

Mayara Nascimento Darze

**Ansiedade, Depressão e Estresse em Refugiados e Solicitantes de Asilo na Espanha:
O Papel Moderador da Auto-Compaixão e a Preocupação como Traço Transdiagnóstico**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Faro, Portugal

30 de setembro de 2024

Mayara Nascimento Darze

**Ansiedade, Depressão e Estresse em Refugiados e Solicitantes de Asilo na Espanha:
O Papel Moderador da Auto-Compaixão e a Preocupação como Traço Transdiagnóstico**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Sob orientação da Prof^ª. Doutora Antónia María Jiménez Ros



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Faro, 2024

**Ansiidade, Depressão e Estresse em Refugiados e Solicitantes de Asilo na Espanha:
O Papel Moderador da Auto-Compaixão e a Preocupação como Traço Transdiagnóstico**

Declaração de Autoria de Dissertação

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores de outros trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída

Mayara Nascimento Darze

«*Copyright*» em nome de Mayara Nascimento Darze

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Quotando Fernando Pessoa, “Olá guardador de rebanhos, o que te diz o vento que passa? Que é vento e que passa!”, eu inicio o agradecimento desta tese. Percorri uma jornada sinuosa, com incontáveis pedras no caminho, ventos, quedas, mãos de apoio e vozes de acalento. Neste caminho, a busca pela sabedoria culminou no autoconhecimento, o que me fez descobrir uma versão de mim mesma perseverante, insistente e capaz.

A dissertação de mestrado é o culminar de um percurso de enriquecimento profissional e pessoal, do qual fizeram parte pessoas que contribuíram profundamente. Dito isto, gostaria de manifestar a minha mais intensa gratidão ao meu filho, Caíque Baira, quem me permitiu retomar este propósito e me empoderar por este sagrado afeto. Tornei-me mãe! Precisava, portanto, ir mais longe.

Voltei à universidade, nove anos depois. Então, mais do que um projeto, um intento ou intuito, eu nutri um desejo. Este desejo foi concluir o mestrado e poder aplicar todo conhecimento científico, académico, transpassar as minhas experiências de tão vivida vida, e retomar o objetivo de ser psicóloga. Hoje, aparentemente, para além do sonho, produzi uma realidade. Realidade esta, que só foi possível com o apoio de toda uma aldeia que me cerca, me inspira e me encoraja. À minha orientadora, a Professora Doutora Antónia Ros, muito obrigada! Pelo apoio, motivação e disponibilidade. Para além do saber profissional, por ter sido humana, compreendido as minhas limitações, me incentivado a ser melhor e ir em frente. À *Cruz Roja* de Huelva, em especial a psicóloga Cármen Vásquez pelo acolhimento genuíno. À todos os participantes desta investigação, obrigada por aceitar fazerem parte.

Para além destas, agradecer a uma comunidade de mulheres, mães, colegas da universidade, amigas e familiares, que caso cite nomes tornarei absurdamente extenso os meus agradecimentos, mas que, sem elas, o suporte, conselhos, palavras de encorajamento, e presença, ainda que com um oceano de distância, este mestrado não teria sido possível. Gratidão também, ao meu companheiro de vida, Leonardo Baira, quem mesmo, afirmando muitas vezes sobre a minha suposta loucura em atravessar um país para estudar, me apoiou, esteve presente para o nosso filho e ao meu lado.

A todos vocês, o meu mais sincero agradecimento. O que parece o fim de um ciclo é um novo começo, munida com novas habilidades e competências, renasce um novo eu. Com um filho de 30 dias no braço, para compor novos acordes no meu propósito, Nilo Zaki, obrigada por ter vindo.

Espio o meu passado, contemplo história, miro o futuro e penso mais uma vez em Fernando Pessoa:

“Saúdo a todos os que me lerem. Tirando-lhes o meu chapéu largo
(...) Saúdo e desejo-lhes sol, e chuva, quando a chuva é precisa...”

Resumo

A saúde mental dos imigrantes tem despertado a atenção da comunidade científica devido a prevalência de perturbações a nível mental nesta população. O estudo em questão foca nos impactos da preocupação e da auto-compassão em relação a ansiedade, depressão e estresse em solicitantes de asilo e refugiados, na Espanha. Investigou-se também a interação dos acontecimentos negativos de vida (AVN). A amostra foi composta por 25 indivíduos, refugiados ou solicitantes de asilo, de ambos os sexos (48% masculino e 52% feminino), com idades compreendidas entre 24 e 60 anos ($M=37,80$; $DP=10,09$). Estes responderam a um questionário Sociodemográfico, *Depression Anxiety and Stress Scale*, *Penn State Worry Questionnaire*, *Spanish State Scale Self-Compassion Long Version* e a *Escala de Apreciación del Estrés General*. Com relação a prevalência da sintomatologia, foi encontrado que 72% apresentam algum grau de ansiedade, 100% algum nível de depressão e 48% algum indicativo de estresse (distribuídos em leve, moderado, severo ou extremamente severo). Dentro das análises realizadas, a variável da preocupação, correlacionou positivamente com as três variáveis dependentes (VD), ansiedade, depressão e estresse. Resultados esperados, tendo em conta a hipótese de a preocupação ser um traço transdiagnóstico preditor destas sintomatologias. No que concerne a auto-compassão, esta impactou apenas a depressão, revelando que quanto maior o nível de auto-compassão menor o nível de sintomatologia depressiva, para as demais variáveis dependentes a hipótese não foi confirmada. Testou-se a auto-compassão como moderadora da preocupação, derivando a resultados com significância estatística, mas não sendo suficiente para confirmar a hipótese, devido ao tamanho amostral. A AVN não correlacionou com nenhuma das variáveis dependentes. Este estudo contribui para uma maior compreensão dos desafios psicológicos enfrentados por imigrantes e refugiados, sugerindo que abordagens focadas em reduzir a preocupação e promover

a auto-compassão podem ser promissoras para esta população. Os resultados observados são corroborados com base na literatura atual.

Palavras-chave: Imigração, ansiedade, depressão, estresse, preocupação, auto-compassão, acontecimentos negativos de vida.

Abstract

The mental health of immigrants has garnered attention from the scientific community due to the prevalence of mental disturbances within this population. This study focuses on the impact of worry and self-compassion on anxiety, depression, and stress in asylum seekers and refugees in Spain. The interaction of negative life events (NLE) was also investigated. The sample consisted of 25 individuals, either refugees or asylum seekers, of both sexes (48% male and 52% female), aged between 24 and 60 years ($M=37.80$; $SD=10.09$). Participants completed a sociodemographic questionnaire, the Depression Anxiety and Stress Scale, the Penn State Worry Questionnaire, the Spanish State Self-Compassion Long Version Scale, and the General Stress Perception Scale. Regarding the prevalence of symptoms, it was found that 72% exhibited some level of anxiety, 100% showed some level of depression, and 48% showed signs of stress (distributed across mild, moderate, severe, or extremely severe levels). In the analyses, the worry variable was positively correlated with the three dependent variables (DV): anxiety, depression, and stress. These results were expected, considering the hypothesis that worry is a transdiagnostic predictor of these symptoms. In relation to self-compassion, it only impacted depression, revealing that the higher the level of self-compassion, the lower the depressive symptoms. The hypothesis was not confirmed for the other dependent variables. Self-compassion was tested as a moderator of worry, yielding statistically significant results, but not sufficient to confirm the hypothesis due to the sample size. NLE did not correlate with any of the dependent variables. This study contributes to a better understanding of the psychological challenges faced by immigrants and refugees, suggesting that approaches focused on reducing worry and promoting self-compassion may be promising for this population. The observed results are supported by the current literature.

Keywords: Immigration, anxiety, depression, stress, worry, self-compassion, negative life events.

Índice Geral

1. Introdução.....	1
1.1 Imigração, Asilo e Refugiados.....	3
1.2 Vulnerabilidade Psicossocial da População Requerente de Asilo e Refugiados.....	5
1.3 Ansiedade, Depressão e Estresse.....	6
1.4 A Preocupação e sua Interseção nos Sintomas de Ansiedade, Depressão e Estresse....	9
1.5 Acontecimentos Negativos de Vida e sua Relação com Sintomatologias.....	11
1.6 A Auto-Compaixão como Moderadora da Ansiedade, Depressão e Estresse.....	13
2. Objetivos.....	15
3. Método.....	16
3.1 Delineamento do Estudo (<i>Design</i>).....	16
3.2 Amostra.....	16
3.3 Instrumentos.....	18
4. Procedimentos.....	22
4.1 Recolha de Dados.....	21
4.2 Análise de Dados.....	22
5. Resultados.....	24
5.1 Análise Descritiva.....	24
5.2 Análise de Correlação e Moderação	25
6. Discussão	30
7. Considerações Finais.....	33
8. Referências Bibliográficas.....	34
ANEXOS.....	45

Índice de Tabelas

Tabela 1. Prevalência de ansiedade, depressão e estresse.....	25
Tabela 2. Estatísticas Descritivas da Auto-Compaixão, Preocupação, e AVN.....	25
Tabela 3. Correlação entre Ansiedade, Depressão, Estresse, Preocupação, Auto-compaixão, Intensidade e Número de AVN.....	27
Tabela 4. Efeitos do Modelo de Moderação para a Ansiedade.....	28
Tabela 5. Efeitos do Modelo de Moderação para o Estresse.....	29
Tabela 6. Efeitos do Modelo de Moderação para a Depressão.....	30
Tabela 7. Características Sociodemográficas da Amostra.....	45

Lista de Figuras

- Figura 1.** Modelo de Moderação Relativamente ao Efeito entre Preocupação e Ansiedade, Depressão e Estresse.
- Figura 2.** Efeitos do Modelo de Moderação (Ansiedade) – Gráfico de Inclinação
- Figura 3.** Efeitos do Modelo de Moderação (Estresse) – Gráfico de Inclinação
- Figura 4.** Efeitos do Modelo de Moderação (Depressão) – Gráfico de Inclinação

Índice de Anexos

Anexo A. Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido	44
Anexo B. Cuestionario de datos Sociodemográfico, Clínico y Conocimientos Previos de Salud Mental.....	46
Anexo C. The depression Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21 Lovibond & Lovibond, 1995; versão espanhola Daza et al., 2002).....	50
Anexo D. State Self-Compassion Scale -Long Version (SSCS-L, Neff, 2003; versão espanhola Galiana et al., 2022).....	52
Anexo E. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ, Meyer et al., 1990, versão espanhola Sandin & Chorot, 1995).....	54
Anexo F. Escala de Apreciación del Estrés General (EAE-G, Fernández-Seara & Robles, 2001).....	57

Lista de Siglas

ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados

APA - *American Psychiatric Association*

AVN - Acontecimentos de Vida Negativos

CICV - Comitê Internacional da Cruz Vermelha

CRE - *Cruz Roja España*

CV- Cruz Vermelha

DASS-21- *Depression Anxiety and Stress Scale*

DP - Desvio Padrão

EAE-G- *Escala General do Estrés*

ICRC – *International Comitte of the Red Cross*

IOM – *International Organization for Migration*

IRC – *International Rescue Committee*

M – Média

PAG - Perturbação da Ansiedade Generalizada

PSWQ - *Penn State Worry Questionnaire*

SSSC-L - *Spanish State Scale Self-Compassion*

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UE - União Europeia

UNHCR - *United Nation Hight Commissioner Refugees*

VD- Variável Dependente

VM- Variável Moderadora

VI- Variável Independente

1. Introdução

A *Mental Health Foundation* (2023), fundação do Reino Unido, afirma que os requerentes de asilo e refugiados têm maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados a saúde mental do que a população local. Incluindo taxas mais elevadas de depressão, perturbação do estresse pós-traumático e outras perturbações da ansiedade.

Fazel et al. (2005), revisaram 20 artigos publicados em 24 revistas científicas referentes a temática da saúde mental e migração forçada, sendo analisados um total de 6.743 adultos de diversas nacionalidades. Os autores evidenciaram em 17 estudos, sintomatologia significativa de perturbação do estresse (em especial o pós-traumático), 14 estudos identificaram perturbação de depressão major para um total de 3.616 refugiados e cinco estudos sobre ansiedade generalizada, que abrangeram 1.423 adultos refugiados, conferindo a 4% o diagnóstico de Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG). Em resumo, o resultado desta meta análise sugere que cerca de um em cada 10 adultos refugiados em países ocidentais, sofrem de estresse, cerca de um em cada 20 tem depressão severa, e cerca de um em cada 25 tem uma perturbação da ansiedade generalizada.

Conforme o exposto, faz-se relevante um olhar dedicado a saúde mental desta população especialmente vulnerável e, em constante crescimento no território da União Europeia (UE). No campo da psicologia, uma série de modelos cognitivos vêm sendo propostos ao longo das últimas décadas para integrar os processos cognitivos, sociais e emocionais das perturbações da ansiedade (Borkovec, 1994, Dugas & Ladouceur, 1997; Wells, 2009; Clark & Beck, 2010), da depressão (Beck, 1967, 1976; Lewinson, 1974, 1985; Seligman, 1975; Rehm, 1977), e do estresse (Lazarus

& Folkma, 1984; Foa & Rothbaum, 1989; Ehlers & Clark, 2000). Esses modelos, buscam não apenas explicá-las, mas também direcionar intervenções mais eficazes, no sentido de tratamento e promoção de saúde. Nos últimos anos, surgiram diferentes intervenções psicológicas de natureza transdiagnóstica, ou seja, focadas em abordar os mecanismos etiológicos e de manutenção de diferentes perturbações, a exemplo da preocupação (Rosellini et al., 2015).

Para além da preocupação, que será investigada neste trabalho, buscou-se majorar a compreensão referente ao constructo da auto-compaixão, e como este se correlaciona com as perturbações já citadas. Buscando assim, uma estratégia para promoção de saúde que possa ser aplicada com este grupo de indivíduos tão vulnerabilizados a nível psicossocial. Atentando para o fato de que esta população passa um tempo razoável em situação de acolhimento, em organizações e/ou fundações tanto governamentais como não governamentais, seria um ganho para a saúde pública, práticas de intervenção, prevenção e promoção de saúde embasadas na ciência.

Desta forma, esta investigação examina um panorama da saúde mental dentre um grupo de imigrantes requerentes de proteção internacional e refugiados da província de Huelva, ES, acolhidos pela organização da Cruz Vermelha (CV). Baseia-se numa série de estudos para destacar algumas questões-chave e emergentes no que concerne a saúde mental, e traços transdiagnósticos, relacionados a sintomatologia depressiva, ansiosa e do estresse, tal como, majorar a compreensão do constructo da auto-compaixão, como moderadora na saúde mental, para por fim, propor uma possível agenda de futuras pesquisas e possibilidades de intervenção e promoção de saúde para este grupo.

O objetivo deste estudo, consistiu em recolher e examinar informações e dados através de instrumentos de autorrelato, num contexto de acolhimento da instituição CV, a qual atua

coordenada com o *Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migración*. Os resultados dos questionários de pesquisa aplicados, DASS-21, PSWQ, SCS e EAE-G, foram recolhidos dentro da CV, em uma amostra de 25 indivíduos, imigrantes, participantes do programa de proteção internacional na instituição da *Cruz Roja Huelva*, na capital da província de Huelva, na Espanha.

1.1 Imigração, Asilo e Refugiados

Em toda a história da humanidade, uma das constantes é o fato de que para prosperar e permanecer seguros, as pessoas fizeram movimentos de deslocamento, de migração. A natureza nômade do ser humano permitiu explorar e popular uma extensa área, atualmente habitada em nosso planeta. O impulso de descobrir, buscar terras mais férteis, climas amenos e melhores oportunidades de reprodução da nossa espécie, foi algo favorável para a nossa evolução (Tripunoska, 2022).

Primeiramente, faz-se importante esclarecer que a migração, é um movimento geográfico, ou seja, movimento de uma população através de certas fronteiras para formar um novo, permanente ou temporário lugar de residência. O termo imigrante refere-se a uma ampla variedade de indivíduos e grupos, que entram a um país estrangeiro por distintas razões, como afinidade, razões climáticas, oportunidades de trabalho, de estudo, entre outros (Deaux, 2006). Enquanto Dantas, et al., (2010) assinala que a migração é o mais complexo de todos os processos populacionais devido as suas numerosas dimensões, as quais abrange: quem se move, com que frequência, de onde e para onde, e os motivos (económicos, sociais, religiosos, climáticos, entre outros).

Segundo dados divulgados pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), em 2013, 3,2% da população mundial, viviam fora do seu país de origem. A maioria dos imigrantes

atravessou a fronteira em busca de melhores condições económicas e oportunidades sociais. Outros estão sendo forçados a fugir de países devido a crises, conflitos e guerras. A migração interna nos países também está aumentando (International Committee of the Red Cross [ICRC], 2014).

Desta forma, o que se evidencia no cenário atual, é um século marcado por um dos maiores deslocamentos de população documentados na história recente. Entre 2013 e 2024, o movimento migratório global aumentou de forma significativa, impulsionado por diversos fatores como conflitos e crises humanitárias, desigualdades socioeconómicas, crises políticas e fenómenos climáticos. De acordo com as informações publicadas pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), no ano de 2023, 110 milhões de pessoas migraram forçosamente do seu país de origem por motivos de perseguição, conflito, violência e violação dos direitos humanos. Deste total, 62,5 milhões de pessoas são deslocadas internamente, 6,1 milhões requerentes de asilo, 36,4 milhões refugiados e 5.3 milhões solicitantes de proteção internacional (United Nation Hight Commissioner Refuges [UNHCR], 2024).

Reconhece-se, portanto, o crescente movimento migratório, o qual necessita um olhar macro, envolvendo aspetos para além do social, geográfico e político, e incluir também, uma reflexão de como está a saúde desta população. Como estes indivíduos chegam ao país recetor a nível de saúde mental? Quais as principais suscetibilidades que devem ser abordadas? De que forma os profissionais de saúde podem e devem atuar com essa população?

Destaco ainda, que no caso desta pesquisa, o termo imigrante será utilizado para se referir a grupos minoritários étnicos estabelecidos como refugiados e requerentes de asilo. Estes dois grupos, são indivíduos que buscam proteção internacional, um lugar onde possam estar em segurança e com os seus direitos humanos protegidos e garantidos. A diferença entre eles, é que o

primeiro, se enquadra nas convenções de Genebra sobre refugiados, ou seja, alguém que teve de deixar o seu país natal de maneira forçosa por causa de etnia, religião, convicção política, ou pertencimento a um grupo social. O segundo, são pessoas que fizeram um requerimento para receber asilo, mas, cujo pedido de estatuto de refugiado não foi determinado legalmente, ou seja, ainda não obtiveram resposta (International Rescuer Comittee [IRC], 2018).

Por tratar-se de um grupo de alta vulnerabilidade biopsicossocial, que compõem e moldam as novas características populacionais, sociais e económicas da União Europeia (UE), a presente pesquisa faz-se relevante, por trazer dados atualizados sobre a saúde mental destes indivíduos, e compreender cientificamente possíveis interações da preocupação e da auto-compaixão com as principais sintomatologias apresentadas por eles, ajudando assim, a elaborar possíveis abordagens a nível psicológico.

1.2 Vulnerabilidade Psicossocial da População Requerentes de Asilo e Refugiados

Os estudos realizados para avaliar níveis de ansiedade, depressão e estresse (em especial pós-traumático), na população de requerentes de asilo e refugiados são diversos. Por exemplo, Carlson & Rosser-Hoga (1991) revelaram taxas de depressão que variam de 15% a 80%. Adicionalmente às experiências traumáticas do passado, referidas ao período pré-migração, os indivíduos enquanto aguardam individualmente o requerimento de asilo, costumam vivenciar um estado de insegurança e medo constante de repatriação, e/ou de uma resolução negativa face a sua requisição. Os mesmos autores, em pesquisa anterior, escrevem sobre o risco de re-traumatização desta população, tendo em vista os longos e burocráticos processos que estão submetidos (Silove et al., 1993). Para além disso, estes frequentemente revivem episódios traumáticos, ao contar e re-contar as suas histórias mediante órgãos competentes, no caso da Espanha, a *Policía Nacional*, *extranjería*, instituição de acolhimento e advogados.

Ressalto neste sentido, que para além das possíveis memórias traumáticas e experiências negativas vivenciadas em um passado próximo, estes indivíduos sobrecarregam as suas cognições de preocupações e inseguranças, tanto no que diz respeito ao seu processo judicial de proteção internacional, quanto as dificuldades de adaptação aos programas de acolhimento, à nova cultura e ao idioma. Terem de lidar com burocracias, preconceitos, xenofobia e delongas na resolução dos seus processos, são possíveis fatores precipitantes que podem potencializar pensamentos negativos ruminativos e preocupações. Borkovec et al., (2004, *cit in* Johnson et al., 2024), postula que os processos cognitivos desadaptativos como a preocupação, que envolve a consciência e pensamentos persistentes sobre possíveis ameaças futuras, podem desempenhar um papel importante na etiologia e manutenção da ansiedade.

Corroborando com o levantado anteriormente, Vukčević et al., (2023) constatam dentre um grupo de refugiados, severos sintomas referentes a ansiedade em 37,8% da amostra que consistia em 201 refugiados no país da Sérvia. Enquanto Silove et al., (1997), destaca em seu estudo realizado com uma amostra de 40 solicitantes de asilo, acolhidos por uma comunidade Jesuíta no centro de Sydney, AU, que mais de 50% da amostra demonstraram sintomatologia referentes a saúde mental, 1/4 dos sujeitos apresentavam sintomatologia ansiosa e 1/3 sintomatologia depressiva.

1.3 Ansiedade, Depressão e Estresse.

Os dados expostos anteriormente, evidenciam a relação entre os impactos a nível mental do imigrante às sintomatologias de ordem da ansiedade, depressão e estresse. Por tanto, faz-se importante compreender o funcionamento destas três perturbações abordadas no decorrer deste estudo.

De modo geral, segundo a teoria cognitivo-comportamental, as três psicopatologias abarcam sintomas a níveis físico, comportamental, motivacional, cognitivo e interpessoal (Rojas & Aguilera, 2007). Sendo importante, portanto, compreender a etiologia, manutenção e funcionamento da sintomatologia que culmina na perturbação.

Ao trazer a ansiedade como uma das perturbações predominantes neste grupo, faz-se relevante a ressalva de que disfunções da ordem da ansiedade, correlacionam a preocupação excessiva como o erro cognitivo nuclear desta (Wright, 2018). Trazendo para o contexto migratório, a apreensão do futuro, enfrentar o desconhecido, a incerteza relacionada a resolução dos processos, e, a inquietação para com os membros familiares que permaneceram no país de origem, são queixas, pensamentos e medos comuns. Desta forma, o estado de estar preocupado com algo, pode ser constante naqueles que se encontram em situação de acolhimento.

Na limitada literatura sobre a preocupação na população imigrante, Xu et al., (2017) avaliou a preocupação em idosos chineses que migraram para outro país, constatando que estes apresentavam um nível maior de preocupação ($M=12,97$) do que os não imigrantes ($M=9,25$). Enquanto Ludwig-Dehm et al., (2023), comparou grupos de imigrantes na Suíça durante o COVID-19 e constatou que este tinha mais preocupação que os nativos com uma diferença de 1,81 pontos.

A sensação de não ter, ou ter pouco controle sobre o presente e futuro, de estar sujeito a regras e tutelas de instituições, a possibilidade de repatriamento, dificuldade em se comunicar no idioma do país recetor, em se alimentar, a condição de espera das permissões de trabalho e moradia, entre outros, permeiam uma estadia difícil para àqueles que ali estão.

O modelo cognitivo, propõe ainda, que um dos principais fatores de vulnerabilidade da ansiedade, é uma história de múltiplos acontecimentos traumáticos (perdas de entes queridos, agressões, etc.) (Riskind & Williams, 1999), acontecimentos estes que são comumente trazidos em narrativas da população solicitante de asilo e refugiados. Por razões históricas, políticas, e geográficas, o país de origem destes imigrantes tendem a um histórico de altos índices de violência, onde pode ser comum situações de assaltos, extorsões, homicídios, sequestros, organizações políticas que privam liberdades como ditaduras, e conflitos armados como guerra civis e militares.

Trazendo o estresse como a segunda variável estudada nesta investigação, entende-se este como resposta fisiológica ao medo e a ansiedade (Horowitz, 1993). Ou seja, é a reação ao que se percebe como ameaçador ou perigoso. No cérebro humano, as alterações decorrentes de um trauma, são tentativas de respostas adaptativas à nova ordem, imposta por eventos que desestruturam nossas crenças e cognições (Knapp & Camina, 2003). Conduzindo a teoria para a prática investigativa, o ato de migrar induz um estado ansioso, o qual orienta nossa resposta fisiológica. A depender dos fatores de vulnerabilidade (como acontecimentos negativos de vida), das estratégias de *coping*, níveis de preocupação, rasgos de personalidade, características assertivas, entre outros, esta resposta pode ser adaptativa ou culminar a um estresse crônico. Knapp & Camina (2003) expõe ainda, que sob a ótica darwiniana, são respostas adaptativas, as que evitam o não-reconhecimento e a exposição do organismo a situações potencialmente perigosas.

Destaco ainda, que embora os autores consultados durante o levantamento bibliográfico desta investigação, mencionem o estresse pós-traumático como uma psicopatologia de destaque na população de refugiados, este tema não é foco deste estudo e, por tanto não será aprofundado.

Por último, ao explorar a depressão como objeto nesta pesquisa, Beck, (1991) postula que as experiências precoces, tais como, abuso, negligência, educação, pobreza entre outros, são fundamentais para predizer os nossos esquemas cognitivos de autonomia e autoestima. Mais uma vez, os acontecimentos ou experiências de vida, evidenciam-se como de grande influência à nossa cognição e emoção. Ainda de acordo com esta teoria, os nossos esquemas cognitivos impactam a forma de processamento do estressor, que no caso desta investigação é a migração forçada.

Tendo em vista, em grande frequência, os imigrantes serem de origem socioeconómica desfavorecida, advindos de países onde há baixos níveis de educação e saúde, altas taxas de pobreza e por estes terem maior probabilidade de haver passado por experiências de vida traumáticas anteriores a migração (motivos pelo quais solicitam asilo), pode-se predizer que as formas de processamento (ruminação, memória automática etc.) tendem a ser desadaptativas, logo, lidar com o estressor torna-se, relativamente complexo.

Conclui-se, portanto, que dentro da teoria cognitiva, indivíduos com historial de vida permeado por eventos adversos, e que no presente experienciam medo e preocupações, como o caso do grupo investigado neste ensaio, tendem a somatizar níveis de ansiedade, depressão e estresse, o que torna coerente propor uma investigação para averiguar a saúde mental desta população e caminhar no sentido das hipóteses que irão ser propostas.

1.4 A Preocupação e sua Intersecção nos Sintomas da Ansiedade, Depressão e Estresse

A preocupação é um processo cognitivo caracterizado por uma cadeia de pensamentos repetitivos e de viés negativo sobre hipotéticos estressores futuros Borkovec et al., (1998 *cit in* Vieira et al., 2023) e, quando crônica, é a característica marcante do transtorno de ansiedade generalizada (American Psychiatric Association [APA], 2022). Da perspectiva do modelo

transacional de estresse e enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984), a preocupação crônica pode ser entendida como uma estratégia de *coping* utilizada em resposta a avaliações cognitivas negativas de eventos futuros hipotéticos e ao conseqüente estresse psicológico gerado (Fugate et al., 2005).

Indivíduos que se preocupam cronicamente tendem a avaliar eventos futuros hipotéticos como ameaçadores, mesmo quando os conteúdos são ambíguos (Ogniewicz et al., 2014), e relatam uma capacidade percebida relativamente baixa para lidar com o seu pior medo, caso este se tornasse realidade (Ovanessian et al., 2019). Em segundo lugar, quando as exigências de um evento são percebidas como superiores à capacidade de lidar com elas, propõe-se que um indivíduo experimente estresse psicológico Lazarus & Folkman, (1984, *cit in* Fugate et al., 2005). Na verdade, os indivíduos que se preocupam cronicamente relatam níveis elevados de ansiedade-estado em resposta a cenários que consideram ameaçadores (Skodzik et al., 2016).

Embora alguns autores apontem que preocupação pode desempenhar um papel importante para reduzir temporariamente a ansiedade e outros sentimentos desconfortáveis, Borkovec's (1994) em sua teoria "*Cognitive Avoidance Theory of Worry*" argumenta que quando envolvida cronicamente, esta é uma estratégia desadaptativa e evitativa que impede o processamento emocional de estímulos temidos. As avaliações negativas e os significados ameaçadores associados a estes medos são preservados, paradoxalmente levando-os a provocar mais ansiedade, angústia e preocupação ao longo do tempo, numa natureza cíclica Borkovec (1994, *cit in* Garay et al., 2019).

Desta forma, tendo em vista o cenário da amostra de solicitantes de asilo e refugiados, estar comumente permeado de situações adversas e estressantes, tanto no passado quanto no presente,

medir esse traço transdiagnóstico e compreender como este interage ou influencia os níveis de ansiedade e estresse se torna fundamental para uma perspectiva clínica, no tratamento e compreensão de saúde mental destes indivíduos.

1.5 Acontecimentos de Vida Negativos e a sua Relação com Sintomatologias

Sabe-se que os acontecimentos de vida experienciados, constituem um fator importante na etiologia de uma variedade de problemas psicológicos e comportamentais. Os acontecimentos de vida negativos (AVN) são definidos como eventos que ocorrem antes dos 18 anos de idade e que são suscetíveis de possuir um impacto negativo na vida do indivíduo. Estes eventos incluem um historial psicopatológico da família, vivências de maus-tratos na infância, instabilidade do ambiente familiar, na presença de um ambiente familiar empobrecido e carente e no desenvolvimento de relações insatisfatórias com os pares (Yang & Clum, 1996).

Dias et al., (2013), adiciona diferentes componentes traumáticas que estão subjacentes aos acontecimentos de vida negativos, nomeadamente o abuso e negligência emocional, o abuso sexual e físico, e a negligência física. Desta forma, evidencia-se o seio familiar, com um papel significativo na forma de processamento dos eventos adversos na vida de um indivíduo.

Num estudo com 225 mulheres portuguesas, Pinto et al., (2015), realçam que as exposições às experiências adversas na infância estão associadas, e são preditora de sintomatologia depressiva. Chang et al., (2016) corroboram com este pressuposto concluindo em seu estudo que a existência de AVN aumenta significativamente o surgimento de sintomatologia depressiva e comportamentos suicidas. Desta forma, o corpo teórico e científico postula, de um modo geral, que os acontecimentos de vida negativos se associam significativamente a sintomatologia depressiva. Portanto, realça-se, a pertinência de estudar o modo como os AVN's interagem com esta.

Entretanto, é fundamental a ressalva de que há controvérsias sobre o impacto do AVN na depressão e em outras perturbações, pois, não necessariamente os acontecimentos de vida só por si, vão conduzir a alterações emocionais, mas sim a forma como são percebidos pelo indivíduo. Segundo Sarason, Johnson & Siegel (1978) os acontecimentos de vida não apresentam por si só uma conotação positiva ou negativa; a conotação depende da percepção que o indivíduo tem dos mesmos. Assim, um mesmo acontecimento poderá constituir-se como um fator de risco para a desorganização mental num determinado indivíduo, enquanto para outro, poderá não ter um impacto significativo no seu funcionamento. De qualquer forma, o nível de mal-estar será mais intenso quanto mais inesperados e significativos forem os acontecimentos para o indivíduo (Marshall, 2003).

Logo, embora haja consistência teórica do efeito da depressão na relação entre os acontecimentos de vida negativos, ainda existe uma lacuna quanto ao papel desta variável, nas sintomatologias de ordem psicológicas. Considerando o levantamento bibliográfico realizado para este trabalho, considera-se os acontecimentos negativos de vida como um importante fator de risco, em especial para a depressão. Blatt (2004) ratifica esta ponderação ao considerar que os acontecimentos de vida negativos constituem uma causa proximal para a psicopatologia, em geral, e para a depressão, em particular. De acordo com este autor a depressão resultaria da interação entre fatores internos – fatores de vulnerabilidades – e fatores externos – como os acontecimentos de vida negativos.

Em relação ao estresse a ansiedade a relação etiológica entre a exposição a eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas e perturbações de ansiedade em geral, e perturbações do estresse, apesar de plausível, tem sido pouco estudada. Pouco se sabe sobre como as mudanças na

carga de estresse ao longo do tempo se relacionam com as mudanças nos sintomas prodrômicos de ansiedade e no desenvolvimento de uma psicopatologia.

Uma questão importante no decorrer desta pesquisa, foi a tentativa de compreender a interação entre os estressores atuais vivenciados no presente, e os AVN vivenciados anteriormente a migração. Levantar o questionamento sobre a forma que se relacionam e se associam a sintomatologia de ansiedade, depressão e estresse.

1.6 A Auto-Compaixão Como Moderadora da Ansiedade, Depressão e Estresse

A auto-compaixão é um constructo relativamente novo na cultura ocidental, que envolve atitudes emocionais e cognitivas positivas para consigo mesmo (Neff, 2003b). Há um movimento de intencionalidade, escolha consciente e deliberação racional com vista ao alívio do próprio sofrimento. Inclui também, o desejo de aliviar e recuperar o bem-estar, através da experiência de sentimentos de cuidado, de gentileza e de bondade para consigo próprio (Neff (2009, *cit in* Casali et al., 2022)). Observa-se, portanto, que este constructo indica uma atitude benevolente ativa para consigo mesmo, o que em contexto de imigração, possa moderar a sintomatologia negativa, precipitante de perturbações da saúde mental. Acreditou-se para a postulação das hipóteses desta investigação, que a auto-compaixão fosse possivelmente um constructo atenuante à sintomatologia da ansiedade, depressão e do estresse, assim como, moderador da preocupação, que influencia estas condições.

O processo de auto-compaixão desempenha um papel na atividade metacognitiva que permite o reconhecimento ligado às experiências interativas do eu com outros. Este processo ajuda a romper o ciclo de sobre identificação, reduzindo os sentimentos de desconexão e aumentando, por sua vez, os sentimentos de ligação ao outro. O que possibilita uma perspectiva mais clara sobre

nossas próprias experiências, ajudando a esclarecer a magnitude do nosso próprio sofrimento (Neff, 2003a).

Por esta razão, uma atitude de compaixão para consigo, pode dizer-se que implica uma consciência que emerge quando dirigimos a atenção para a nossa experiência de uma forma particular conhecida como *Mindfulness* (Goldstein & Kornfield, 1987; Guranatana, 1993; Hahn, 1976; Kabat – Zinn 1994; Langer, 1989, *cit in* Neff, 2003a)

A auto-compaixão está relacionada com a saúde psicológica assumindo-se como uma estratégia de autorregulação emocional com efeito de proteção no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Neff, 2003a, 2003b, Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005). Desta forma, espera-se que haja efeitos positivos na regulação da ansiedade, tão evidenciada no contexto desta pesquisa, assim como, em outras perturbações. Altos níveis de auto-compaixão, em tese, ajudaria o indivíduo a se autorregular, dirigir a atenção para a sua experiência presente, evidenciando a segurança do seu entorno no momento, e adotando uma atitude benevolente em relação a si mesmo.

Corroborando com este postulado, pesquisas indicam que a auto-compaixão se relaciona negativamente com a ansiedade, a depressão, o perfeccionismo neurótico, a ruminação e o auto-criticismo (Neff & McGehee, 2010; Neff, 2003a; Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Gilbert & Procter, 2006). Sendo a auto-compaixão uma atitude emocionalmente positiva para com o eu, está fortemente relacionada com a proteção contra as consequências negativas da comparação social negativa, auto-criticismo, ruminação e isolamento (Gilbert, 2005).

Por fim, os pesquisadores Santos & Cunha (2012) encontraram em seu estudo, que o grupo com valores mais elevados de auto-compaixão, apresentavam significativamente menos ansiedade, menos depressão e menos estresses. Este mesmo estudo verificou uma associação moderada, mas

negativa com a ansiedade, a depressão e o estresse, o qual é uma das hipóteses propostas para esta pesquisa.

2. Objetivos

Como objetivo geral, esta pesquisa intuiu estimar o impacto da preocupação sobre os níveis de ansiedade, depressão, estresse, e se esse impacto era moderado pela auto-compaixão. Os objetivos específicos foram:

- a) Identificar a prevalência de estresse, ansiedade e depressão e os níveis de acontecimentos de vida negativos experienciados, preocupação e auto-compaixão em uma amostra de imigrantes em situação de acolhimento primário.
- b) Verificar a relação entre intensidade e número de AVN, preocupação, auto-compaixão e saúde mental (ansiedade, depressão e estresse).
- c) Analisar se a associação entre preocupação e saúde mental (ansiedade, depressão e estresse) é moderada pela auto-compaixão.

Hipóteses:

Os objetivos citados originaram as seguintes hipóteses para esta pesquisa:

H1: Maiores níveis de intensidade e número de AVN estarão associados a maiores escores de ansiedade, depressão e estresse

H2: Maiores níveis de preocupação estarão associados a maiores escores de ansiedade, depressão e estresse

H3: A auto-compaixão atua como moderadora no impacto da preocupação sobre os níveis de ansiedade, depressão e estresse, na medida em que pessoas com maiores escores de auto-compaixão terão um impacto menor da preocupação nos níveis de saúde mental.

3. Método

3.1 Delineamento do estudo (design)

O delineamento do estudo apresentado pode ser considerado como um estudo quantitativo, de corte transversal, correlacional (Almeida & Freire, 2008).

3.2 Amostra

A amostra de voluntários por conveniência foi composta por 25 indivíduos requerentes de proteção internacional e refugiados, acolhidos por um programa da organização *Cruz Roja España* (CRE) na província de Huelva, ES.

Dos 25 participantes com idades compreendidas entre 24 e 60 anos ($M=37,80$; $DP=10,09$), eles, 48% correspondem ao género masculino ($n=12$), 52% ao género feminino ($n=13$), 32% são de origem da Venezuela ($n=8$), 28% da Colômbia ($n=7$), 16% Ucrânia ($n=4$), 8% Rússia ($n=2$), 8% Peru ($n=2$), 4% Cuba ($n=1$) e 4% Marrocos ($n=1$). Destes, 40% declararam o estado civil como solteiro ($n=10$), 32% união de facto ($n=8$), 12% casados e 12% divorciado ($n=3$) e 4% declarou estar em uma união por convivência ($n=1$). Com relação ao número de filhos 40% afirmou ter mais de um filho ($n=40$), 28% apenas um filho ($n=7$) e 32% não ter filhos ($n=8$).

A maioria dos participantes apresentava habilitações académicas, no seu país de origem, ao nível do ensino universitário (36%, $n=9$), seguido de 24% a nível técnico/tecnólogo ($n=6$), acompanhado de também 24% do 2º ciclo ou Ensino Secundário Obrigatório [ESO], ($n=6$). Um menor número de participantes, 8% possuía formação a nível de educação primária/ensino básico

(n=2) e 8% a nível secundário/*bachirelato* (n=2). No momento da aplicação do questionário, apenas um participante se encontrava-se trabalhando, os demais estavam a buscar emprego ou aguardando a concessão da permissão para trabalhar legalmente no país. Ressalto ainda, que devido a aplicação da pesquisa ser de maneira geral no turno matutino, aqueles que estavam a trabalhar não foram abordados por incompatibilidade de horário.

Com relação a empregabilidade no seu país de origem, anteriormente a migração, 40% encontravam-se desempregados (n=10), seguidos de 36% de trabalhadores em jornada completa (n=9), 20% de trabalhadores autónomos (n=5) e 4% empresário (n=1).

Quanto às variáveis clínicas, 16% da amostra indicou apresentar um diagnóstico referente a saúde mental (N=4), sendo um perturbação a nível da depressão, um a nível de estresse, um indicou estar passando por dificuldades devido a situações vividas no momento presente e um respondeu todas as alternativas. Relativamente a enfermidades fisiológicas, 20% afirmou ter um diagnóstico, sendo um referente a trauma ortopédico, um diabetes, um HIV, um gastrite crónica e um hipertensão.

No que diz respeito a experiência migratória, 40% dos entrevistados afirmam considerar a experiência de deslocamento do seu país de origem até a Espanha como traumática (n=10), e 60% consideram que não (n=15). Destes, 52% chegaram ao novo país sem nenhum tipo de apoio social ou familiar (n=13) e 48% foram recebidos por algum membro da família, conhecido/colega ou amigo (n=12).

3.3 Instrumentos

Com vista a avaliar as variáveis em estudo e alcançar os objetivos estabelecidos, foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos e clínicos (anexo B) e foram aplicadas quatro escalas, detalhadas abaixo.

Características Sociodemográficas

As variáveis demográficas incluíram, idade, sexo, país de origem, tempo de residência em Espanha, situação familiar, número de filhos dependentes, nível de escolaridade, ocupação pré e pós migração, entre outros. Outras variáveis, de particular interesse para a investigação incluíram se o indivíduo padece de alguma perturbação a nível mental ou enfermidade física, a experiência de trânsito até a Espanha, e a situação sociopolítica do país de origem.

Instrumentos Psicométricos

Os instrumentos utilizados visaram intuir uma tradução do contexto da amostra. Para mensurar níveis de ansiedade depressão e estresse utilizou-se da escala DASS-21 (*Depression Anxiety and Stress Scale*), níveis de preocupação, o PSWQ (*Penn State Worry Questionnaire*), a auto-compaixão através do SSCS-L (*Spanish State Scale Self-Compassion-Long Version*), e eventos adversos de vida através do EAE-G (*Escala General do Estrés*). Todos em versões traduzidas ou originais no idioma espanhol.

1. *The Depression Anxiety and Stress Scale – 21* [DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; versão espanhola Daza et al., 2002] (anexo C), é uma escala composta de 21 itens que se estruturam em 3 subescalas do tipo Likert de 4 pontos, onde cada subescala contém 7 itens destinados a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. Solicita-se ao participante que responda às afirmações numa escala de quatro pontos (0= “não se aplicou nada a mim”; 1= “aplicou-se a

mim algumas vezes”; 2= aplicou-se a mim muitas vezes”; 3= “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), relativamente à última semana. Os resultados mais elevados em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos e são obtidos através da soma dos sete itens em cada uma delas.

No estudo original, a escala apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,86$ para a depressão, $\alpha=0,80$ para a ansiedade e $\alpha=0,80$ para o estresse) (Ruiz et al., 2017). Bem como no presente estudo ($\alpha=0,84$ para a depressão, $\alpha=0,77$ para a ansiedade e $\alpha=0,86$ para o estresse).

2. *Spanish State Scale Self-Compassion Long Version* [SSCS-L, Neff, 2021; versão espanhola Galiana et al., 2022] (anexo D), consiste em uma escala de 18 itens que mensuram os 06 componentes da auto-compaixão: amabilidade/bondade comum (três itens), autocrítica (três itens, pontuação inversa), humanidade comum (três itens), isolamento (três itens, de pontuação inversa), *mindfulness* (três itens) e sobre-identificação (três itens, pontuação inversa). Os itens foram delineados para avaliar como os respondentes percebem as suas ações em relação a si mesmos e são classificados usando uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (quase nunca no meu caso) e 5 (quase sempre no meu caso).

O alfa de *Cronbach* no estudo original, varia de 0,86 a 0,90 para as afirmações de afetos positivos e 0,84 a 0,87 para as de afetos negativos (Neff, 2021). Para a versão espanhola, a média do índice de confiabilidade é de 0,72, variando de 0,86 para a variável da bondade comum e 0,50 para a variável sobre-identificação (Galiana et al., 2022). O presente estudo corrobora com um bom índice de fidedignidade ($\alpha=0,82$).

3. *Penn State Worry Questionnaire* [PSWQ, Meyer et al., 1990; versão espanhola Sandin et al., 2009] (anexo F) é um questionário de autoavaliação composto por 16 itens concebidos para avaliar a tendência geral a experienciar a preocupação ou traço de preocupação variável que parece desempenhar um papel importante em diversos processos emocionais, em especial na ansiedade,

cuja uma das características principais é precisamente uma preocupação excessiva e incontrolável (Behar, et al., 2003). O participante responderá aos itens utilizando uma escala Likert de 5 pontos, que varia de 1 (nada) a 5 (muito), com uma média de pontuação de 16-80, sendo as pontuações mais altas indicativas de um maior nível de preocupação.

Alfa de Crobach no estudo original situa-se entre 0,84 e 0,89 (Sandín et al., 2009), indicando boa consistência interna, assim como no presente estudo ($\alpha=0,89$)

4. *EAE-G*: [Escala de Apreciación del Estrés General, Fernández-Seara & Robles, 2001] (anexo F). É uma escala da bateria de escalas correspondentes a *Escalas de Apreciación del Estrés*, dos autores já citados. Este instrumento tem como objetivo comum analisar a incidência e o peso dos distintos acontecimentos de vida dos sujeitos. Todas as escalas (um total de quatro), apresentam três categorias de análise: Presença ou ausência do acontecimento estressante na vida do sujeito (sim ou não). Intensidade com que há vivido ou se vive os acontecimentos estressantes (0,1,2,3). E, vigência do acontecimento estressante, se há deixado de afetar (P) ou se segue afetando (A) a vida do entrevistado. A EAE-G tem como principal objetivo ver a incidência dos diferentes acontecimentos de vida estressantes que tiveram lugar ao longo da vida do sujeito. Está dirigida a população geral, abrangendo idades entre 18 e 60 anos. Totalizando um total de 53 itens distribuídos em quatro grandes temáticas: saúde, relações humanas, estilo de vida e assuntos laborais e económicos. Dois tipos de pontuação devem ser obtidos para a escala, aquelas que correspondam a presença de situações estressantes (atualmente ou no passado) e aquelas que expressam a intensidade. Os valores parciais de intensidade em A e P serão obtidos somando os pontos de intensidade 1,2,3 com os quais cada resposta positiva foi qualificada. A pontuação direta total, é igual a soma dos dois valores e pode ser transformada em percentil conforme o manual.

A escala tem um alfa de Cronbach de 0,74 no estudo original, e $\alpha=0,91$ no presente estudo

4. Procedimento

4.1 Recolha de dados

A amostra foi recrutada por conveniência, de acordo com uma listagem fornecida pela CRE. Para recolha desta, foi solicitado autorização à responsável da área de migrações: área de conhecimentos e inclusão social, autorização concedida no mês de dezembro do ano 2023. Iniciamos em 15 de janeiro de 2024 e o último dia de coleta foi em 24 de abril de 2024. Os participantes foram contactados por telefone, pela pesquisadora, e convidados a responder de forma voluntária a pesquisa. Os nossos encontros aconteceram dentro do alojamento dos usuários do programa de proteção internacional da CRE na província de Huelva, ES. Por vezes, a aplicação ocorreu de forma individual, e em outras ocasiões em grupos de no máximo cinco pessoas.

Foi explicado o funcionamento do estudo e enfatizado que este não iria interferir nos pedidos de asilo e que nenhuma informação relativa a qualquer indivíduo seria liberado às autoridades do país. De 35 pessoas abordadas, 26 responderam ao primeiro questionário, e apenas um não outorgou o consentimento livre esclarecido. 25 participantes responderam aos dois questionários.

Os critérios para inclusão da amostra foram ter idade superior a 18 anos, saber ler e escrever, ter conhecimento intermediário ou avançado/fluyente do idioma espanhol, e ser usuário do programa de proteção internacional ou refugiado, acolhido pela CV.

Os dados foram recolhidos digitalmente, através de formulário do *google forms*. Utilizou-se o aparelho móvel do próprio participante, e, em caso de não ter o aparelho disponível, ou qualquer dificuldade de acesso, o faziam através do computador portátil da pesquisadora. O ambiente de recolha de dados variou entre o salão do comedor, o escritório do técnico de migração

e a sala de atendimentos terapêuticos, conforme disponibilidade e silêncio do ambiente. Todos localizados no Hotel Marina.

Os questionários foram divididos em duas partes. A primeira constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação voluntária da pesquisa, a criação de um código de identificação, visando o sigilo absoluto e privacidade do participante, o questionário de dados sociodemográficos, clínico e conhecimentos prévios sobre a saúde mental do participante, e os instrumentos DASS-21 e PSWQ. Após um intervalo de 10 minutos, pedia-se para começar a segunda parte, onde eles repetiam o mesmo código de identificação gerado anteriormente, e respondiam aos demais instrumentos, SSCS-L e o EAE-G. O intervalo entre as duas partes foi solicitado visando mitigar o risco de cansaço.

É importante a ressalva de que três participantes foram excluídos da amostragem, pois, neste momento de intervalo, informaram não ter disponibilidade de tempo para seguir com a segunda etapa. E, alguns participantes optaram espontaneamente em passar a segunda etapa de testes sem a pausa oferecida.

No decorrer da recolha de dados, constavam em torno de 80 indivíduos acolhidos pelo programa de acolhimento da CRE, porém, a barreira do idioma e do letramento destes, impediu que pudessem participar. Desta forma, o grupo de hispano-falantes, originários da América do Sul com um nível de escolaridade mais alto, foram o coletivo de maior adesão.

4.2 Análise de Dados

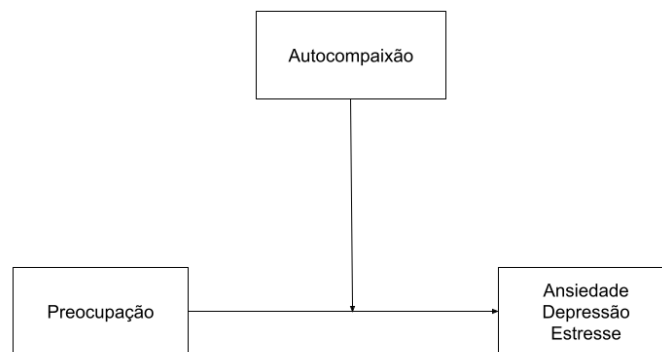
Os dados foram analisados utilizando-se o software Jamovi (versão 2.3.28), com o módulo Medmod (*The Jamovi Project*, 2024) e o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 28.0 para *Windows e a macro PROCESS* para SPSS (Hayes, 2012).

Inicialmente, realizou-se análises de correlação de Spearman para averiguar a relação entre as variáveis. Utilizou-se Spearman (1904) em lugar de Pearson (1895), pois a mesma performa melhor para amostras pequenas, como o caso desta pesquisa (N=25). Em pesquisa bibliográfica realizada, recomenda-se a utilização de Spearman como uma alternativa ao coeficiente de Pearson, quando o tamanho da amostra é inferior a 30, quando as relações das variáveis não são lineares ou quando são detetados dados atípicos (Pinilla & Rico, 2021).

Posteriormente, foi realizada uma análise de moderação com o objetivo de investigar em que medida os níveis de auto-compaixão moderavam a relação entre preocupação e ansiedade, depressão e estresse (Figura 1).

Figura 1

Modelo de Moderação Relativamente ao Efeito entre Preocupação e Ansiedade, Depressão e Estresse.



5. Resultados

5.1 Análise Descritiva

Apresentam-se, de seguida, as estatísticas descritivas – média e desvio-padrão – das variáveis estudadas (Tabela 1).

Tabela 1

Prevalência de Ansiedade, Depressão e Estresse (n = 25)

Variável	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremamente severo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ansiedade	7 (28,0)	2 (8,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	10 (40,0)
Depressão	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (24,0)	3 (12,0)	4 (16,0)
Estresse	13 (52,0)	4 (16,0)	2 (8,0)	4 (16,0)	2 (8,0)

No que se refere à prevalência das escalas de indicadores de saúde mental, foi encontrado que 72% dos respondentes apresentam algum grau de ansiedade, 100% algum nível de depressão e 48% algum indicativo de estresse (distribuídos em leve, moderado, severo ou extremamente severo).

Tabela 2

Estatísticas Descritivas da Auto-Compaixão, Preocupação e Acontecimentos Negativos de Vida

Fator	Média	Desvio Padrão
Auto-compaixão		
Auto-bondade	3,27	1,08
Auto-criticismo	2,17	1,03

Humanidade Comum	2,96	1,11
Isolamento	2,73	1,31
<i>Mindfulness</i>	3,45	0,99
Sobre-identificação	2,24	0,98
Auto-compassão total	3,42	0,68
Preocupação	42,00	13,70
Número de AVN	22,88	11,22
Intensidade de AVN	46,04	21,83

No que diz respeito à auto-compassão, as subescalas que apresentaram maiores médias foram a amabilidade e *mindfulness*. Já a preocupação obteve uma média de 42,0. Por fim, no que diz respeito a AVN, observou-se a média de eventos negativos experimentados pelos imigrantes foram de 22,88.

5.2 Análise Correlação e Moderação

De acordo com os objetivos propostos nesta investigação realizou-se uma análise de moderação com o intuito de investigar em que medida os níveis de auto-compassão moderavam a relação entre preocupação e ansiedade, depressão e estresse. Visando um melhor entendimento do efeito, a variável moderadora foi dividida em três partes, adotando os pontos de corte: inferior (valor mais baixo até 1 desvio padrão abaixo da média), mediano (entre 1 desvio padrão abaixo e 1 desvio padrão acima da média) e superior (maior que 1 desvio padrão acima da média), (Baron & Kenny, 1986).

Inicialmente foi testada a relação entre as variáveis analisadas por meio da correlação de Spearman. Os resultados demonstraram que a preocupação (inquietação) se correlacionou positivamente com a ansiedade ($\rho = .055$, $p = .004$), com o estresse ($\rho = .63$, $p < .001$) e com

a depressão ($\rho = .46$, $p = .022$). Isso significa que maiores níveis de preocupação estavam associados a maiores indicativos destas perturbações mentais. Demonstrou-se também que maiores níveis de auto-compaixão estavam relacionados a menores escores de depressão ($\rho = -.48$, $p = .015$). Esses resultados são apresentados na tabela 3. Visto não haver relação entre a intensidade e o número de AVN com as demais variáveis, as análises seguintes se concentraram em mostrar a relação entre preocupação e saúde mental, testando um possível efeito da variável auto-compaixão.

Tabela 3

Correlação entre Ansiedade, Depressão, Estresse, Preocupação, Auto-compaixão, Intensidade e Número de AVN

Variável	M	DP	1	2	3	4	5	6	7
1. ansiedade	7.48	4.65	-						
2. estresse	8.12	5.33	.91***	-					
3. depressão	8.20	4.82	.76***	.83***	-				
4. preocupação	42.0	13.7	.55**	.63***	.46*	-			
5. auto-compaixão	3.42	0.68	-.21	-.27	-.48*	-.12	-		
6. intensidade (AVN)	46.0	21.8	.03	.23	.23	.20	-.16	-	
7. número de AVN	22.9	11.2	.07	.026	.23	.28	-.07	.85***	-

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados da análise de correlação da variável AVN não corresponderam ao esperado, esta não se relacionou com as sintomatologias, conforme previsto, desta forma, e utilizando esta análise inicial como filtro para a posterior análise de moderação, optou-se por não prosseguir. De todas as formas, o modelo estatístico de moderação foi testado para com a variável a qual tampouco forneceu resultados significativos. Acredita-se que este ocorrido foi devido a escolha do instrumento, que possa ter sido tanto de maior complexidade para a amostra, quanto mais cansativo devido ao número de itens (53). Por esta razão, não será sequenciada a análise desta variável nesta investigação.

Os resultados verificaram ainda, que não houve efeito moderador da auto-compaixão no impacto da preocupação sobre a ansiedade ($\beta = - 0,059$, $p = 0,741$), nem sobre a depressão ($\beta = 0,011$, $p = 0,948$) e o estresse ($\beta = - 0,015$, $p = 0,937$). Apesar disto, observou-se que houve significância estatística referente aos pontos de corte da auto-compaixão, sugerindo que os diferentes níveis desta variável impactam no efeito da preocupação sobre as variáveis de desfecho (ansiedade, depressão estresse). Embora tenha ocorrido essa significância estatística, quando se observam os efeitos dos modelos por cada grupo (inferior, médio e superior), verifica-se que o efeito é semelhante entre eles, ou seja, as retas quase não se diferenciam. Esse último resultado pode ser visualizado nas figuras 1, 2 e 3. Pode-se supor que o tamanho amostral reduzido tenha sido responsável por esse efeito espúrio.

Tabela 4

Efeitos do Modelo de Moderação para a Ansiedade

	β	<i>Erro-Padrão</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Preocupação (x)	0,375	0,111	3,384	0,001
Auto-compaixão (W)	-1,246	2.225	-0.560	0,576
Preocupação * Auto-compaixão (X*W)	-0,059	0,177	-0,330	0,741
Efeitos Condicionais (W)				
Grupo inferior (- 1DP)	0,375	0,111	3,380	0,001
Grupo médio (média)	0,414	0,160	2,590	0,010
Grupo superior (+ 1DP)	0,336	0,165	2,03	0,042

Figura 2

Efeitos do modelo de moderação (Ansiedade)- Gráfico de Inclinação

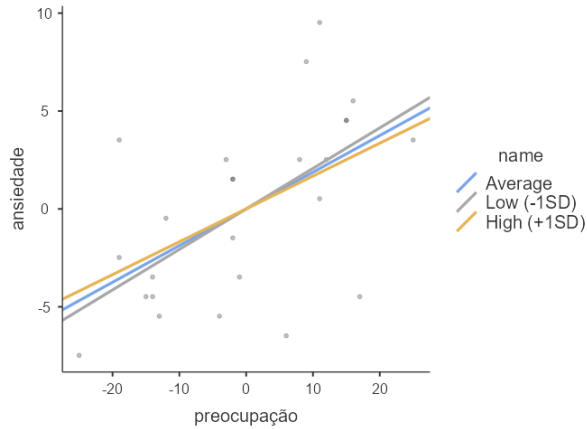


Tabela 5

Efeitos do Modelo de Moderação para o estresse

	β	<i>Erro-Padrão</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Preocupação (x)	0,468	0,119	3,946	0,001
Auto-compaixão (W)	-2,679	2.384	-0.124	0,261
Preocupação * Auto-compaixão (X*W)	-0,015	0,190	-0,078	0,937
Efeitos Condicionais (W)				
Grupo inferior (- 1DP)	0,468	0,119	3,950	0,001
Grupo médio (média)	0,478	0,171	2,800	0,005
Grupo superior (+ 1DP)	0,458	0,177	2,590	0,010

Figura 3

Efeitos do modelo de moderação (Estresse) - Gráfico de Inclinação

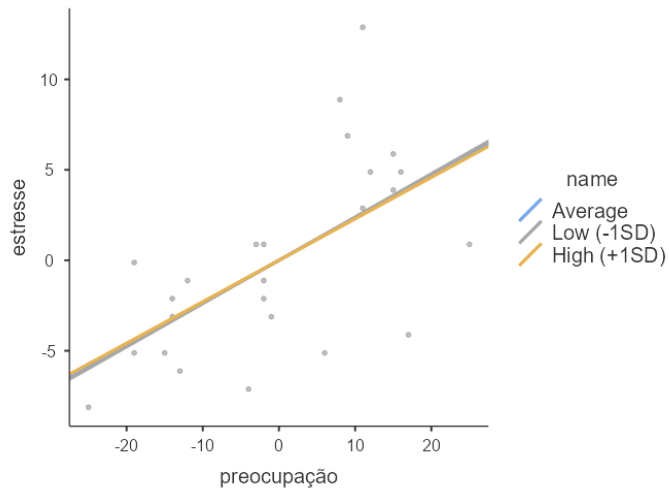


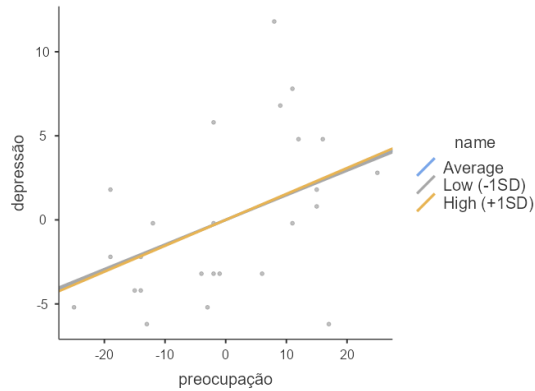
Tabela 6

Efeitos do Modelo de Moderação para a Depressão

	β	<i>Erro- Padrão</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Preocupação (x)	0,301	0,108	2,786	0,005
Auto-compaixão (W)	-6,191	2.169	-2,855	0,004
Preocupação * Auto-compaixão (X*W)	0,011	0,173	0,066	0,948
Efeitos Condicionais (W)				
Grupo inferior (- 1DP)	0,301	0,108	2,790	0,005
Grupo médio (média)	0,293	0,155	1,890	0,059
Grupo superior (+ 1DP)	0,308	0,161	1,920	0,055

Figura 4

Efeitos do modelo de moderação (Depressão) – Gráfico de Inclinação



6. Discussão

Os objetivos gerais da presente investigação centraram-se em compreender a interação entre a preocupação, a sintomatologia da ansiedade, depressão e do estresse, e se esta relação era moderada pela auto-compaixão. Indo em congruência a teorias de orientação cognitiva, onde o traço transdiagnóstico da preocupação se consolida como um agente importante na etiologia e manutenção de perturbações mentais, em especial na ansiedade, e, a auto-compaixão é amplamente estudada como uma princípio relevante para redução de sintomatologias negativas.

Este estudo propôs também, trazer um panorama da saúde mental da população imigrante (solicitantes de asilo e refugiados) com o intuito de assinalar a necessidade de atenção e promoção de saúde desta população, sinalizando a auto-compaixão como ferramenta para atenuar um cenário de sintomatologias significativas desta população. Práticas de auto-compaixão, que envolvem tratar a si mesmo com gentileza, tem demonstrado efeitos positivos na diminuição de sintomas, como a depressão (Neff, 2003b).

Dentro do corpo teórico pesquisado, a preocupação demonstra uma correlação significativa, em especial com a ansiedade, mas também com a depressão e com o estresse. Os

resultados apresentados nesta investigação, evidenciaram também, uma interação relevante, onde níveis elevados de preocupação impactaram na sintomatologia da ansiedade, depressão e estresse.

Relativamente a suposição da auto-compaixão como atenuante de sintomatologias, considerada para este estudo, os resultados indicaram que não se pode afirmar concretamente que os indivíduos com níveis altos de auto-compaixão têm menor predisposição para os sintomas psicopatológicos de ansiedade, depressão e estresse, embora a teoria destaque este postulado (Neff & McGehee, 2010; Neff, 2003a; Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

Apesar de encontrar uma certa significância estatística da auto-compaixão como moderadora, os gráficos de inclinação não evidenciaram este facto, indicando que a mesma não performou conforme a hipótese desta dissertação, o que pode ter ocorrido devido ao tamanho da amostra e/ou limitação dos respondentes em compreender as afirmações do instrumento de forma plena.

No que se refere ao AVN, a hipótese de que a severidade ou presença destes são preditivos de severidade ou presença de sintomas de ansiedade e depressão têm sido alvo de estudos recentes (Sobrinho & Campos, 2016), porém, ainda existem lacunas que passam por mecanismos de *coping*, fatores de proteção, viés de avaliação do indivíduo, entre outros. Para esta investigação, a hipótese não foi confirmada. Sugere-se investigações futuras neste âmbito para fomentar a compreensão da mesma e do seu papel na etiologia e manutenção de perturbações psíquicas. Marshal (2003), levanta uma reflexão interessante sobre a temática, de que o acontecimento/evento depende da perceção do indivíduo, talvez as afirmações trazidas pelo EAE-G não foram percecionadas pelos participantes da pesquisa como negativos, dentro da perspetiva atual do vosso momento de vida.

Para além do já citado, esta investigação apresentou alguns obstáculos e limitações que poderão ter afetado os resultados. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra, o qual pode ter limitado a precisão estatística dos resultados. Ainda no sentido amostral, a maioria dos participantes apresentavam em comum, um nível relativamente alto de escolaridade, e nacionalidade concentrada no continente sul americano, logo, não expressando uma alta representatividade de imigrantes de modo geral, somado a isto, o fato de terem estes sido recrutados de uma única organização, podem não ser representativos de uma amostra vasta da população de requerentes de proteção internacional.

Destaca-se ainda, que os instrumentos acabaram por perfazer demasiados itens, em especial o EAE-G, o qual além de extenso, teve uma alta complexidade para os respondentes. Pode-se, devido a isto, ter levado a uma redução de motivação destes em participar e impactado nos resultados. O idioma também foi um entrave importante, disponibilizar apenas uma versão (espanhol), reduziu significativamente a amostra. Acredito que com uma maior disponibilidade de tempo para reunir interpretes e ter os instrumentos traduzidos em um maior número possível de idiomas nativos poderiam ter enriquecido a esta pesquisa.

O letramento da amostra, no que concerne a saúde mental também é um fator importante a ser levado em conta pois, reduziu a possibilidade de amostra e pode ter impactado nos resultados. Para agendas futuras seria interessante organizar grupos e fomentar o letramento em saúde mental destes antes de pedir respostas, o instrumento SSCS, referente a auto-compaixão, foi alvo de muitos questionamentos e talvez algo de incompreensão por parte de alguns integrantes

7. Considerações Finais

Em síntese, é possível verificar que a hipótese 1 (H1-Maiores níveis de intensidade e número de AVN estarão associados a maiores escores de ansiedade, depressão e estresse) e a hipótese 3 (H3-A auto-compaixão atua como moderadora no impacto da preocupação sobre os níveis de ansiedade, depressão e estresse) desta dissertação, não foram confirmadas. Entretanto, admite-se a hipótese 2 (H2-Maiores níveis de preocupação estarão associados a maiores escores de ansiedade, depressão e estresse). Logo, a preocupação foi validada como preditora da ansiedade, depressão e estresse, enquanto a auto-compaixão demonstrou uma possível significância na moderação da preocupação e se correlacionando negativamente à sintomatologia depressiva.

De modo a concluir este estudo, é válida a reflexão de que talvez a ansiedade, depressão, preocupação e o estresse, em algum nível, possam ser um fator comum à experiência migratória. Assim, torna-se essencial, para a psicologia, buscar ferramentas e estratégias, para evitar que estes problemas se intensifiquem nesta população. Como também, evidenciar esta temática como um ponto de atenção da saúde mental, em especial dentro do continente europeu, onde observa-se um crescente fluxo migratório.

Por fim, destacar a importância em aumentar os estudos direcionados à auto-compaixão e a AVN neste tipo de amostra. E, desta forma, criar um corpo científico-prático dentro da saúde mental, que contribua para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes nesta população. O que pode favorecer abordagens mais ajustadas às suas necessidades, apoiando o processo de adaptação destes, e, contribuindo para uma integração mais efetiva, em que estes desenvolvam uma maior resiliência emocional e bem-estar, durante o processo migratório.

8. Referências Bibliográficas

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*, Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association. (2022). Generalized anxiety disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 222–226). American Psychiatric Association.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *The American Psychologist*, *46*(4), 368-375. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368>
- Behar, E., Alcaine, O., Zuellig, A. R., & Borkovec, T. D. (2003). Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: A receiver operating characteristics analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(1), 25–43. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00004-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00004-1)
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 5–33). John Wiley & Sons.

- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561–576. <https://doi.org/10.1023/A:1018790003416>
- Borkovec, T. D. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Guilford Press.
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, post-traumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1548–1551. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1548>
- Casali, N., Ghisi, M., Jansen, P., Feraco, T., & Meneghetti, C. (2022). What can affect competition anxiety in athletes? The role of self-compassion and repetitive negative thinking. *Psychological Reports*, 125(4), 2009–2028. <https://doi.org/10.1177/00332941211017258>
- Chang, E. C., Yu, E. A., Yu, T., Kahle, E. R., Hernandez, V. R., Kim, J. Y., Jeglic, E. L., & Hirsch, J. K. (2016). Ethnic variables and negative life events as predictors of depressive symptoms and suicidal behaviors in Latino college students: On the centrality of receptivo a los demás. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 38(2), 206–221. <https://doi.org/10.1177/0739986316641418>
- Dantas, S. D., Ueno, L., Leifert, G., & Suguiura, M. (2010). Identidade, migração e suas dimensões psicossociais. *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 18(34). <https://www.remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/208/191>

- Deaux, K. (2006). *To be an immigrant*. Russell Sage Foundation. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=PuiFAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=immigrant&ots=brz6Vkiay8&sig=fpI_AjhUTfbkfd4QMCRlze-t2CM
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro-Vale, I., Kleber, R. J., & Cardoso, R. M. (2013). Estudio de propiedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância – Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11(2), 103–120. <https://doi.org/10.14417/lp.11.2.713>
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Fernández-Seara, J. L. F., & Robles, M. M. (2001). EAE: Escalas de Apreciación del Estrés: Manual. *TEA Ediciones*.
- Fugate, M., Kinicki, A. J., & Prussia, G. E. (2005). Managing employee coping with organizational change: A dispositional perspective. *Academy of Management Annual Meeting Proceedings*, L1-L6. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.2005.18780681>
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., & Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21. <https://doi.org/2469-2050>
- Galiana, L., Guillén, M., Pades, A., Flowers, S. L., Vidal-Blanco, G., & Sansó, N. (2022). The Spanish version of the State Self-Compassion Scale–Long Form (SSCS–L): A study of its validity and reliability in a sample of nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10174. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610174>

- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychological approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research, and use in psychotherapy* (pp. 9–74). Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In M. J. Horowitz (Ed.), *Stress-response syndromes* (pp. 49–60). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-2820-3_4
- International Committee of the Red Cross [ICRC]. (2014). *Annual report*. <https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/en/assets/files/annual-report/icrc-annual-report-extract-2013.pdf>
- International Rescue Committee [IRC]. (2018). Migrants, asylum seekers, refugees, and immigrants: What’s the difference? *International Rescue Committee*. <https://www.rescue.org/article/migrants-asylum-seekers-refugees-and-immigrants-whats-difference>
- Johnson, M. S., Skjerdingsstad, N., Hoffart, A., Ebrahimi, O. V., & Johnson, S. U. (2024). Triggered by worry: A dynamic network analysis of COVID-19 pandemic-related anxiety and parental stress. *Journal of Affective Disorders*, 346, 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.127>

- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(1), 31–36. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100011>
- Kreplin, U., Farias, M., & Brazil, I. A. (2018). The limited prosocial effects of meditation: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 8(1), 2403. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-20299-z>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Ludwig-Dehm, S. M., Dones, I., & Ciobanu, R. O. (2023). Between here and there: Comparing the worry about the pandemic between older Italian international migrants and natives in Switzerland. *Comparative Migration Studies*, 11(8). <https://doi.org/10.1186/s40878-023-00331-6>
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 959–997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.002>
- Mata, J., Reis, A.I., & Brás, M. (2021). Perfeccionismo, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos na ideação suicida em jovens e adultos. *Psique*, 17(1), 96-121. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.NT.5>
- Mental Health Foundation. (2023). Refugees and asylum seekers statistics. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/refugees-asylum-seekers-statistics>
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K.** (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263–287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561–573). The Guilford Press. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/LearyChap.pdf>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D., Tóth-Király, I., Knox, M. C., Kuchar, A., & Davidson, O. (2021). The development and validation of the state self-compassion scale (long-and short form). *Mindfulness*, 12(1), 121–140. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01505-4>
- Ogniewicz, A. S., Dugas, M. J., Langlois, F., Gosselin, P., & Koerner, N. (2014). An adapted word-sentence association paradigm for generalized anxiety and worry: Assessing interpretation bias. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(4), 457–476. <https://doi.org/10.5127/jep.039013>
- Ovanessian, M. M., Koerner, N., Antony, M. M., & Dugas, M. J. (2019). A preliminary test of the therapeutic potential of written exposure with rescripting for generalized anxiety

- disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(2).
<https://doi.org/10.1177/2043808719841529>
- Pinilla, J. O., & Rico, A. F. O. (2021). ¿Pearson y Spearman coeficientes intercambiables? *Comunicaciones en Estadística*, 14(1), 53–63.
- Pinto, V., Alves, J., & Maia, A. (2015). Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 617–625. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400005>
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (1999). Cognitive case conceptualization and treatment of anxiety disorders: Implications of the looming vulnerability model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(4), 295–306. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.4.295>
- Rojas, L., & Aguilera, J.F. (2007). Fases del proceso de la terapia cognitiva conductual de Beck (Tese de Mestrado da Universidad del Azuay).
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1064>
- Rosellini, A. J., Boettcher, H., Brown, T. A., & Barlow, D. H.(2015). A trans-diagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: An update. *Psychopathology Review*, 2(1), 110–128. <https://doi.org/10.5127/pr.036014>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 14(2),107-122.
<http://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>
- Santos, I. I. V. D., & Cunha, M. O. (2012). Auto-compaixão: A sua relação com os estados emocionais negativos (Tese de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). *Laboratório de Psicologia*, 10(2), 155–166.

- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932–946. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.5.932>
- Silove, D., McIntosh, P., & Becker, R. (1993). Risk of retraumatization of asylum-seekers in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(4), 606–612. <https://doi.org/10.3109/00048679309075823>
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression, and PTSD in asylum seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 351–357. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.4.351>
- Skodzik, T., Zettler, T., Topper, M., Blechert, J., & Ehring, T. (2016). The effect of verbal and imagery-based worry versus distraction on the emotional response to a stressful in-vivo situation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.003>
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47–59. <https://doi.org/10.14417/ap.993>
- The Jamovi Project. (2024). Jamovi (Version 2.5) [Computer software]. <https://www.jamovi.org>
- Tripunoska, M. V. (2022). Migration in the 21st century – The only constant in human history and what can we expect? *Demography and Migration Studies*, 39, 331–341. <https://doi.org/10.21543/039MIG22.21>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2024). UN Refugee Agency: Refugee data finder. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

- International Organization for Migration [IOM]. (2020). World migration report 2020 of UN Migration. <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr2020interactive>
- Vieira, J. L., Malivoire, B. L., Koerner, N., & Sumantry, D. (2023). An examination of worry and self-distancing as coping strategies for anxiety-provoking experiences in individuals high in worry. *Anxiety, Stress, & Coping*, 37(4), 515–528.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2023.2270417>
- Vukčević, M. M., & Bobić, A. Ž. (2023). The effects of traumatic experiences during transit and pushback on the mental health of refugees, asylum seekers, and migrants. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 88–102.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2163064>
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2018). Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado. *Artmed*.
<https://books.google.com/books?id=V2J9DwAAQBAJ>
- Xu, L., Liu, J., Mao, W., & Chi, I. (2017). Family Relationships, Friend Network, and Worry: A Comparison Among Chinese Older Adults in Immigrant, Transnational, and Nonmigrant Families. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 28(3), 317–333.
<https://doi.org/10.1080/15313204.2017.1344950>
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16*(3), 177–195. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00004-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00004-9)

ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado **Ansiedade, Depressão e Estresse – Um Estudo Correlacional, Analisando Traços Transdiagnósticos com Refugiados e Solicitantes de Asilo na Espanha**

Se trata del proyecto de investigación de la estudiante Mayara Nascimento Darze y Profesora: Dra. Antónia Maria Jimenez Rós, por la Universidade del Algarve (UAlg) en colaboración con la Cruz Roja Huelva.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, se me informó de los objetivos del estudio de forma clara y detallada. Acepto los términos y condiciones descritos anteriormente y la Política de Privacidad del Google Forms.

OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Anexo B. Cuestionario de datos Sociodemográfico, Clínico y Conocimientos Previos de Salud Mental.

Por favor, escribe la fecha de hoy:

Fecha de Nacimiento:

Género: Femenino Masculino

Nacionalidad:

Estado Civil:

Casado Pareja de Hecho Soltero(a) Viudo(a) Divorciado

Otras _____

¿Tiene usted hijos? Sí No

¿Cuántos? _____

¿Qué edad tienen sus hijos? _____

¿Qué edad tiene cada uno de sus hijos? _____

¿Están todos sus hijos contigo en España? _____

¿Con quién estás usted en el Hotel Marina?

Solo Con mis hijos Con mi pareja Mi pa y hijos Otros miembros familiares (con mi madre, hermano (a), primos, abuela etc.) Otras _____

Defina por favor tu creencia Religiosa y/o Espiritualidad _____

Nivel de educación en su país de origen:

No ha asistido a la educación formal Educación Primaria Educación Secundaria (ESO) Técnico/Tecnólogo Universitario Otras _____

En el caso de haber contestado Técnico o Universitario, por favor responder ¿Cuál? _____

¿Cual su situación profesional en su país de origen?

Trabajador (a) a jornada completa Trabajador (a) a jornada parcial Inactivo(a) / Jubilado(a) Desempleado (a) Empleado(a) del hogar familiar Trabajador Autónomo Empresario Otras _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado de algún síndrome de trastorno mental?

Sí No

En el caso de haber contestado sí ¿Cuál?

Trastornos relacionados a Ansiedad Trastornos relacionados a Depresión

Trastornos relacionados al Estrés Trastorno misto de Ansiedad y Depresión

Otras _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado de alguna enfermedad física crónica (E.j. Diabetes, Hipertensión, HIV, Tiroides, Asma, etc.)?

Sí No

En el caso de haber contestado sí ¿Cuál? _____

Sobre el tema de su experiencia de desplazamiento hasta llegar en España. ¿Cómo ha llegado hasta España?

Automóvil Barco

Avión Otras

Autobús

¿En el trayecto estuve acompañado por familiares o amigos?

Sí No

En el caso de haber contestado sí ¿Por quién? _____

¿Qué tiempo te ha llevado entre el primer contacto con España y la casa de acogida en Huelva?

¿Considera como traumática su experiencia de desplazamiento?

Sí

No

Al llegar en España, ¿Fue recibido por familiares, amigos o conocidos? ¿Quién?

Situación sociopolítica en mi país de origen:

¿Hay libertad en mi país de origen?

Sí

No

¿Hay seguridad en mi país de origen?

Sí

No

¿En mi país de origen hay conflictos o guerra en este momento?

Sí

No

¿Es común la pobreza extrema y el hambre en mi país de origen?

Sí

No

Anexo C. The depression Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21 Lovibond & Lovibond, 1995; versão espanhola Daza et al., 2002).

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me costó mucho relajarme.....	0	1	2	3
2.	Me di cuenta de que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar.....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	Sentí que tenía muchos nervios.....	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o	0	1	2	3

	en las que podría hacer el ridículo				
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.	Noté que me agitaba.....	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil terminar las cosas	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.....	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo D. State Self-Compassion Scale -Long Version (SSCS-L, Neff, 2021; versão espanhola Galiana et al., 2022).

Escala de Autocompasión-Estado - Versión larga

Piense en una situación dolorosa o difícil que esté atravesando en este momento. Puede tratarse de algún obstáculo en su vida o algo que le haga sentir que no da la talla de alguna manera.

Utilizando la siguiente escala, indique en qué medida cada enunciado se ajusta a cómo se siente usted consigo mismo en este momento cuando piensa en dicha situación:

No se cumple en absoluto
en mi caso

Se cumple totalmente
en mi caso

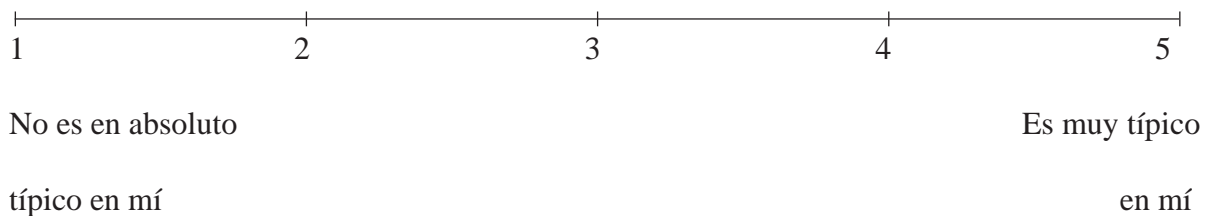
1 2 3 4 5

1. Me doy todo el cuidado y el cariño que necesito.
2. Me obsesiono y me centro únicamente en las cosas negativas.
3. Veo las dificultades que tengo como algo por lo que todo el mundo pasa en la vida.
4. Estoy siendo muy duro/a conmigo mismo/a.
5. Veo mis emociones con perspectiva.
6. Me siento apartado/a y desconectado/a del resto del mundo.
7. Estoy siendo amable conmigo mismo/a.
8. Me estoy dejando llevar por mis emociones.

9. Tengo presente que hay muchas otras personas en el mundo que se sienten como yo.
10. Estoy siendo un poco cruel conmigo mismo/a.
11. Abordo esta dolorosa situación de forma equilibrada.
12. Siento que me está costando más que a otros en este momento.
13. Estoy siendo comprensivo/a conmigo mismo/a.
14. Estoy magnificando demasiado esta dolorosa situación.
15. Tengo presente que la mayoría de la gente experimenta las mismas sensaciones desagradables.
16. Siento que soy un/a intolerante y un/a impaciente conmigo mismo/a.
17. Veo las cosas con perspectiva.
18. Ahora mismo me siento muy solo/a.

Anexo E. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ, Meyer et al., 1990, versão espanhola Sandin & Chorot, 1995)

A continuación, encontrará una lista de 16 enunciados relacionados con formas de sentir que tiene la gente. Lea detenida-mente cada uno de ellos y, **aplicándolo a usted**, conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual. Tenga en cuenta que existe un rango posible de respuesta que oscila entre **1** y **5**, es decir:



Así por ejemplo, si estima que lo que dice un enunciado no es nada típico en Vd., debería rodear el número **1**; pero si cree que es poco típico en usted., entonces debe rodear el número **2**; si considera que es relativamente típico en usted. deberá rodear el número **3**; si es bastante típico, marque el número **4**; finalmente, si es muy típico en usted. rodee el número **5**. No piense demasiado cada frase. Contesto lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Me agobian mis preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. No suelo preocuparme por las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Siempre estoy preocupado/a por algo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Nunca suelo estar preocupado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Estoy preocupado/a constantemente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo efectuado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-

Anexo F. EAE-G: (Escala de Apreciación del Estrés General, Fernández-Seara & Robles, 2001)

A continuación, va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nervosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Usted debe decirme cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, **marcará SÍ siempre que uno de estos acontecimientos se haya producido en su vida, de lo contrario marcará el NO.**

Sólo si ha marcado SÍ, señale en qué medida le ha afectado:

0=NADA 1=UN POCO 2=MUCHO 3=MUCHÍSIMO.

Por último, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar.

En el caso de que **SÍ**, te sigues afectando, marcar la letra **A**

En el caso de que **NO** te sigues afectando, marcar la letra **P**

EJEMPLO: "Castigo Merecido" Si No 0 1 2 3 A P

1. Primer Empleo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

2. Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

3. Épocas de exámenes o oposiciones

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

4. Cambio de ciudad, país o de residencia

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

5. Búsqueda y/o adquisición de vivienda

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

6. Deudas, préstamos o hipotecas

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

7. Problemas económicos propios o de familiares

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

8. Estilo de vida y/o forma de ser

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

9. Subida constante del coste de la vida

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

10. Emancipación, independencia de la familia

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

11. Falta de apoyo o traición de los amigos

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

12. Infidelidad propia o de la otra persona hacia mí

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

13. Hablar en público

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

14. Inseguridad Ciudadana

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

15. Situación Socio-Política del país

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

16. Preocupación por la puntualidad

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

17. Vivir solo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

18. Problemas de convivencia con los demás

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

19. Presencia de una persona no deseada en el hogar (abuela, tía, pariente)

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

20. Vida y relación de pareja o de matrimonio

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

21. Ruptura de noviazgo o separación de pareja

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

22. Ruptura de las relaciones familiares (Con los padres, hermanos)

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

23. Abandono del hogar de un ser querido

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

24. Separación, divorcio de mis padres

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

25. Nacimiento de otro hijo o hermano

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

26. Estudios y o futuro de mis hijos o familiar cercano

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

27. Problemática de drogas o alcohol (propia o familiar)

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

28. Muerte de un familiar muy cercano (Conyugue, padres o hermanos)

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

29. Muerte de un amigo o persona querida

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

30. Embarazo no deseado o deseado con problemas

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

31. Aborto provocado o accidental

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

32. Tener una enfermedad grave

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

33. Envejecer

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

34. Enfermedad de un ser querido

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

35. Pérdida de algún órgano o función física o psíquica

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

36. Problemas sexuales

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

37. Someterse a tratamiento, revisión o rehabilitación

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

38. Intervención o operación quirúrgica

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

39. Ocupar un nuevo cargo o puesto de trabajo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

40. Cambio de horario de trabajo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

41. Exceso de trabajo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

42. Excesiva responsabilidad laboral

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

43. Hacer viajes (frecuentes, largas)

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

44. Tiempo libre y falta de ocupación

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

45. Problemática de relaciones en mi trabajo (Con los jefes, compañeros)

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

46. Situación discriminatoria en mi trabajo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

47. Éxito o fracaso profesional

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

48. Desorden en casa, despacho

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

49. Reformas en casa

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

50. Dificultades en el lugar donde vivo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

51. Preparación de vacaciones

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

52. Etapa de vacaciones o incorporaciones al trabajo

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3

53. Servicio militar

SÍ NO

A P

En qué medida: 0 1 2 3