 1569–85. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4.
- Thomas, T. (1995). Acculturative stress in the adjustment of immigrant families. *Journal of Social Distress and the Homeless, 4*(2), 131–142. doi:10.1007/BF02094613.
- Tojar Hurtado, J. (2006). *Investigación cualitativa comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health, 18*(3), 359–384. doi:10.1177/089826430528099.
- Torres, L. (2010). Predicting levels of latino depression: Acculturation, acculturative stress and coping. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 16*(2), 256–263. doi:10.1037/a0017357.
- Torres, L., Driscoll, M., & Voell, M. (2012). Discrimination, acculturation, acculturative stress, and Latino psychological distress: A moderate-mediational model. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 18*(1), 17–25. doi:10.1037/a0026710.

- Triandis, H. (1980). Social behavior and application. In M. Segall, C. Kagitcibasi, & J. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology vol. 3* (2nd ed.). Boston: Allyn Bacon.
- Trickett, E., & Buchanan, R. (2001). The role of personal relationships in transitions: Contributions of an ecological perspective. In B. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 141–157). Chichester: John Wiley&Sons.
- Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377–387. doi:10.1007/s10865-006-9056-5.
- UCL Institute of Health Equity. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Executive Summary*. Denmark. Retrieved from <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review/executive-summary-english>.
- Urbanos, R., & Puig-Junoy, J. (2014). Austerity policies and changes in healthcare use patterns. SESPAS report 2014. *Gaceta Sanitaria, 28*(Suppl 1), 81–88. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.013.
- Van der Waerden, J. E. B., Hoefnagels, C., Hosman, C. H., Souren, P. M., & Jansen, M. W. J. (2013). A randomized controlled trial of combined exercise and psycho-education for low-SES women: short- and long-term outcomes in the reduction of stress and depressive symptoms. *Social Science & Medicine, 91*, 84–93. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.015.
- Van der Waerden, J. E. B., Jansen, M., Hoefnagels, C., & Hosman, C. (2011). Do disadvantaged women appreciate a synergetic exercise and psychoeducative program? Rationale process evaluation of the Exercise without Worries course. *International Journal of Person Centered Medicine, 17*, 180–199.
- Vilagut, G., Valderas, J., Ferrer, M., Garín, O., Lopez-Garcia, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica, 130*(19), 726–735. doi:10.1157/13121076.
- Vinokur, A., Price, R., & Schul, Y. (1995). Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. *American Journal of Community Psychology, 23*(1), 39–74. doi:10.1007/BF02506922.
- Vinokur, A., & Schul, Y. (2002). The web of coping resources and pathways to reemployment following a job loss. *Journal of Occupational Health Psychology, 7*(1), 68–83. doi:10.1037//1076-8998.7.1.68.
- Vinson, J. (2002). Children with asthma: initial development of the child resilience model. *Pediatric Nursing, 28*(2), 149–158.

- Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L., & Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica, 128*(13), 486–492. doi:10.1157/13100935.
- Vohra, N., & Adair, J. (2000). Life satisfaction of Indian immigrants in Canada. *Psychology and Developing Societies, 12*(2), 109–138. doi:10.1177/097133360001200201.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen. World Health Organization Europe.
- Wang, C. (1999). Photovoice- A Participatory Action Research. *Journal of Women's Health, 8*(2), 185–192.
- Wang, C., & Burris, M. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior, 24*(3), 369–387.
- Ware, J. J., Gandek, B., Kosinski, M., Aaronson, N., Apolone, G., & Brazier, J. (1998). The equivalence of Sf-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Quality of Life Assessment Project International. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(11), 1167–70. doi:10.1016/S0895-4356(98)00108-5.
- Ware Jr, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care, 30*(6), 473–483.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studs, J., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(4), 297–307. doi:10.1023/A:1020786917988.
- Westmeyer, J. (1986). Migration and psychotherapy. In C. Williams & J. Westmeyer (Eds.), *Refugee mental health in resettlement countries* (pp. 39–42). Washington: Hemisphere Publishing Corp Refugee mental health in resettlement countries.
- Wiking, E., Johansson, S.-E., & Sundquist, J. (2004). Ethnicity, acculturation, and self-reported health: A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*, 574–582. doi:10.1136/jech.2003.011387.
- Wilhelm, K., Parker, G., Dewhurst-Savellis, J., & Asghari, A. (1999). Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders, 54*(1-2), 139–147. doi:10.1016/S0165-0327(98)00170-0.
- Williams, L., & Labonde, R. (2007). Empowerment for migrant communities: Paradoxes for practioners. *Critical Public Health, 17*(4), 365–379. doi:10.1080/09581590701598425.
- Willis, G. (2005). *Cognitive interviewing*. Thousand Oaks. California: Sage.

- Willson, K., Green, K., Haworth-Brockman, M., & Rapaport Beck, R. (2006). Prairie women use photovoice methods to fight poverty. *Canadian Women's Studies, 25*(3-4), 160–166.
- Wolff, A., & Ratner, P. (1999). Stress, social support and sense of coherence. *Journal of Nursing Research, 21*(2), 182–197. doi:10.1177/01939459922043820.
- World Health Organization. (1948). *WHO Constitution*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (1978). Report on the Alma Ata Conference in Primary Health Care. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (1998). *Glossary of Health Promotion Terms*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: A call for action*. Geneva: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales de la Salud, Ed.). Geneva: Organización Mundial de la Salud.
- Yeh, C., Kim, A., Pituc, S., & Atkins, M. (2008). Poverty, loss and resilience: The story of Chinese immigrant youth. *Journal of Counseling Psychology, 55*(1), 34–48. doi:10.1037/0022-0167.55.1.34.
- Ying, Y., & Akutsu, P. (1997). Psychological dysfunction in Southeast Asian refugees: The contribution of sense of coherence. *Journal of Community Psychology, 25*(6), 125–139. doi:10.1023/A:1022217330005.
- Zarza, M. J., & Sobrino, 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.
- Zhu, C. Y., Wang, J. J., Fu, X. H., Zhou, Z. H., Zhao, J., & Wang, C. X. (2012). Correlates of quality of life in China rural-urban female migrate workers. *Quality of Life Research, 21*(3), 495–503. doi:10.1007/s11136-011-9950-3.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment. Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(6), 581–599. doi:10.1007/BF02506983.
- Zimmerman, M. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational and communitiy levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

8. Anexos

8. Anexos

Anexo I: Guía para la facilitadora de la realización de la encuesta del estudio

Estado civil:

- Soltera
- Soltera pero vivo con pareja
- Casada
- Viuda
- Separada
- Divorciada
- Otros (*2ª mujer ...*)

Ámbito de procedencia:

- Rural
- Urbano (se considera no solo las ciudades sino los núcleos urbanos)

Años que lleva fuera de su país: (*en todo el mundo*)

Años que vive en Cataluña: (*solo en Cataluña*)

Años de escolarización: (*número de años para poder comparar entre distintos países*)

Situación laboral: *(pueden escogerse distintas opciones)*

- Trabajo remunerado fuera de casa
- Trabajo no remunerado fuera de casa
- Trabajo en casa en tareas del hogar *(casi todas ellas marcarán dicha opción)*
- Paro *(con o sin prestación económica)*

¿Con quién convive en la actualidad?:

- Su marido e hijos
- Con sus hijos
- Con su marido
- Sola
- Otros *(especificar)*

En su día a día, ¿Cuánto tiempo del día dedica al cuidado de sus familiares? *(deben marcarse los números, el texto es solo orientativo)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Bastante			Mucho		Todo

¿Qué implicación tiene la espiritualidad/religiosidad en el día a día de su vida?

(Deben marcarse los números, el texto es solo orientativo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Bastante			Mucho		Todo

A partir de aquí se inician los cuestionarios y debe tan sólo marcarse una respuesta en cada una de las preguntas. Las respuestas son los valores numéricos, el texto es tan solo orientativo. Debido a la dificultad de comprensión por parte de las participantes de las preguntas formuladas en negativo se permite que la encuestadora les formule dichas preguntas en afirmativo.

Anexo II: Cuestionario Ad hoc

INICIALES NOMBRE: _____

EDAD:

Estado civil:

- Soltera
- Soltera pero vivo con pareja
- Casada
- Viuda
- Separada
- Divorciada
- Otros

País de nacimiento: _____

Ámbito de procedencia:

- Rural
- Urbano

Años que lleva fuera de su país:

Años que vive en Cataluña:

Años de escolarización:

Situación laboral:

- Trabajo remunerado fuera de casa
- Trabajo no remunerado fuera de casa
- Trabajo en casa en tareas del hogar
- Desempleo

Situación socioeconómica:

- Muy buena
- Buena
- Mala
- Muy mala

Familiares a cargo: (hijos, padres, hermanos,...)

- Si
- No

Nº de Hijos:

- 0
- 1
- 2
- 3
- Más de 3

¿Con quién convive en la actualidad?:

- Su marido e hijos
- Con sus hijos
- Con su marido
- Sola
- Otros

En su día a día, ¿Cuánto tiempo del día dedica al cuidado de sus familiares?

- | | | | | | | | | | |
|-------------|---|-------------|---|-----------------|---|---|--------------|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | Poco | | Bastante | | | Mucho | | Todo |

¿Qué implicación tiene la espiritualidad/religiosidad en el día a día de su vida?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada Poco Bastante Mucho Todo

Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

	Mucho menos de lo que	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

En general, estoy satisfecho conmigo mismo

1	2	3	4
Totalmente desacuerdo			Totalmente de acuerdo

A veces pienso que no soy bueno en nada

1	2	3	4
Totalmente desacuerdo			Totalmente de acuerdo

Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades

1 2 3 4
Totalmente desacuerdo Totalmente de acuerdo

Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas

1 2 3 4
Totalmente desacuerdo Totalmente de acuerdo

Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso

1 2 3 4
Totalmente desacuerdo Totalmente de acuerdo

A veces me siento realmente inútil

1 2 3 4
Totalmente desacuerdo Totalmente de acuerdo

Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente

1 2 3 4
Totalmente desacuerdo Totalmente de acuerdo

Ojalá me respetara más a mí mismo

1 2 3 4
Totalmente desacuerdo Totalmente de acuerdo

En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado

1 2 3 4
Totalmente desacuerdo Totalmente de acuerdo

¿Tiene Vd. la impresión de que le están tratando de forma injusta?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

Hacer las cosas que Vd. hace todos los días...

1	2	3	4	5	6	7
Me produce una gran alegría y satisfacción						Me produce dolor y aburrimiento

¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. que preferiría no tener?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados.

¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca					Muy a menudo	

Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...

1	2	3	4	5	6	7
Le dio más importancia o menos de la que en verdad tenía					Dio a las cosas la importancia justa	

¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Rara vez o nunca	

¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Rara vez o nunca	

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ²	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵
--	---	--	--	---

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Anexo III: Carta Aprobación CEIC



Avinguda de França s/n.
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta

Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, amb domicili a Av. de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA:

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 23/02/2015 ha avaluat el projecte: **TESIS DOCTORAL "Intervenció promotora de salut en dones immigrants en risc d'exclusió social des de la perspectiva salutogènica"** Cod. 2015.029, amb la Sra. ANNA BONMATI TOMAS com a investigadora principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedeixo aquest certificat.

Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta
Comitè Ètic
d'Investigació Clínica
Institut Català de la Salut

Girona, 2 de març de 2015

Anexo IV: Hoja de información al paciente y consentimiento informado en versión en lengua catalana y española

FULLA D'INFORMACIÓ

TÍTOL DE L'ESTUDI: Intervenció promotora de salut en dones immigrants en risc d'exclusió social des de la perspectiva salutogènica

DOCTORAND: Anna Bonmatí

DIRECTORES: Dra. Dolors Juvinyà i Canal i Dra. Maria del Mar Garcia Gil

INTRODUCCIÓ:

Ens dirigim a vostè per informar-la sobre un estudi d'investigació en el que se la convida a participar. Aquest estudi té com a objectiu avaluar l'apoderament de les dones immigrants després d'una intervenció promotora de la salut. L'estudi ha estat avaluat i aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Cal que sàpiga que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment informat en qualsevol moment, sense que per això suposi cap perjudici per a vostè.

DISSENY GENERAL DE L'ESTUDI

Per realitzar aquest estudi d'investigació es realitzaran 4 sessions trobades-col·loqui amb grups entre 6 i 8 dones amb un màxim de 2 hores de durada.

L'estudi s'iniciarà el novembre de 2014 i s'obtindran els resultats el juny de 2016.

La seva col·laboració en l'estudi consistirà en participar en aquestes trobades-col·loqui i en contestar un qüestionari abans i després d'aquestes.

BENEFICIS I RISCOS DERIVATS DE LA SEVA PARTICIPACIÓ EN L'ESTUDI

Vostè no obtindrà cap benefici per participar en aquest estudi. Tampoc rebrà cap compensació econòmica. Val a dir que no hi ha riscos associats en la participació de l'estudi.

CONFIDENCIALITAT

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els participants en l'estudi es realitzarà segons allò establert a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal.

Les dades recollides per l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i només la investigadora de l'estudi podrà relacionar aquestes dades amb vostè.

Si vostè té algun dubte i/o qüestió relacionada amb l'estudi pot contactar amb:

Anna Bonmatí Tomàs anna.bonmati@udg.edu

CONSENTIMENT INFORMAT

Jo (nom i cognoms)

He llegit la fulla d'informació que se m'ha donat
He pogut fer les preguntes que he volgut sobre l'estudi
He rebut suficient informació sobre l'estudi

I

Comprenc que la meva participació a l'estudi és voluntària
Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:

- Quan vulgui
- Sense haver de donar explicacions
- Sense que aquesta retirada tingui cap repercussió

Per tot això dono la meva conformitat en participar a l'estudi i dono el meu consentiment per la utilització de les meves dades en les condicions detallades en la Fulla d'Informació

Nom:

Firma de la participant:

Data:

Nom:

Firma de la investigadora:

Data:

NOTA: aquest document es firmarà per duplicat, una còpia serà per l'investigador i l'altra per la participant.

HOJA DE INFORMACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: Intervención promotora de salud en mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión social desde una perspectiva salutogénica

DOCTORANDA: Anna Bonmatí

DIRECTORAS: Dra. Dolors Juvinyà i Canal i Dra. Maria del Mar Garcia Gil

INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarla sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio tiene como objetivo la evaluación del empoderamiento de las mujeres inmigrantes después de la realización de una intervención promotora de la salud. Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en el mismo o bien cambiar su decisión y retirar el consentimiento informado en cualquier momento, sin que esto suponga ningún perjuicio para usted.

DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo este estudio de investigación se realizarán 4 sesiones de encuentros coloquio en grupos de 6 a 8 mujeres cuya duración no superará las 2 horas.

El estudio se iniciará el noviembre de 2014 y se obtendrán los resultados en junio de 2016.

Su colaboración en dicho estudio consistirá en participar en estas sesiones y en rellenar un cuestionario antes y después de estas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Usted no obtendrá ningún beneficio por su participación en este estudio. Tampoco recibirá ninguna compensación económica. Debe también decirse que no hay riesgos relacionados con la participación en este estudio

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos personales de todas las participantes en el estudio se llevará a cabo según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Los datos recogidos en dicho estudio estarán identificados mediante un código y tan solo la investigadora del estudio podrá relacionar dichos datos con su persona.

Si usted tiene alguna duda y/o cuestión relacionada con el estudio, puede contactar con:

Anna Bonmatí Tomàs anna.bonmati@udg.edu

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha dado
He podido realizar las preguntas que he querido sobre el estudio
He recibido suficiente información sobre el estudio

Y

Comprendo que mi participación en este estudio es voluntaria
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esta retirada tenga ninguna repercusión

Por todo ello doy mi conformidad en la participación en el estudio y doy mi consentimiento para la utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información

Nombre:

Firma de la participante:

Fecha:

Nombre:

Firma de la investigadora:

Fecha:

NOTA: este documento se firmará por duplicado, una copia será para la investigadora y otra para la participante