

# Universidad de Huelva

Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud  
Pública



## El malestar psicológico entre los inmigrantes desempleados que se establecen en el suroeste de España

Memoria para optar al grado de doctor  
presentada por:

**David Carrión Rico**

Fecha de lectura: 17 de septiembre de 2025

Bajo la dirección de los doctores:

Juan Gómez Salgado

Juan Jesús García Iglesias

Luciano Rodríguez Díaz

**Huelva, 2025**



# **Universidad de Huelva**

**Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública**



**El malestar psicológico entre los inmigrantes desempleados  
que se establecen en el suroeste de España**

**Memoria para optar al grado de Doctor**

**presentada por:**

**David Carrión Rico**

**Huelva, 2025**



Universidad  
de Huelva

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA,  
TRABAJO SOCIAL Y SALUD PÚBLICA**

Memoria para la Obtención del Título de Doctor  
por la Universidad De Huelva

**El Malestar Psicológico entre los  
Inmigrantes Desempleados que se  
Establecen en el Suroeste de España**

TESIS DOCTORAL  
Huelva, 2025

*Doctorando: David Carrión Rico*  
*Directores: Prof. Dr. D. Juan Gómez Salgado*  
*Prof. Dr. D. Juan Jesús García Iglesias*  
*Prof. Dr. D. Luciano Rodríguez Díaz*





Universidad  
de Huelva

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA,  
TRABAJO SOCIAL Y SALUD PÚBLICA**

Memoria para la Obtención del Título de Doctor  
por la Universidad De Huelva

**El Malestar Psicológico entre los  
Inmigrantes Desempleados que se  
Establecen en el Suroeste de España**

TESIS DOCTORAL  
Huelva, 2025

*Doctorando: David Carrión Rico*  
*Directores: Prof. Dr. D. Juan Gómez Salgado*  
*Prof. Dr. D. Juan Jesús García Iglesias*  
*Prof. Dr. D. Luciano Rodríguez Díaz*



## ***DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS***

La culminación de esta tesis doctoral no representa solo la finalización de un proyecto académico, sino el reflejo de un esfuerzo compartido y el resultado del apoyo incondicional de personas fundamentales en mi vida. A todos ellos, mi más profundo y sincero agradecimiento.

Mi gratitud más profunda y especial va para el Dr. Juan Gómez Salgado. Más que un director, has sido un amigo y el principal motor de este proyecto. Tu inquebrantable fe en esta tesis y en mí mismo, incluso en los momentos en que mi propia confianza flaqueaba, fue el empuje constante y necesario para seguir adelante. Tu apoyo, tanto profesional como personal, ha sido fundamental para la consecución de este trabajo.

Asimismo, extendiendo mi agradecimiento a mis directores de tesis, el Dr. Luciano Rodríguez Díaz y el Dr. Juan Jesús García Iglesias, por su invaluable guía experta, su disponibilidad constante y sus valiosas aportaciones que han enriquecido enormemente este trabajo y han sido cruciales para moldear el resultado final.

Deseo expresar también mi reconocimiento a mis mentores en la universidad, el Dr. Agustín Galán García y el Dr. Carlos Ruiz Frutos, por su valiosa orientación, sus sabios consejos y por haber creído en mi potencial desde el principio y a lo largo de mi formación y desarrollo profesional.

En el ámbito personal, a mi esposa, Marta, cuyo apoyo incondicional ha sido el pilar fundamental de este largo y, a menudo, arduo camino. Tu paciencia infinita y tu comprensión, privándote de tantas cosas para que yo pudiera dedicarme

plenamente a este proyecto, son un reflejo de tu amor y compromiso. Este logro es, en gran medida, también tuyo.

A mis cinco maravillosos hijos: David, Jesús, Francisco Javier, José y Miguel. Sé que este tiempo ha significado menos momentos juntos, menos juegos y quizás menos de mi atención. Vuestra comprensión, vuestra alegría y el amor inmenso que me habéis brindado han sido mi mayor motivación y el recordatorio constante del verdadero propósito de mi esfuerzo. Gracias por cada sonrisa y por vuestra paciencia.

A mis padres, Paco y Carmen, por haberme dado la vida, por vuestro amor constante, por vuestro apoyo inquebrantable y por inculcarme los valores que me han traído hasta aquí. Gracias por ser mi primer y más sólido cimiento.

Finalmente, a todas aquellas personas que, de una u otra manera, han contribuido con su apoyo, ánimo o conocimiento en este proceso. Vuestra contribución ha sido invaluable.

Este viaje ha sido un testamento de que, con dedicación, perseverancia y un equipo de apoyo tan excepcional, cualquier meta es alcanzable. Gracias de corazón a todos.



*“Comienza haciendo lo que es  
necesario, después lo que es posible y  
de repente estarás haciendo lo imposible”*

***Francisco de Asís***



### **Abuso de Sustancias**

---

Consumo excesivo o perjudicial de sustancias como alcohol, tabaco, drogas ilegales, que puede afectar la salud física y mental.

### **Aislamiento**

---

Medida de salud pública que implica separar a las personas infectadas o en riesgo de infección para evitar la propagación de enfermedades, como en el caso de la COVID-19.

### **Anomia**

---

Fenómeno psicológico que se caracteriza por la sensación de alienación, desesperanza y pérdida de motivación, que a menudo conduce a trastornos más graves como la depresión mayor, especialmente en contextos de desempleo prolongado.

### **Asentamientos informales**

---

Áreas residenciales precarias y a menudo improvisadas, normalmente no poseen acceso adecuado y legal a servicios básicos como electricidad o agua potable, construidas con materiales reciclados y ubicadas usualmente cerca de explotaciones agrícolas. Se caracterizan por la informalidad y la falta de planificación urbana, y enfrentan desafíos significativos en infraestructura, acceso a servicios básicos y calidad de vida. Suelen estar habitadas por personas en situación de vulnerabilidad social y económica.

### **Competencia cultural**

---

Capacidad de los profesionales para comprender, respetar y atender adecuadamente a personas de diferentes culturas.

### **COVID-19 (Enfermedad por Coronavirus 2019)**

---

Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, declarada pandemia mundial en 2020.

### **Desempleo**

---

Situación de falta de trabajo en una persona en edad y condiciones para trabajar y que busca activamente empleo. No solo afecta la estabilidad económica, sino que tiene un impacto significativo en la salud mental de las personas, pudiendo desencadenar diversos trastornos psicológicos. Genera incertidumbre económica, sentimiento de fracaso, pérdida de identidad y disminución de la autoestima.

### **Desigualdad Social**

---

Diferencias en el acceso a recursos, oportunidades y servicios entre distintos grupos sociales, que pueden afectar la salud y el bienestar del sujeto.

### **Discriminación**

---

Trato desigual y desfavorable hacia personas o grupos por motivos de raza, género, origen, religión, etc.

### **Distrés Psicológico**

---

Estado de malestar emocional caracterizado por síntomas de ansiedad, depresión, estrés y otros síntomas no específicos, que pueden afectar el funcionamiento diario y la salud mental.

## **Enfermedad Crónica**

---

Enfermedad de larga duración y generalmente de progresión lenta.

## **Exclusión Social**

---

Proceso por el cual individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de la participación en la sociedad, afectando su acceso a recursos y derechos.

## **GHQ-12 (General Health Questionnaire-12)**

---

Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ) de 12 ítems utilizado para el cribado de trastornos psiquiátricos no psicóticos y para medir el nivel de malestar psicológico en la población general. Fue desarrollado por Golberg en 1972 con la intención de crear un instrumento de “screening” de los problemas afectivos (Casey, 1990), centrándose para ello en la detección del malestar psicológico más que en la identificación de categorías psicopatológicas más concretas. Se utiliza una escala tipo Likert 0-1-2-3, con una puntuación máxima de 36 puntos; a mayor puntuación, menor nivel de salud mental. Puntuaciones  $\geq 12$  se consideran casos potenciales de morbilidad psiquiátrica. Es considerado esencialmente unidimensional.

## **Inmigrante**

---

Persona que se traslada de su país de origen a otro país para residir temporal o permanentemente, por motivos económicos, sociales, políticos o personales.

## **Líderes Informales**

---

Residentes de los asentamientos con más de 10 años de experiencia, que actúan como referentes en su comunidad migrante. Conocen el tamaño aproximado de las muestras y están informados sobre la llegada de nuevos migrantes.

## **Malestar Psicológico**

---

Conjunto de emociones y experiencias cognitivas que afectan negativamente el bienestar emocional de una persona, manifestándose como estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad o desesperanza. Según la OMS, implica un sufrimiento emocional relacionado con experiencias de conflicto interno, estrés o angustia, pudiendo presentarse con síntomas como fatiga, irritabilidad, insomnio o pensamientos negativos, a veces acompañados de síntomas somáticos.

## **Migración**

---

Movimiento de personas de un lugar a otro, ya sea dentro de un mismo país o entre países, por razones diversas como trabajo, estudios, conflictos o desastres naturales.

## **Muestreo Bola de Nieve**

---

Técnica de muestreo no probabilístico en la que los primeros participantes reclutan a otros participantes entre sus conocidos, útil en poblaciones de difícil acceso.

## **OMS (Organización Mundial de la Salud)**

---

Agencia de las Naciones Unidas especializada en salud pública internacional.

## **Redes de Apoyo**

---

Conjunto de relaciones sociales y familiares que proporcionan apoyo emocional, económico y práctico a una persona, especialmente en situaciones de vulnerabilidad.

## **Resiliencia**

---

Capacidad de una persona o grupo para adaptarse positivamente a situaciones adversas o de estrés, superando dificultades y recuperándose de ellas.

## **Salud Menta**

---

Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.

## **SARS-CoV-2**

---

Virus causante de la enfermedad COVID-19, identificado por primera vez en 2019.

## **Vulnerabilidad Social**

---

Condición de riesgo incrementado de sufrir daños físicos, emocionales o sociales debido a factores como pobreza, discriminación, falta de acceso a servicios, etc.



## **GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS**

---

<b>ANOVA</b>	Analysis of Variance (Análisis de la Varianza)
<b>COVID-19</b>	Coronavirus Disease 2019 (Enfermedad por coronavirus 2019)
<b>DE</b>	Desviación Estándar
<b>DOI</b>	Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital)
<b>EPA</b>	Enfermero/a de Práctica Avanzada
<b>FEDEA</b>	Fundación de Estudios de Economía Aplicada
<b>GHQ-12</b>	General Health Questionnaire-12 (Cuestionario de Salud General de 12 ítems)
<b>IBM</b>	International Business Machines (Corporation)
<b>IC</b>	Intervalo de Confianza
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>RIC</b>	Rango Intercuartílico
<b>SARS-CoV-2</b>	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2)
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)



## **RESUMEN**

### **TITULO**

El malestar psicológico entre los inmigrantes desempleados que se establecen en el suroeste de España

### **ANTECEDENTES**

Las personas migrantes que viven en asentamientos informales del sur de España tienden a tener empleos precarios y malas condiciones de vida, lo que las hace vulnerables a problemas de salud mental.

### **OBJETIVO**

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el distrés psicológico en una muestra de personas migrantes desempleadas residentes en asentamientos informales en la provincia de Huelva (sur de España), durante la cuarta ola de la pandemia de COVID-19.

### **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante los meses de abril a junio de 2021, mediante un cuestionario hetero administrado, en asentamientos informales. El instrumento de medición fue el Cuestionario de Salud General (GHQ-12), utilizado para analizar el distrés psicológico y otras variables sociodemográficas y relacionadas con la salud. Se realizó un análisis de datos descriptivo univariante y bivariante, utilizando las estadísticas no paramétricas de la prueba U de Mann Whitney, la prueba H de Kruskal Wallis y la correlación Tau  $\beta$ .

Se realizó un análisis de regresión categórica para estudiar la relación entre el distrés psicológico y el resto de las variables.

### **RESULTADOS**

La muestra estuvo compuesta por 317 sujetos, de los cuales el 83,9% eran varones, y la edad media fue de 33,4 años (DE = 10,7 años). La puntuación media obtenida en el cuestionario GHQ-12 fue de 13,69 puntos (DE = 3,86). Se encontraron diferencias significativas entre los niveles de distrés psicológico y el abuso de sustancias ( $H = 14,085$ ;  $P = .049$ ), las personas que deseaban quedarse en España ( $t = 6987$ ;  $P = .049$ ), las personas que experimentaron aislamiento debido al contacto con COVID-19 ( $t = 1379,5$ ;  $P = .001$ ), las personas que necesitaron asistencia médica debido a COVID-19 ( $t = 7,990$ ;  $P = .018$ ), y aquellos que reportaron tener enfermedades crónicas ( $t = 2686,5$ ,  $P = .02$ ).

### **CONCLUSIONES**

La puntuación media de distrés psicológico indica altos niveles generales de distrés psicológico. Los participantes que habían experimentado aislamiento debido al contacto con COVID-19, que consumían sustancias y que tenían enfermedades crónicas reportaron los niveles más altos de angustia psicológica.

### **PALABRAS CLAVES**

COVID-19, asentamientos informales, migrantes, malestar psicológico, salud pública, desempleo



## **ABSTRACT**

### *TITLE*

Psychological distress among unemployed migrants settling in southwestern Spain.

### TRADUCCION

### *BACKGROUND*

Migrants living in the informal settlements of Southern Spain tend to have precarious employment and poor living conditions, making them vulnerable to mental health issues.

### *OBJECTIVE*

This study aimed to assess psychological distress in a sample of unemployed migrants residing in informal settlements in the province of Huelva (southern Spain), during the fourth wave of the COVID-19 pandemic.

### *METHODOLOGIES*

A descriptive cross-sectional study was conducted during the months of April to June 2021, through a heteroadministered questionnaire, in informal settlements. The measurement instrument was the General Health Questionnaire (GHQ-12), used to analyse psychological distress, and other sociodemographic and health-related variables. Univariate and bivariate descriptive data analysis were performed, using the nonparametric statistics Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis H test, and Tau  $\beta$  correlation. A categorical regression analysis was performed to study the relationship between psychological distress and the rest of the variables.

## *RESULTS*

The sample consisted of 317 subjects, 83.9% of whom were males, and the mean age was 33.4 years (SD = 10.7 years). The mean score obtained in the GHQ-12 questionnaire was 13.69 points (SD = 3.86). Significant differences were found between levels of psychological distress and substance abuse ( $H = 14.085$ ;  $P = .049$ ), people who wished to stay in Spain ( $t = 6.987$ ;  $P = .049$ ), people who experienced isolation due to COVID-19 contact ( $t = 13.795$ ;  $P = .001$ ), people who needed medical assistance due to COVID-19 ( $t = 7.990$ ;  $P = .018$ ), and those who reported having chronic illnesses ( $t = 2.6865$ ,  $P = .02$ ).

## *CONCLUSIONS*

The mean score of psychological distress indicates general high levels of psychological distress. Participants who had experienced isolation due to COVID-19 contact, who consumed substances, and who had chronic illnesses reported the highest levels of psychological distress.

## **KEYWORDS**

COVID-19, informal settlements, migrants, psychological distress, public health, unemployment



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>28</b>
<b>1.1. Antecedente</b> .....	<b>28</b>
<b>1.2. Marco Teórico</b> .....	<b>32</b>
<b>1.2.1. Contexto Sociodemográfico en el Suroeste de España</b> .....	<b>32</b>
<b>1.2.2. El Concepto de Malestar Psicológico</b> .....	<b>34</b>
<b>1.2.3. El desempleo y su impacto psicológico</b> .....	<b>35</b>
<b>1.2.4. Desafíos psicológicos específicos para los inmigrantes desempleados</b> .....	<b>37</b>
<b>1.2.5. Factores de resiliencia y adaptación</b> .....	<b>38</b>
<b>1.2.6. Condiciones de vida en los asentamientos</b> .....	<b>39</b>
<b>1.2.7. Influencia del desempleo en los asentamientos</b> .....	<b>41</b>
<b>1.2.8. Problemas idiomáticos en los asentamientos</b> .....	<b>43</b>
<b>1.2.9. Modos de ganarse la vida en los asentamientos</b> .....	<b>44</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>48</b>
<b>2.1. Objetivo General</b> .....	<b>48</b>
<b>2.2. Objetivos Especificos</b> .....	<b>48</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>50</b>
<b>3.1. Diseño del Estudio</b> .....	<b>50</b>
<b>3.2. Población y Muestra</b> .....	<b>50</b>
<b>3.3. Pilotaje</b> .....	<b>52</b>
<b>3.4. Variables</b> .....	<b>52</b>
<b>3.5. Instrumento</b> .....	<b>53</b>
<b>3.6. Análisis de Datos</b> .....	<b>54</b>
<b>3.7. Aspectos Éticos</b> .....	<b>55</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>57</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>62</b>
<b>5.1. Implicaciones Prácticas</b> .....	<b>67</b>
<b>5.2. Futuras Líneas de Investigación</b> .....	<b>68</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>71</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>75</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>92</b>
<b>8.1. Comité Ética</b> .....	<b>92</b>
<b>8.2. Cuestionario</b> .....	<b>94</b>
<b>8.3. Artículo Publicado</b> .....	<b>114</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra y .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabla 2. Resultados de hipótesis de contraste significativo. ....</b>	<b>59</b>
<b>Tabla 3. Modelo de regresión.....</b>	<b>60</b>

---

## INTRODUCCIÓN

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Antecedente

Los movimientos migratorios han formado parte de la civilización desde tiempos inmemoriales para satisfacer necesidades básicas o como consecuencia de crisis sanitarias, el cambio climático, las guerras y la persecución. En un mundo altamente interconectado y globalizado, el impacto de la pandemia del SARS CoV2 (coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2) se ha descrito a nivel social, laboral y económico. A pesar de considerarse una emergencia sanitaria mundial, sus consecuencias no han sido exclusivamente sanitarias, y además ha afectado especialmente a los grupos más vulnerables, como los trabajadores migrantes (1).

Según el glosario sobre migración propuesto por la Organización Internacional para las Migraciones (2), la migración se entiende como el movimiento de personas, independientemente de su tamaño, composición o causas, hacia el territorio de otro estado o dentro del propio; por lo tanto, incluye la migración de refugiados, desplazados, desarraigados y migrantes económicos, entre otros. En España, una de cada cinco personas vive en asentamientos, especialmente en la región de Andalucía (3). Si bien se trata de un grupo heterogéneo, puede presentar una serie de características comunes, especialmente relacionadas con los determinantes socioeconómicos de la salud. Estos determinantes incluyen la falta de recursos económicos como resultado de empleos poco cualificados o desempleo, las condiciones laborales,

socioambientales y de vivienda, los problemas relacionados con la condición social y la discriminación, la situación administrativa irregular y la falta de redes de apoyo social o familiar (4) (5) (6).

En este sentido, el sur de España destaca por su agricultura intensiva y orientada a la exportación, donde se requiere un alto número de temporeros para trabajar en cultivos de temporada y no se exige cualificación alguna. De hecho, se estima que 3 de cada 10 trabajadores del sector agrícola son inmigrantes (7). El alto coste de la compra o el alquiler de vivienda obliga a estos trabajadores a construir un lugar donde vivir. En algunos casos, se trata de residencias permanentes donde casi todos los migrantes son jóvenes de África, y suelen estar cerca de explotaciones agrícolas y lejos de pueblos o ciudades (8) (9).

Esto significa que no tienen acceso a la electricidad (ni legal ni ilegalmente), deben usar agua de pozos o caminar de 5 a 10 kilómetros para recoger agua potable en bidones grandes que encuentran en la basura, y construyen sus precarias viviendas con materiales que recogen de la calle, sin aislamiento térmico y, por lo tanto, potencialmente inflamables (9). Otro fenómeno que suele ocurrir en este contexto es que muchas personas son contratadas en su país de origen y no regresan al final de la temporada agrícola, por lo que carecen de recursos para pagar la vivienda. Además, al no tener permiso de trabajo, no pueden obtener un contrato de alquiler (9).

Ante todas estas dificultades crónicas, la pandemia afectó con especial dureza a esta población vulnerable. En España, la situación de la COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019), en términos de casos diagnosticados entre

abril y junio de 2021 pasó de alrededor de 3.100.000 casos totales en España a principios de abril, para una población total aproximada de 47.500.000 personas, a 3.800.000 casos totales diagnosticados a finales de junio. Asimismo, la incidencia acumulada disminuyó de 72,7 a 55,4 casos por 100.000 habitantes durante este período (10).

Anteriormente, las autoridades políticas de todo el mundo, con el respaldo de la evidencia científica, recomendaron la implementación de estrategias destinadas a prevenir la infección durante el curso de la pandemia; algunas de estas medidas incluían el aislamiento físico, la higiene adecuada de manos, el teletrabajo, el contacto personal limitado y el uso de mascarillas. En el caso específico de las personas migrantes que viven en asentamientos informales, la adopción de muchas de estas medidas no ha sido exhaustiva. La implementación de medidas de protección ha estado sujeta a las condiciones estructurales de los asentamientos, la movilidad de las personas migrantes por razones laborales y el contacto cercano entre personas debido a la compartición de espacios comunes (11). Igualmente, una baja tasa de pruebas de COVID-19 en estos.

Los asentamientos fueron un factor que contribuyó a la baja tasa de casos notificados, y los refugiados que se infectaron con COVID-19 pueden haber pasado desapercibidos por este problema (12).

Por otro lado, el impacto de la pandemia de COVID-19 en las personas migrantes asentadas ha intensificado las desigualdades sociales preexistentes en estos entornos, como el desplazamiento forzado, las interrupciones de los servicios de salud necesarios y la reducción de las redes sociales, afectando así su

estado de salud mental (13) (14). En la población general, el curso de la pandemia ha empeorado los niveles de salud mental, lo que ha llevado en algunos casos a un aumento en la demanda de atención psicológica (15). Además, situaciones como el aislamiento, la pérdida de ingresos o el miedo han provocado la aparición o agravamiento de trastornos de salud mental, con un aumento en el consumo de alcohol o drogas, trastornos del sueño y problemas relacionados con el estrés y la ansiedad (16).

En general, las personas que viven en asentamientos informales tienden a trabajar en sectores considerados de baja cualificación, bajos salarios y empleos temporales (17). Como resultado de la pandemia, el sector laboral tuvo que adaptarse repentina y temporalmente para minimizar la transmisibilidad del virus. En este sentido, muchos empleos se vieron obligados a cerrar de forma permanente o temporal, y en otros casos, los trabajadores tuvieron que adaptar sus tareas diarias (18). Cuando una población vulnerable, como la de los migrantes que viven en asentamientos informales, pierde su empleo, debe afrontar la pérdida de ingresos, la escasez de alimentos, las preocupaciones familiares y la incertidumbre sobre su futuro (19) (20) y este empeoramiento de las condiciones socioeconómicas, junto con la pérdida del empleo para las personas de bajos ingresos, aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos (21), como distrés psicológico, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias (22). El distrés psicológico se refiere a una gama de síntomas no específicos de estrés, ansiedad y depresión que pueden desencadenar y actuar como signos de trastornos mentales comunes, como los

trastornos depresivos y de ansiedad (23). A menudo se considera a los migrantes un grupo particularmente vulnerable en términos de salud mental en los países de acogida europeos (24). De hecho, la prevalencia de trastornos mentales entre la población migrante irregular en Europa varía ampliamente, desde el 8% al 86% para la depresión, del 3,1% al 81% para los niveles de ansiedad y del 3,4% al 57,6% para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (25). Además, cuando los trabajadores migrantes pierden sus empleos, a menudo no tienen compensación financiera por despido o asistencia del Estado por estar en una situación laboral irregular, lo que afecta aún más su falta de recursos (26) (27).

## **1.2. Marco Teórico**

### **1.2.1. Contexto Sociodemográfico en el Suroeste de España**

El flujo migratorio hacia el suroeste de España incluye fundamentalmente las comunidades autónomas de Andalucía y Extremadura, y se ha sido caracterizado por diversos factores a lo largo de los años. Tradicionalmente, esta región ha sido receptora de inmigrantes, tanto de otras zonas de Europa como de América Latina, el norte de África y más recientemente, de países de la Unión Europea sobre todo del Este (28) (29).

Entre los factores que son determinantes del flujo migratorio son (30) (31):

- Proximidad con África, La cercanía al estrecho de Gibraltar ha facilitado la llegada de inmigrantes procedentes del norte de África, especialmente desde Marruecos, Argelia y Mauritania.

- Oportunidades de tipo laboral, con un sector agrícola y turístico muy marcado, ha atraído a inmigrantes en busca de empleo, principalmente en la agricultura (especialmente en la recolección de frutas y hortalizas), la hostelería y el servicio doméstico.
- Redes migratorias, las comunidades de inmigrantes ya establecidas en la región a menudo funcionan como redes que atraen a nuevos migrantes, quienes se benefician de la información sobre las oportunidades laborales y el alojamiento.

Las políticas migratorias en España han tenido un impacto directo en la integración laboral de los inmigrantes, especialmente en lo que respecta a su acceso al empleo formal, sus condiciones laborales y la seguridad social.

El gobierno de España ha implementado programas de regularización de inmigrantes irregulares. Estos procesos han permitido a miles de trabajadores acceder a contratos de trabajo más estables y a la seguridad social. Sin embargo, la duración de estos procesos y las dificultades administrativas siguen siendo un obstáculo para una integración plena (32).

Los inmigrantes han aportado significativamente al desarrollo de sectores clave de la economía regional, como la agricultura, el turismo y la construcción. Su participación ha sido crucial durante los picos de demanda laboral, especialmente en épocas de cosechas o en el auge del turismo. Sin los inmigrantes, sectores como la recolección de frutas y verduras en Huelva o Almería podrían haber experimentado una escasez de mano de obra (33). Pero debemos añadir que muchos inmigrantes trabajan en condiciones laborales precarias y mal

remuneradas, lo que limita sus oportunidades de desarrollo social. Las políticas migratorias restrictivas, junto con la escasez de programas de integración efectivos, han dificultado la mejora de sus condiciones de vida y su acceso a empleos más cualificados (34).

### **1.2.2. El Concepto de Malestar Psicológico**

El malestar psicológico se refiere a un conjunto de emociones y experiencias cognitivas que afectan negativamente el bienestar emocional de una persona. Este malestar puede manifestarse en una variedad de formas, desde el estrés, la ansiedad, la depresión, hasta la irritabilidad o el sentimiento de desesperanza. Aunque todos los seres humanos experimentan algún grado de malestar psicológico a lo largo de su vida, el malestar crónico o grave puede afectar significativamente en la persona para desarrollar tareas de la vida diaria (35).

El malestar psicológico no siempre se traduce en una enfermedad mental, pero cuando se intensifica o persiste, puede evolucionar hacia trastornos psicológicos más serios, como trastornos de ansiedad, depresión o trastornos del estado de ánimo. Es importante señalar que el malestar psicológico es un fenómeno multidimensional, y sus causas son tanto biológicas como sociales, culturales y ambientales. Los factores externos (como las condiciones de vida, las relaciones interpersonales, y el entorno laboral) y los factores internos (como los rasgos de personalidad y la historia familiar) influyen en el desarrollo humano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el malestar psicológico implica un sufrimiento emocional relacionado con experiencias de conflicto interno, estrés o angustia, y puede presentarse con síntomas como la fatiga, irritabilidad, insomnio

o pensamientos negativos. A veces, el malestar psicológico también se acompaña de síntomas somáticos, como dolores de cabeza o trastornos digestivos (35) (36).

Los factores que contribuyen al malestar psicológico son variados y pueden incluir aspectos individuales, familiares, sociales y culturales. En el caso de los inmigrantes, estos factores se ven amplificados por la complejidad de su experiencia migratoria y la adaptación a un nuevo entorno. Entre ellos podemos destacar: discriminación, aislamiento social, choque cultural, barreras lingüísticas, estrés postraumático por haber huido de guerras o violencia... (37) (38) (39).

Las manifestaciones del malestar psicológico en los inmigrantes pueden variar, pero tienden a reflejar los desafíos y las dificultades inherentes al proceso migratorio. Estas manifestaciones pueden ser tanto emocionales como físicas, y son más intensas en aquellos que enfrentan circunstancias de alta vulnerabilidad, como los refugiados o los inmigrantes que viven en condiciones precarias. Destacando manifestaciones como ansiedad, estrés, depresión, desesperanza, irritabilidad y frustración (40) (41) (42).

### **1.2.3. El desempleo y su impacto psicológico**

Existe multitud de evidencia científica que han demostrado que el desempleo o falta de trabajo no solo afecta a la estabilidad económica, sino que tiene un impacto significativo en la salud mental de las personas, pudiendo desencadenar una serie de trastornos psicológicos (43) (44).

El desempleo está estrechamente relacionado con el aumento de los niveles de estrés y ansiedad. La incertidumbre económica y la incapacidad de cubrir necesidades básicas genera angustia y una percepción de inseguridad que afecta el bienestar psicológico (45) (46).

Las personas desempleadas suelen experimentar un sentimiento de fracaso y pérdida de identidad, lo cual puede inducir a trastornos como la depresión. La falta de un rol social activo y la desconexión de las redes laborales son factores que contribuyen a la disminución de la autoestima (47).

Paul et al. señalan que los individuos desempleados tienen mayores probabilidades de desarrollar trastornos emocionales, especialmente en contextos de desempleo prolongado, donde las personas experimentan una angustia constante debido a la falta de ingresos y oportunidades (48).

Por otro lado, los inmigrantes que se encuentran desempleados enfrentan una serie de factores de estrés adicionales que pueden agravar el impacto psicológico del desempleo en comparación con la población local. Estos factores incluyen barreras lingüísticas, discriminación, exclusión social y vulnerabilidad legal (49).

Además, el desempleo muy prolongado en el tiempo puede generar efectos psicológicos más intensos y duraderos. Estudios como los de Jahoda sugieren que la incapacidad prolongada para encontrar empleo puede llevar a un fenómeno conocido como "anomia", que se caracteriza por la sensación de

alienación, desesperanza y pérdida de motivación, lo que a menudo conduce a trastornos más graves como la depresión mayor (50).

#### **1.2.4. Desafíos psicológicos específicos para los inmigrantes desempleados**

La discriminación laboral es una de las principales barreras a las que se enfrentan los inmigrantes al intentar ingresar al mercado de trabajo, y sus efectos sobre la salud mental son significativos. Los inmigrantes, en especial aquellos de orígenes étnicos, raciales o culturales diferentes, a menudo se enfrentan a prejuicios y estigmatización que afectan su bienestar psicológico de manera directa (51).

La discriminación laboral puede llevar a este colectivo a desarrollar sentimientos de desesperanza. La experiencia de ser excluido del mercado de trabajo, no solo por falta de cualificación, sino también por prejuicios étnicos o culturales, agrava la sensación de impotencia y el malestar psicológico. Esta percepción de injusticia puede contribuir al estrés crónico y al empeoramiento de la salud mental (52).

Con respecto al estrés laboral, los inmigrantes que experimentan discriminación suelen sentir que su trabajo no se valora y que sus esfuerzos no son reconocidos de manera justa, lo que puede generar estrés emocional y ansiedad social (53).

Otros de los desafíos psicológicos más importantes es el sentimiento de exclusión social a los que se enfrentan los inmigrantes desempleados. Este

sentimiento no solo está relacionado con la dificultad para acceder al empleo, sino también con la falta de integración en la sociedad y la discriminación social. La exclusión social que experimentan tiende a sentirse desconectados de la sociedad local. Este aislamiento social puede llevar a un descenso en la calidad de vida, afectando negativamente la salud mental. El sentimiento de no pertenencia puede inducir a la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales, ya que los inmigrantes perciben que no son valorados ni aceptados en su nueva comunidad (54).

La exclusión social también se refiere a la incapacidad de los inmigrantes de participar plenamente en las actividades sociales y culturales del país receptor, lo que puede generar un sentimiento de desesperanza. Este aislamiento, tanto en el ámbito laboral como social, puede conducir a problemas de autoestima y a un sentimiento de marginalización (54).

Además, la falta de apoyo social puede agravar aún más el estrés psicológico. Los inmigrantes que carecen de redes sociales y familiares cercanas están más expuestos a los efectos negativos de la exclusión social, como el sentimiento de vulnerabilidad y la inseguridad emocional (49).

#### **1.2.5. Factores de resiliencia y adaptación**

Los recursos sociales y familiares juegan un papel importante en la capacidad de adaptación de los inmigrantes desempleados, ya que proporcionan un sistema de apoyo emocional, financiero y práctico que ayuda a mitigar los efectos negativos del desempleo. Las familias pueden ser una fuente vital de apoyo

emocional y psicológico, actuando como un factor protector frente a los efectos negativos del desempleo, como la ansiedad y la depresión. El apoyo de los familiares cercanos puede ayudar a los inmigrantes a mantener una autoestima elevada y a reducir el estrés asociado con la incertidumbre laboral (55).

Por otro lado, el apoyo económico que algunas veces los familiares proporcionan puede ayudar a mitigar la crisis económica derivada del desempleo, lo que reduce la presión financiera y permite a los inmigrantes centrarse en su bienestar psicológico y en la búsqueda de empleo (56).

Ante toda esta situación los inmigrantes elaboran estrategias de afrontamiento mediante técnicas y recursos psicológicos para gestionar el estrés asociado con el desempleo. Estas estrategias son esenciales para su adaptación psicológica y para la superación de los desafíos emocionales que genera el desempleo. Mediante la búsqueda activa de empleo, la meditación o el apoyo emocional de amigos y familiares y la participación en movimientos sociales o actividades comunitarias como forma de encontrar sentido y control sobre su situación (57) (58) (59).

Destacamos las redes de apoyo en la vida de los inmigrantes desempleados proporcionan un sistema de recursos emocionales, sociales y a veces económicos que pueden mitigar los efectos negativos del desempleo en la salud mental (60).

### **1.2.6. Condiciones de vida en los asentamientos**

Los asentamientos en las últimas décadas presentan una serie de desafíos y condiciones de vida que afectan a sus habitantes. Estos asentamientos son

caracterizados por la informalidad y la falta de planificación urbana, se enfrentan a problemas significativos en términos de infraestructura, acceso a servicios básicos y calidad de vida (61).

Uno de los principales problemas es la falta de acceso a servicios esenciales como agua potable, saneamiento y electricidad. Muchos de estos asentamientos carecen de una red adecuada de suministro de agua, lo que obliga a los residentes a depender de fuentes alternativas, a menudo inseguras. Según un estudio de la Universidad de Huelva (2018), la escasez de agua y la mala calidad del suministro son problemas recurrentes que afectan la salud y el bienestar de los habitantes (61).

La vivienda en estos asentamientos suele ser precaria. Las construcciones son a menudo improvisadas y no cumplen con los estándares de seguridad, lo que aumenta el riesgo de desastres en caso de fenómenos naturales. Un informe del Ayuntamiento de Huelva (2020) destaca que muchas familias viven en condiciones de hacinamiento, lo que agrava problemas de salud y bienestar social (62).

La situación laboral también es un factor crítico. Muchos residentes de estos asentamientos se encuentran en empleos informales, con escasa protección social y bajos salarios. Esto perpetúa un ciclo de pobreza que es difícil de romper. Según el informe de la Asociación de Desarrollo Comunitario de Huelva (2019), la falta de oportunidades laborales dignas es una de las principales preocupaciones de los habitantes de estos asentamientos (63).

A pesar de estos desafíos, hay iniciativas en marcha para mejorar las condiciones de vida en estos asentamientos. Organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios están trabajando para proporcionar acceso a servicios básicos y fomentar la inclusión social. La colaboración entre el gobierno local y estas organizaciones es fundamental para abordar las necesidades de estas comunidades (64).

Por tanto, se puede decir que las condiciones de vida en los asentamientos son complejas y multifacéticas, con desafíos significativos que requieren atención y acción coordinada. La mejora de la infraestructura, el acceso a servicios básicos y la creación de oportunidades laborales son pasos cruciales para garantizar un futuro más digno para sus habitantes (65).

### **1.2.7. Influencia del desempleo en los asentamientos**

El desempleo es un factor determinante que afecta las condiciones de vida en los asentamientos, donde la precariedad económica y la falta de oportunidades laborales son comunes. Este escenario no solo afecta la economía de los hogares, sino que también tiene repercusiones en la salud, la cohesión social y la seguridad de las comunidades (66).

La falta de empleo formal en los asentamientos lleva a muchos residentes a depender de trabajos informales, que son inestables y mal remunerados. Según un informe de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), un alto porcentaje de trabajadores en asentamientos informales carecen de acceso a prestaciones sociales, lo que agrava su situación en momentos de crisis

económica. Esta precariedad laboral limita la capacidad de las familias para satisfacer sus necesidades básicas, como alimentación, vivienda y educación (66).

El desempleo también contribuye a la exclusión social. La falta de oportunidades laborales restringe el acceso a servicios esenciales, como la educación y la atención médica. Un estudio del Instituto Nacional de Estadística (INE) indica que las familias que viven en asentamientos con altos niveles de desempleo tienen menos probabilidades de acceder a servicios de salud adecuados, lo que afecta su bienestar general y perpetúa el ciclo de pobreza (67).

La incertidumbre económica y la falta de perspectivas laborales pueden generar estrés y ansiedad. Un estudio realizado por la Universidad de Huelva encontró que el desempleo está relacionado con un aumento en los problemas de salud mental en estas comunidades, lo que puede afectar la cohesión social y la capacidad de los residentes para organizarse y buscar soluciones colectivas (66).

Por otro lado, el desempleo puede contribuir a un aumento en la delincuencia y la violencia en los asentamientos. La desesperación económica puede llevar a algunos individuos a involucrarse en actividades delictivas como una forma de subsistencia. Según un informe de la Asociación de Desarrollo Comunitario de Huelva (2019), las tasas de criminalidad son más altas en áreas con altos niveles de desempleo, creando un ciclo vicioso de inseguridad y pobreza (68).

Por lo tanto, el desempleo tiene una influencia profunda en los asentamientos, afectando no solo la economía de los hogares, sino también la salud, la cohesión social y la seguridad. Abordar el desempleo a través de políticas

efectivas y programas de desarrollo económico es esencial para mejorar las condiciones de vida en estas comunidades.

### **1.2.8. Problemas idiomáticos en los asentamientos**

Los asentamientos, sobre todo aquellos que albergan a poblaciones migrantes o de diversas nacionalidades, enfrentan una serie de problemas idiomáticos que afectan la integración social, el acceso a servicios y la cohesión comunitaria. Estos problemas pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los residentes y en su capacidad para interactuar con el entorno que les rodea (69).

Los residentes de asentamientos provienen de contextos lingüísticos diferentes y pueden no hablar el idioma oficial del país en el que se encuentran. Esto dificulta la comunicación con los servicios públicos, como la salud, la educación y la administración. Según un estudio de González, la falta de habilidades lingüísticas puede llevar a malentendidos y a una menor utilización de servicios esenciales, lo que a su vez afecta la salud y el bienestar de las comunidades (70).

La diversidad lingüística también impacta el acceso a la educación, como es el caso de los niños que no dominan el idioma del país pueden tener dificultades para integrarse en el sistema educativo, lo que puede resultar en un bajo rendimiento académico y en altas tasas de abandono escolar. Un informe de Fernández y Martínez destaca que la falta de programas de apoyo lingüístico en las escuelas de asentamientos contribuye a la exclusión educativa de los niños migrantes (70).

Las barreras idiomáticas pueden afectar la cohesión social dentro de los asentamientos. La dificultad para comunicarse puede generar sentimientos de aislamiento y exclusión entre los residentes. En un estudio de Ramírez indica que la falta de interacción entre diferentes grupos lingüísticos puede limitar la creación de redes de apoyo y la participación comunitaria, lo que a su vez puede perpetuar la marginalización de ciertos grupos (71).

A pesar de estos desafíos, muchas comunidades están implementando estrategias para superar las barreras idiomáticas. Programas de alfabetización y clases de idiomas son ejemplos de iniciativas que buscan facilitar la integración. Según Álvarez, la colaboración entre organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales ha sido fundamental para desarrollar programas que aborden las necesidades lingüísticas de los residentes de asentamientos (72).

### **1.2.9. Modos de ganarse la vida en los asentamientos**

Los modos de ganarse la vida de las personas que viven en asentamientos varían considerablemente dependiendo de su localización ya sea urbana o rural y la estructura socioeconómica de la región. Los asentamientos pueden ser zonas rurales dedicadas principalmente a actividades agrícolas, zonas urbanas con una economía más orientada hacia el sector servicios e industrial, o asentamientos informales donde predominan actividades económicas informales o precarias (73).

En las zonas rurales, las personas tienden a ganarse la vida principalmente a través de actividades relacionadas con la agricultura, ganadería y pesca (74).

- Agricultura de subsistencia: Muchos habitantes de zonas rurales dependen de la agricultura para subsistir, cultivando principalmente

para el consumo familiar, aunque también pueden vender excedentes en mercados locales.

- **Agricultura comercial:** En algunos casos, la producción agrícola está orientada a la venta de productos en mercados nacionales o internacionales, como el café, cacao, caña de azúcar, o frutas y verduras.
- **Ganadería:** El cuidado de animales, como vacas, caballos, cabras, cerdos, y aves, es una fuente importante de ingresos y de alimentación en las zonas rurales.
- **Pesca:** En asentamientos rurales cercanos a ríos, lagos o costas, la pesca es una actividad común para la supervivencia económica.

Entre los asentamientos urbanos, la economía está más diversificada y, a menudo, se caracteriza por una mayor industrialización y servicios. Destacando los siguientes (75) (76):

- **Trabajo en el sector industrial:** Las personas en asentamientos urbanos a menudo encuentran empleo en fábricas, construcción o manufactura.
- **Servicios:** El sector terciario (servicios) es clave en las ciudades, con empleos en educación, salud, comercio, transporte, finanzas, tecnología, entre otros.
- **Comercio y ventas:** En muchas ciudades, las personas se ganan la vida mediante el comercio, vendiendo productos en mercados, tiendas o de manera ambulante.

- Sector informal: Aunque no es la norma en todos los casos, muchas personas en ciudades, especialmente en barrios marginales o asentamientos informales, participan en trabajos informales, como la recolección de materiales reciclables o trabajos de construcción sin contrato formal.

---

## OBJETIVOS

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Evaluar el malestar psicológico en una muestra de migrantes desempleados residentes en asentamientos informales en la provincia de Huelva (sur de España), durante la cuarta ola de la pandemia de COVID-19.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las consecuencias sobre la salud pública del malestar psicológico en los migrantes desempleados en los asentamientos informales en la provincia de Huelva.
- Evaluar la calidad del empleo durante la época de la pandemia en los migrantes.
- Describir como influye el enfoque cultural hacia la población que reside en asentamientos informales



### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. Diseño del Estudio**

Estudio observacional y transversal. Se realizó entre abril y junio de 2021 en la provincia de Huelva.

#### **3.2. Población y Muestra**

No existe un registro oficial de personas residentes en asentamientos informales en el sur de España. Según estimaciones de Cruz Roja Huelva, organización participante en el presente estudio, se estimó un tamaño poblacional aproximado de 5000 individuos, empleados o desempleados (nivel de confianza (IC) = 95%. Precisión = 3%; error  $\alpha$  = 0,05; pérdida asumida = 25%). Por lo tanto, se anticipó una muestra necesaria de al menos 260 sujetos. Finalmente, la muestra estuvo compuesta por un total de 317 migrantes desempleados. Los criterios de inclusión fueron: ser migrante, pertenecer a uno de los asentamientos informales de la provincia de Huelva, hablar y/o comprender español, francés y árabe, por ser las lenguas mayoritarias en los países de origen de los migrantes, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, estar desempleado desde el inicio de la pandemia y no recibir ninguna remuneración por actividades laborales sin un contrato de trabajo oficial, y declaración de ser mayor de 16 años. Los criterios de exclusión incluyeron: estar empleado, con contrato formal o no, no comprender el estudio por sus propios medios o a través de mediadores culturales y no firmar el consentimiento informado por cualquier motivo.

Se utilizó un muestreo no probabilístico de bola de nieve, con la ayuda de mediadores culturales reconocidos y líderes informales de la población potencial de estudio. Los líderes informales, residentes de los asentamientos durante más de 10 años y colaboradores habituales de la Organización No Gubernamental (ONG) Cruz Roja, son referentes entre la comunidad migrante en cada asentamiento; también conocen el tamaño aproximado de la muestra de estos asentamientos y están informados sobre la llegada de nuevos migrantes a los asentamientos. Antes del inicio del estudio, tras haber aceptado participar de forma voluntaria, recibieron capacitación y orientación por parte del equipo de investigación y los mediadores culturales de la ONG Cruz Roja sobre los objetivos del estudio y el procedimiento de recopilación de datos. La instrucción para los líderes informales fue identificar a todas las personas posibles que desearan participar voluntariamente en el estudio, independientemente de su país de origen, idioma o situación legal en el país. Su misión fue reclutar la muestra y resolver problemas lingüísticos o culturales menores, si los hubiera.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por el equipo de mediadores culturales de la ONG Cruz Roja, acompañados por los líderes informales, en diferentes días de muestreo, recorriendo a pie los asentamientos. Los mediadores culturales son profesionales con amplia experiencia cultural, ya que realizan su labor de prevención y promoción de la salud regularmente para la ONG Cruz Roja en estos asentamientos, y también dominan el español, el francés y el inglés. En cuanto a los líderes informales, todos comprendían el español y, al menos, el francés (además de las lenguas nativas), que eran las lenguas prioritarias en estos asentamientos. Además, los entrevistados facilitaron la identificación de

otros informantes potenciales de forma consecutiva, ya que sentían confianza en los recopiladores de datos.

Para recopilar la información de la muestra, se utilizó un cuestionario en línea (Google, EE) que contenía información sobre el estudio y el consentimiento informado, además de los demás elementos relacionados con las variables del estudio. Este cuestionario estaba disponible en español, francés y árabe. Se administró con la ayuda de mediadores culturales de la Cruz Roja para facilitar la comprensión de la información y las tecnologías.

### **3.3. Pilotaje**

Antes de completar el cuestionario, 10 personas participaron en el diseño de este estudio mediante un estudio piloto. Estos sujetos fueron identificados y reclutados con la ayuda de la Cruz Roja Española, entre informantes clave y personas de referencia residentes en los asentamientos y que son personas de contacto de la organización. Diez hombres, de origen marroquí, maliense o ghanés, respondieron a las entrevistas. No fue necesario realizar modificaciones, ya que ninguno de los sujetos reportó dificultades de comprensión ni otros problemas.

### **3.4. Variables**

Considerando la literatura existente sobre el tema de estudio y los objetivos planteados, se identificaron las siguientes variables: variables sociodemográficas (sexo, edad, país de origen, deseo de regresar al país de origen, permiso de trabajo

y nivel más alto de educación), variables relacionadas con la salud (enfermedad crónica, abuso de sustancias, diagnóstico de COVID-19, aislamiento relacionado con el contacto de riesgo de COVID-19 y asistencia médica necesaria para COVID-19) y distrés psicológico (Cuestionario de Salud General [GHQ-12], (77) (78) (79) (80).

### **3.5. Instrumento**

El GHQ-12 es un instrumento utilizado para el cribado de trastornos psiquiátricos no psicóticos (alfa de Cronbach original (77): 0,820,86; versión española (78): 0,860,76; alfa de la versión árabe (79): 0,86; alfa de la versión francesa (80): 0,94). La escala de corrección es tipo Likert 0123, con una puntuación máxima de 36 puntos. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems de la escala; a medida que las puntuaciones aumentan, el nivel de salud mental disminuye. Las puntuaciones  $\geq 12$  se consideraron como casos potenciales de morbilidad psiquiátrica. Todas las versiones tienen el mismo punto de corte que se describió anteriormente, y fueron estas versiones las utilizadas en este estudio.

Un estudio reciente realizó un modelo de dos factores que mostró que la mayor parte de la varianza se explicaba por un factor general.

Por lo tanto, estos autores demostraron que el GHQ-12 es una escala esencialmente unidimensional y no se recomienda utilizar e interpretar las

puntuaciones de las subescalas porque reflejan principalmente la salud mental general y no constructos distintos (81).

### **3.6. Análisis de Datos**

Se analizaron datos descriptivos univariados y bivariados con el programa SPSS v.26 (IBM, Armonk, NY) en relación con variables sociodemográficas, variables relacionadas con la salud y variables de escala. La prueba de Kolmogorov Smirnov, realizada con la variable de escala (puntuación total del cuestionario GHQ-12), mostró que la distribución de los datos no era normal, por lo que se utilizaron estadísticas no paramétricas (82).

Para el análisis de datos, se utilizaron estadísticas descriptivas de mediana y rango intercuartil (RIC), así como pruebas de contraste: la prueba U de Mann Whitney para contrastar el distrés psicológico con las variables de aislamiento, asistencia médica, enfermedad crónica y disposición a regresar; la prueba H de Kruskal Wallis para contrastar el distrés psicológico con la variable de abuso de sustancias; y la correlación Tau  $\beta$  para estudiar la asociación entre el distrés psicológico y la edad. Se estableció un nivel de confianza del 95 % para todas las pruebas estadísticas aplicadas.

Para estudiar la relación entre el distrés psicológico y las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado, se realizó un análisis de regresión categórica, dado que estas variables eran cualitativas. El análisis de regresión categórica incluyó aspectos característicos del

análisis de regresión clásico: el coeficiente de determinación ( $R^2$ ), el análisis de varianza para la regresión y la significancia de los parámetros del modelo. Se seleccionó la opción de escala óptima en el software y se introdujeron variables ficticias para calcular el modelo final (83) (84).

### **3.7. Aspectos Éticos**

El Comité de Ética de la Investigación de la Junta de Andalucía (Ref. PI 036/20) aprobó el protocolo de este estudio. Todos los sujetos de la muestra dieron su consentimiento voluntario por escrito y fueron informados de los objetivos del estudio.

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de todos los participantes. Se informó a todos los sujetos sobre el propósito del estudio y la posibilidad de participar de forma voluntaria, anónima y confidencial. Los autores cuentan con la autorización de los titulares de los derechos de autor para utilizar este instrumento (77).

---

## RESULTADOS

## 4. RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 317 sujetos, de los cuales el 83.9% eran hombres, y la mediana de edad total fue de 36 años (RIC = 14 años). En cuanto al nivel de estudios, el 83.6% tenía educación primaria o no había completado la educación mínima, el 13.2% tenía educación secundaria y solo el 3.1% había completado la educación superior. El perfil sociodemográfico de la muestra se describe en la Tabla 1.

En cuanto al estado civil, el 49.5% eran solteros y el 41.3% estaban casados; el resto de la muestra estaba divorciada, comprometida o viuda. En cuanto al proceso migratorio, el 83.6% de la muestra total no deseaba regresar a su país de origen. En cuanto a las variables relacionadas con la salud, solo el 8% padecía una enfermedad crónica, el 6.6% había sufrido aislamiento relacionado con la COVID-19 y el 2.8% había sido diagnosticado con COVID-19; de ellos, solo 5 sujetos habían necesitado asistencia médica en un hospital (1.6%).

Según los países de origen de la muestra, el 94% de la misma procedía de África, con porcentajes mayores de los países de Marruecos (27.93%), Mali (27.29%), Ghana (21.19%) y Senegal (8.83%); el 6% restante procedía de países europeos.

La mediana de la puntuación del nivel de distrés psicológico, evaluada mediante la escala GHQ-12, fue de 13.69 puntos (RIC = 5). Esta puntuación es superior a 12, lo que indicaría que la muestra sufre distrés psicológico.

No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de distrés psicológico y las variables sexo, estado civil, nivel educativo, permiso de trabajo y diagnóstico de COVID-19 en el análisis bivariado.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra y puntuaciones media y medianas del GHQ-12.**

<b>Sexo</b>	Masculino	<i>n</i> = 266 (83.9%)	Muestra total <i>N</i> = 317
	Femenino	<i>n</i> = 51 (16.1%)	
<b>Edad</b>	Significado	33.4	
	Desviación estándar	10.7	
<b>Nivel educativo</b>	Sin estudios/estudios primarios	<i>n</i> = 265 (83.6%)	
	Estudios secundarios	<i>n</i> = 42 (13.2%)	
	Estudios superiores	<i>n</i> = 10 (3.1%)	
<b>Estado Civil</b>	Soltero	<i>n</i> = 157 (49.5%)	
	Casado	<i>n</i> = 131 (41.3%)	
	Separado/Divorciado	<i>n</i> = 7 (2.2%)	
	Comprometido	<i>n</i> = 15 (4.7%)	
	Viudo	<i>n</i> = 7 (2.2%)	
<b>Dispuesto a volver</b>	No	<i>n</i> = 252 (79.5%)	
	Sí	<i>n</i> = 65 (20.5%)	
<b>Permiso de trabajo</b>	No	<i>n</i> = 238 (74.8%)	
	Sí	<i>n</i> = 79 (25.2%)	
<b>Enfermedad crónica</b>	No	<i>n</i> = 309 (97.5%)	
	Sí	<i>n</i> = 8 (2.5%)	
<b>Diagnóstico de COVID-19</b>	No	<i>n</i> = 308 (97.2%)	
	Sí	<i>n</i> = 9 (2.8%)	
<b>Asistencia médica</b>	No	<i>n</i> = 312 (98.4%)	
	Sí	<i>n</i> = 5 (1.6%)	
<b>Aislamiento</b>	No	<i>n</i> = 296 (93.4%)	
	Sí	<i>n</i> = 21 (6.6%)	
<b>Abuso de sustancias</b>	Ninguna	<i>n</i> = 201 (63.4%)	
	Alcohol	<i>n</i> = 22 (6.9%)	
	Tabaco	<i>n</i> = 51 (16.1%)	
	Alcohol/Tabaco y Hachís	<i>n</i> = 40 (12.6%)	
	Heroína	<i>n</i> = 1 (0.3%)	
	Policonsumo	<i>n</i> = 2 (0.6%)	
<b>Escala GHQ-12</b>	Significado	13.69	Puntuación máxima = 36 puntos
	Desviación estándar	3.86	

Las diferencias entre las puntuaciones medias del GHQ-12 y el abuso de sustancias fueron significativas ( $H = 14.085$ ;  $p = 0.049$ ). Por lo tanto, los policonsumidores (abuso regular de más de dos sustancias), los consumidores de tabaco únicamente y cualquier consumo obtuvieron las puntuaciones medias más altas. Las personas que solicitaron residir en España mostraron mayores niveles de distrés psicológico ( $t = 6987$ ;  $p = 0,049$ ). Además, las personas que experimentaron aislamiento por contacto de riesgo, las que necesitaron asistencia médica relacionada con la COVID-19 y las que reportaron enfermedades crónicas presentaron niveles más altos de distrés psicológico ( $t = 1379.5$ ;  $p = 0.001$ ;  $t = 7.990$ ;  $p = 0.018$ ;  $t = 2686.5$ ;  $p = 0.02$ ; respectivamente) (Tabla 2). Sin embargo, la correlación entre la mediana de la puntuación del GHQ-12 y la media de la edad no fue significativa ( $\text{Tau } \beta = 0.17$ ;  $p = 0.61$ ).

**Tabla 2. Resultados de hipótesis de contraste significativo.**

Escala	Variable	Valores Variable	Mediana	Rango intercuartílico	Hipótesis contraste
GHQ-12	Abuso de Sustancias	Ninguna	13	3	0.049 <sup>b</sup>
		Alcohol	14	6	
		Tabaco	14	3	
		Alcohol/Tabaco y Hachís	12	3	
		Heroína	12	3	
		Policonsumo	28	5	
	Aislamiento	No	12	3	0.001 <sup>a</sup>
		Sí	16	4	
	Asistencia Médica	No	13	3	0.018 <sup>a</sup>
		Sí	17	8	
	Enfermedad Crónica	No	13	3	0.02 <sup>a</sup>
		Sí	15	6	
	Dispuesto a Volver	No	14	3	0.049 <sup>a</sup>
		Sí	12	5	

<sup>a</sup> U-Mann-Whitney; <sup>b</sup> H-Kruskal-Wallis

Finalmente, las variables que obtuvieron diferencias significativas en las pruebas de hipótesis se introdujeron en los modelos de regresión. Como se muestra en el análisis de regresión de la Tabla 2, las variables de abuso de sustancias, aislamiento, asistencia médica, enfermedad crónica y disposición a retornar obtuvieron valores  $p < 0.05$  y presentaron diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, se incluyeron en el análisis de regresión. La Tabla 3 muestra los resultados de la regresión categórica. Se observa que las variables de deseo de retornar, aislamiento y abuso de sustancias están relacionadas con la presencia de distrés psicológico en la muestra de migrantes desempleados, y este modelo explica el 48 % de la varianza de la variable.

**Tabla 3. Modelo de regresión.**

Escala	VARIABLES	Coefficiente Beta	Significancia Variable (Valor P)	Valor R2	Significancia del Modelo (Valor P)
<b>GHQ-12</b>	Aislamiento	0.176	0.02	0.48	0.001 <sup>a</sup>
	Dispuesto a Volver	- 0.173	0.001		
	Enfermedad Crónica	0.077	0.073		
	Asistencia Médica	0.064	0.127		
	Abuso de Sustancias	-0.113	0.005		

<sup>a</sup> ANOVA



## 5. DISCUSIÓN

Los datos analizados en este trabajo constituyen un subanálisis de un estudio previo de los autores (85). Los resultados del estudio actual evaluar específicamente el distrés psicológico en la misma población de estudio, pero controlando la variable de empleo. Por lo tanto, nuestros resultados indican que los migrantes desempleados que viven en asentamientos informales en Huelva han desarrollado altos niveles de distrés psicológico (puntuación media del GHQ-12: 13.69). Investigaciones cualitativas recientes en esta población asentada informalmente informaron sentimientos de tristeza y miedo relacionados con la vivienda, la familia o la burocracia en el contexto general de los asentamientos informales en Huelva (86). Nuestro estudio agregó que el distrés psicológico fue potencialmente mayor para aquellos que habían vivido aislados debido a la sospecha de contagio de COVID-19 que para aquellos que no lo habían hecho, para aquellos que deseaban permanecer en España y para aquellos que habían consumido más de 2 tipos de sustancias tóxicas. En este sentido, también se informaron niveles similares de distrés psicológico medidos con el GHQ-12 en los segmentos de empleados (87) y desempleados (88) de la población general española durante la pandemia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la población de este estudio no era de origen español. Por lo tanto, a pesar de que los datos reflejan malestar psicológico en España, las consideraciones culturales también deberían abordarse en estudios posteriores sobre este tema. Como se indicó en 2015, la evolución negativa de los indicadores de salud entre los inmigrantes asentados conduce a una situación en la que los grupos

socioeconómicamente menos favorecidos sufren los peores efectos de una crisis, principalmente el desempleo y el deterioro de la salud mental (89).

El perfil de la mayoría de la muestra es el de un hombre de unos 33 años, sin estudios, procedente de África, sin intención de regresar a su país de origen, sin permiso de trabajo, sin diagnóstico de COVID-19, sin enfermedades crónicas y sin consumo de sustancias. Llama la atención que el 84% de la muestra estuviera compuesta por hombres jóvenes, a diferencia de las muestras obtenidas en otros estudios realizados en contextos similares. En el caso del estudio de Muhula et al (90) realizado en Kenia, se observa que el perfil mayoritario de la muestra es el de una mujer de entre 35 y 54 años sin estudios o con estudios primarios y que trabaja de forma temporal. De igual forma, en un estudio realizado en asentamientos informales de Perú (91), la muestra estaba compuesta casi a partes iguales por mujeres y hombres (51.2% vs 48.8%, respectivamente), con una media de edad superior ( $40.75 \pm 7.49$  años), y donde 3 de cada 4 eran analfabetos. En España, se realizó un estudio en un contexto similar (sureste de España en contraposición al suroeste del presente estudio). En este estudio, la población reportó una edad media de 33.29 años (DE: 9.11), el 55.88% eran hombres y el 44.12% mujeres, con un tiempo medio de residencia en España de 5.09 años, y el 35.29% de ellos no trabajaban mientras que el 64.71% de ellos trabajaban en invernaderos (92). En este caso, 2 realidades similares coexisten en el sur de España (de este a oeste).

Otro punto para destacar fue que los participantes que reportaron su disposición a quedarse en España presentaron una puntuación media más alta en comparación con aquellos que deseaban regresar a su país de origen (14 vs 12,

respectivamente). En este sentido, en un estudio realizado en una muestra de migrantes refugiados y migrantes no refugiados con trastornos mentales comunes en comparación con sujetos nacidos en Suecia, se observó que tanto los migrantes refugiados como los no refugiados tenían un mayor riesgo de desempleo de larga duración en comparación con los participantes nacidos en Suecia. Esto indica que los inmigrantes tenían un mayor riesgo de desempleo de larga duración que las personas del país donde se realizó el estudio (93). Además, el estudio de Sotomayor et al (91) que se realizó con comunidades desfavorecidas en Perú reveló que las personas desempleadas e incluso aquellas que habían logrado mantener sus empleos durante la pandemia estaban predispuestas a sentir mayores niveles de miedo a la COVID-19, y los autores atribuyen este hecho al posible miedo al contagio en el desempeño de sus funciones laborales. En consonancia con el presente estudio, se encuentra el estudio de Burton Jeangros et al. (94), donde el 71.4% de los migrantes indocumentados reportaron síntomas relacionados con ansiedad o depresión.

En consonancia con otros estudios, se encontró un empeoramiento de las condiciones de salud mental en comparación con los niveles prepandémicos y con las poblaciones no migrantes (27). Además de los determinantes sociales a los que estaban expuestos, la pérdida del empleo podría ser otra razón por la que el consumo de sustancias, especialmente el consumo de tabaco se exacerbó. En un estudio cualitativo realizado en el sureste de España, se identificó que los migrantes irregulares tenían un mayor riesgo de exposición a las consecuencias psicológicas de la COVID-19 debido a sus precarias condiciones de vida, situación administrativa y acceso limitado al sistema de atención médica (92). De hecho, las

barreras para acceder al sistema de salud podrían ser el resultado de la coalición de experiencias culturales, marginación y discriminación del sistema, por lo que los mediadores culturales pueden realizar un trabajo esencial durante las intervenciones de promoción de la salud para disminuir estas inequidades del sistema de salud (92) (95). Vivir en asentamientos informales también fue un factor determinante en el desarrollo de malestar psicológico y tiene una fuerte influencia en la seguridad de los refugiados (96). En 2020, Saab et al. (97) analizaron a la población libanesa residente en asentamientos y revelaron altos niveles de angustia psicológica asociados al apoyo de organizaciones humanitarias, la resiliencia y factores económicos. De igual manera, un estudio realizado en el campo de refugiados más grande del mundo destacó que las malas condiciones socioeconómicas, las experiencias traumáticas previas, la incertidumbre y el acceso limitado a los servicios de salud eran los factores que mantenían la prevalencia de la ansiedad y el estrés entre la población adulta (98).

Las implicaciones de estos hallazgos resaltan la importancia del enfoque cultural para la población que reside en asentamientos informales. La adopción de medidas de prevención eficaces podría verse obstaculizada por obstáculos culturales, como la baja percepción de la gravedad o la negación de la COVID-19 y las ideas erróneas sobre la enfermedad, que pueden conducir a un bajo nivel de amenaza (susceptibilidad y gravedad) y a creencias erróneas sobre la eficacia de las conductas preventivas (99). Por lo tanto, las administraciones gubernamentales deben implementar políticas de salud pública adaptadas culturalmente con intervenciones específicas para las personas migrantes que viven en asentamientos.

En asentamientos informales, con el fin de mitigar los problemas sociolaborales y promover políticas pertinentes, integrales y basadas en la evidencia. En este sentido, los miembros confiables y respetados de las comunidades locales se consideran recursos fiables para la gestión de la salud, tanto en entornos formales como informales (100).

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, no existe un censo oficial de la población de estudio, debido a la propia naturaleza de los asentamientos informales, lo que favoreció un muestreo no probabilístico por conveniencia, realizado con la ayuda de mediadores culturales y líderes informales de estos asentamientos. Por ello, es importante señalar un posible sesgo en el intercambio de información, ya que las conexiones de red de los participantes a través de este método de muestreo pueden generar homogeneidad en las respuestas y los participantes podrían haberse visto influenciados por las opiniones o experiencias de quienes fueron reclutados previamente. La falta de un proceso de aleatorización podría implicar que los participantes compartan características similares, lo que podría generar una falta de representatividad de la población con respecto a otros asentamientos informales existentes en España e incluso en otros asentamientos del mundo. Sin embargo, con la ayuda de informantes clave en cada asentamiento, que suelen colaborar con las diferentes ONG del sector, se ha intentado obtener datos de una muestra lo más amplia posible para presentar estadísticas representativas. En este sentido, al aumentar la potencia estadística de los datos obtenidos, se obtuvo una muestra mayor que la mínima recomendada. Asimismo, al tratarse de un estudio descriptivo transversal, los hallazgos deberían confirmarse con otros estudios de seguimiento, ya que no

permiten establecer relaciones causales entre variables. Al mismo tiempo, no se han estudiado las posibles diferencias significativas entre hombres y mujeres, ya que el 83.9% de la muestra fueron hombres; por lo tanto, el estudio del efecto de la variable sexo sobre el resto de variables debería abordarse en nuevos estudios con una muestra más equitativa entre hombres y mujeres. En tercer lugar, es posible que no se hayan considerado todas las variables que pueden afectar al distrés psicológico y que no se hayan evaluado aspectos como los rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento, el sentido de coherencia o la resiliencia. De igual forma, al tratarse de un estudio autoinformado, se asume que los datos proporcionados por los participantes son válidos. Sin embargo, debe considerarse el sesgo de respuesta. Por último, aunque la herramienta de recopilación de datos se tradujo al francés y al árabe, es posible que algunos sujetos hablen dialectos específicos de su país de origen que difieran de la traducción estándar realizada.

En estas situaciones, el papel de los mediadores culturales y líderes informales fue esencial para una correcta comunicación.

### **5.1. Implicaciones Prácticas**

Después de llevar a cabo este trabajo y analizar los datos obtenidos, se pueden utilizar estos hallazgos para mejorar ciertos aspectos de la práctica de enfermería. Es fundamental identificar los factores de riesgo y las condiciones laborales que incrementan la posibilidad de sufrir desgaste profesional, así como aquellos elementos que pueden disminuir el compromiso de las enfermeras. En términos generales, las condiciones laborales y el nivel de compromiso que

muestran las enfermeras en su trabajo diario son aspectos clave para evaluar los riesgos psicosociales a los que pueden estar expuestas, así como su conexión con el trabajo y su percepción de salud, tanto física como mental. Esto permitiría implementar acciones en el diseño, organización y evaluación de los riesgos en el entorno laboral, con el fin de reducir el impacto de estos factores, que pueden afectar la salud de las enfermeras y comprometer la calidad y seguridad de la atención que brindan.

Además, es crucial analizar los factores que pueden predecir el desgaste profesional y el compromiso laboral, así como examinar las demandas y recursos laborales disponibles, ya que son elementos esenciales para una adecuada gestión, especialmente en situaciones excepcionales como la crisis provocada por la COVID-19. La inclusión de un profesional como el EPA en servicios con alta carga de trabajo, donde se requiere una respuesta rápida, puede ser fundamental para mitigar las consecuencias negativas de tales entornos (como el estrés y la sobrecarga física y mental) y potenciar los aspectos positivos (como el trabajo en equipo, la reducción de tiempos de espera, la mejora en la atención y el aumento de la satisfacción del paciente, entre otros).

## **5.2. Futuras Líneas de Investigación**

A lo largo de esta tesis, se ha evidenciado que las condiciones laborales que enfrentan las enfermeras son muy diversas, principalmente debido a la amplia gama de funciones que pueden desempeñar y a los distintos entornos en los que trabajan. En este contexto, sería valioso investigar las diferencias en el compromiso

laboral, la exposición a riesgos psicosociales y el riesgo de desarrollar estrés psicológico entre enfermeras que se dedican a la atención directa, la gestión, la enseñanza y la investigación.

Además, aunque el enfoque del estudio ha sido en enfermeras, sería interesante considerar en futuras investigaciones a otros profesionales del ámbito sanitario, incluidos aquellos que no son de salud. A menudo, diferentes grupos profesionales dentro de un mismo servicio pueden percibir de manera distinta los riesgos psicosociales a los que están expuestos, a pesar de compartir el mismo entorno laboral.

Por último, hay tres pruebas específicas que aún no se han analizado, las cuales están relacionadas con la satisfacción laboral y los factores que los encuestados consideran que influyen en ella, la violencia en el lugar de trabajo y cómo ha cambiado su vida y trabajo en los últimos diez años.

---

## CONCLUSIONES

## 6. CONCLUSIONES

- La mediana de la puntuación de distrés psicológico en personas migrante desempleadas residentes en asentamientos informales en Huelva índice niveles generales altos de distrés psicológico (GHQ-12 = 13). Entre los sujetos, los participantes que habían experimentado aislamiento por contacto con COVID-19, consumían sustancias y padecían enfermedades crónicas reportaron los niveles más altos de distrés psicológico.
- Los resultados identificarían el empleo, ya sea formal o informal sin contrato, como una posible variable mediadora del malestar psicológico en migrantes residentes en asentamientos informales de Huelva durante la pandemia de COVID-19. Esta cuestión merece reflexión por parte de las instituciones públicas, ya que es posible asumir que, modificando esta variable laboral, por ejemplo, a través de estrategias de educación y formación, los niveles de salud mental entre esta población podrían mejorar. Las razones de esta hipótesis pueden residir en el hecho de que la percepción de recibir una retribución económica tiene un impacto en la auto percepción y el autoconcepto, y esto puede estar estrechamente relacionado con la disposición a mejorar los procesos de salud enfermedad.
- Esta investigación resalta la importancia del enfoque cultural hacia la población que reside en asentamientos informales. Los matices culturales pueden influir en la percepción y la expresión. El sufrimiento psicológico de los migrantes en diferentes contextos es un factor clave; por lo tanto, se reconoce la importancia de la competencia cultural de los mediadores e

investigadores para abordar la diversidad de poblaciones. Este estudio enfatiza la importancia de utilizar estrategias específicas para garantizar la sensibilidad cultural en el diseño del estudio y la interpretación de los datos.

## CONCLUSIONS

- The median score of psychological distress in unemploye migrants living in informal settlements in Huelva indicated general high levels of psychological distress (GHQ-12 = 13). Among the subjects, participants who had experienced isolation due to contact with COVID-19, consumed substances, and had chronic illnesses reported the highest levels of psychological distress.
- The results would identify employment, either formal or informal without a contract, as a possible mediating variable of psychological distress in migrants residing in informal settlements of Huelva during the COVID-19 pandemic. This issue deserves reflection on the part of public institutions as it is possible to assume that, by modifying this employment variable, e.g. through education and training strategies, the levels of mental health among this population could improve. Reasons for this hypothesis may lie in the fact that the perception of receiving financial retribution has an impact on self-perception and self-concept, and this may be closely related to the willingness to improve health-illness processes.
- This investigation highlights the importance of the cultural approach to the population that resides in informal settlements. Cultural nuances may influence the perception and expression. of psychological distress among

migrants in different contexts, therefore, the importance of mediators and investigators' cultural competency in dealing with diverse populations is acknowledged. Principally, this study emphasizes the importance of using specific strategies to ensure cultural sensitivity in the study design and data interpretation.

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-García-de-Cortázar A, Leralta-Piñán O, Jiménez-Pernett J. COVID-19 on migrants and ethnic minorities. *Gac Sanit.* 2020; 35: p. 499-501.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.002>
2. Guadagno L. Los migrantes y la pandemia de COVID-19: un primer análisis. Suecia; 2020.
3. Rosa W. Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. Una nueva era en la salud mundial: la enfermería y las Naciones Unidas, 2030; 2017.
4. Geiger M, Koch M. World Organizations in Migration Politics: The International Organization for Migration. *Journal of International Organizations Studies.* 2018; 1(9): p. 25-44.
5. Farha L. Nota de orientación sobre la COVID-19 Protección de los residentes de asentamientos informales. Naciones Unidas; 1(4).
6. de Oliveira Andrade R. The Brazilian slums hiring their own doctors to fight covid-19. *BMJ.* 2020; 369: p. m1597. [doi.org/10.1136/bmj.m1597](https://doi.org/10.1136/bmj.m1597)
7. Pedreño A, Sánchez M, Castro Cd. La pandemia como oportunidad política. isibilidad mediática y movilización de los jornaleros migrantes en España. *Rev Int Organ.* 2022; 29: p. 161-179.  
[https://raco.cat/index.php/RIO/article/view/409490.](https://raco.cat/index.php/RIO/article/view/409490)

8. López-Sala A. Voices from the fields. Migrant agriculture workers during Covid-19 in Spain and new forms of activism for dignity. *EstudGeográficos*. 2022; 83: p. 107.
9. Gómez-Salgado J, Carrión-Rico D, García-Iglesias JJ, Climent-Rodríguez JA, Miranda-Plata R, Pichardo-Hexamer R, et al. Angustia psicológica entre los migrantes desempleados que se instalan en el suroeste de España: un estudio transversal. *Medicina*. 2024; 103(15): p. e37418. DOI: 10.1097/MD.00000000000037418
10. Glodeanu A, Gullón P, Bilal U. Desigualdades sociales en la movilidad durante y después del confinamiento asociado a la COVID-19 en el área metropolitana de Madrid en España. *Salud y lugar*. 2021; 70: p. 102580. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.620718>
11. Pinchoff J, Kraus-Perrotta C, Austrian K. Mobility patterns during COVID-19 travel restrictions in Nairobi Urban informal settlements: who is leaving home and why. *J Urban Health*. 2021; 98: p. 211-221. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00507-w>
12. Al-Hatamleh MAI, Hatmal MM, Mustafa SHF. Experiences and perceptions of COVID-19 infection and vaccination among Palestinian refugees in Jerash camp and Jordanian citizens: a comparative cross-sectional study by face-to-face interviews. *Infect Dis Poverty*. 2022; 11: p. 123. <https://doi.org/10.1186/s40249-022-01047-y>

13. Jones N, Baird S, Abu Hamad B. Compounding inequalities: adolescent psychosocial wellbeing and resilience among refugee and host communities in Jordan during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2022; 17: p. e0261773. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261773>
14. Nyashanu M, Simbanegavi P, Gibson L. Exploring the impact of COVID-19 pandemic lockdown on informal settlements in Tshwane Gauteng Province, South Africa. *Glob Public Health*. 2020; 15: p. 1443-1453. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1805787>
15. Rozo-Sánchez A, Rivera-Porras D, Pérez-Reyes G, García-Echeverri M, Cabrera-Gómez CC, López-Jaimes RJ. Mental health in times of pandemic: the parallel pandemic. *Gaceta Médica de Caracas*. 2021; 1S(129): p. S261-S271. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.s1.28
16. Fang M, Hu SX, Hall BJ. A mental health workforce crisis in China: a pre-existing treatment gap coping with the COVID-19 pandemic challenges. *Asian J Psychiatr*. 2020; 54: p. 102265. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102265
17. Koh D. Migrant workers and COVID-19. *Occup Environ Med*. 2020; 77: p. 634-636. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106626>
18. de Sio S, Cedrone F, Nieto HA. Telework and its effects on mental health during the COVID-19 lockdown. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021; 25: p. 3914-3922. Doi: 10.26355/eurrev\_202105\_25961

19. Guha P, Islam B, Hussain MA. COVID-19 lockdown and penalty of joblessness on income and remittances: a study of inter-state migrant labourers from Assam, India. *J Public Aff.* 2021; 21: p. x2470.  
<https://doi.org/10.1002/pa.2470>
20. Oliva-Arocas A, Benavente P, Ronda E. Health of international migrant workers during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Front Public Heal.* 2022; 10: p. 200. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.816597>
21. Dębski P, Boroń A, Kapuśniak N. Conspiratorial beliefs about COVID-19 pandemic - can they pose a mental health risk? The relationship between conspiracy thinking and the symptoms of anxiety and depression among adult poles. *Front Psychiatry.* 2022; 13: p. 1-9.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.870128>
22. Singh GP. Psychosocial and mental health issues of the migrants amidst COVID-19 pandemic in India: a narrative review. *Indian J Psychol Med.* 2021; 43: p. 473-478. <https://doi.org/10.1177/02537176211044802>
23. Viertiö S, Kiviruuu O, Piirtola M. Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health.* 2021; 21: p. 1-17.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>
24. Herold R, Wuchenauer F, Kandler A. Association of cultural origin and migration status with work-related mental health of migrants and refugees in

Europe: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2022; 12: p. e052395.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052395>

25. Martin F, Sashidharan SP. The mental health of adult irregular migrants to Europe: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2023; 25: p. 427-435.  
<https://doi.org/10.1007/s10903-022-01379-9>
26. Singh OP. Mental health of migrant laborers in COVID-19 pandemic and lockdown: challenges ahead. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62: p. 233-234. DOI: 10.4103/psiquiatría. IndianJPsychiatry\_422\_20
27. Mengesha Z, Alloun E, Weber D. “Lived the pandemic twice”: a scoping review of the unequal impact of the COVID-19 pandemic on asylum seekers and undocumented migrants. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19: p. 6624-6636. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116624>
28. Benítez Eyzaguirre LI. La frontera televisada. Aspectos ocultos de la migración de patera en el estrecho de Gibraltar. Tleo.; 2011.
29. Solé C, Parella S, Alarcón A, Bergalli V, Gibert F. El impacto de la inmigración en la sociedad receptora. *Reis*. 2000;: p. 131-157.  
<https://doi.org/10.2307/40184254>
30. Valero-Matas JA, Coca JR, & Valero-Oteo I. Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de población*. 2014; 20(80): p. 9-45.

31. Martínez JAG. Migraciones, inserción laboral e integración social. Redes migratorias y su impacto en la integración laboral en Andalucía. Revista de Economía Mundial. 2006; 14: p. 231-249.
32. Alonso BS. La política migratoria en España Un análisis de largo plazo. Revista Internacional de Sociología. 2011; 69(1): p. 243-268.  
<https://doi.org/10.3989/ris.2011.iM1.393>
33. Valiente GC, Romero AB. Turismo, mercado de trabajo e inmigración en España. Un análisis de la situación en las Comunidades de Murcia, Canarias, Valencia y Andalucía.: Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles.; 2009. <https://ddd.uab.cat/record/218300>
34. Gómez Gil C. Algunas particularidades sobre el empleo de los inmigrantes. Estudios Laborales. 2008. <http://hdl.handle.net/10045/16925>
35. Cromby J, Harper D, Reavey P. Psicología, salud mental y distrés. Editorial Bloomsbury. 2017; 66(1): p. 35-42.
36. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática.: Revista Panamericana de Salud Pública; 2016.
37. Villota LB, Medina DM. Impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 en migrantes: revisión sistemática. Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud. 2021; 3(6): p. 123-134.

38. Liebkind K, Jasinskaja-Lahti I. La influencia de las experiencias de discriminación en el estrés psicológico: una comparación de siete grupos de inmigrantes. *Revista de Psicología Social Comunitaria y Aplicada*. 2000; 1(10): p. 1-16. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(200001/02\)10:1<1::AID-CASP521>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(200001/02)10:1<1::AID-CASP521>3.0.CO;2-5)
39. Berry JW. *Aculturación: Un viaje personal a través de culturas*. Cambridge University Press. 2019;; p. 1. DOI: <https://doi.org/10.1017/9781108589666>
40. González MJZ, Prados MIS. Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2007; 1(23): p. 72-84. <https://doi.org/10.6018/analesps>
41. Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 63-75). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. 2006; 29: p. 63-75.
42. Urios González C. *Impacto de la migración en la salud mental de inmigrantes económicos en España y protocolos de intervención propuestos desde el Sistema Sanitario.*; 2019.
43. Arulampalam W. Is unemployment really scarring? Effects of unemployment experiences on wages. *Economic Journal*. 2001; 111(475): p. 585-606. <https://doi.org/10.1111/1468-0297.00664>

44. Berry JW. Acculturation and adaptation in a globalized world. *Multicultural Perspectives*. 2006; 8(2): p. 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2008.04.001>
45. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. 2009; 74(3): p. 264-282.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
46. Henkel D. Desempleo y consumo de sustancias: una revisión de la literatura (1990-2010). *Revisiones actuales sobre el abuso de drogas*. 2011; 1(4): p. 4-27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
47. Warr P. *Work, happiness, and unhappiness*. Psychology Press. 2007; 10(2): p. 12-24. <https://doi.org/10.4324/9780203936856>
48. Paul KL, Moser K. El desempleo perjudica la salud mental: metaanálisis. *Revista de comportamiento vocacional*. 2009; 74(3): p. 264-282.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
49. Kirmayer L, Narasiah L, Munoz M. Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(12): p. E959-E967. DOI:  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
50. Jahoda M. *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge University Press. 1982; 2(10).

51. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006; 90(5): p. 751-783. DOI: 10.1037/0022-3514.90.5.751
52. Eibeck A, Shaocong Z, Mei Qi L, Kraft M. Research data supporting "A Simple and Efficient Approach to Unsupervised Instance Matching and its Application to Linked Data of Power Plants"; 2024. <https://doi.org/10.17863/CAM.82548>
53. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behavior. In *Psychology of Intergroup Relations* Chicago: Nelson-Hall; 1986.
54. Etekal I, Li H, Chaudhary A, Luo W, Brooker RJ. Trayectorias crónicas, crecientes y decrecientes de victimización entre iguales y el desarrollo de problemas externalizantes e internalizantes en la infancia media. *Desarrollo y psicopatología*. 2023; 4(35): p. 1756-1774. <https://doi.org/10.1017/S0954579422000426>
55. Chang A. Uso de los servicios de salud mental y funcionamiento familiar en adolescentes con alto riesgo de suicidio: Tesis doctoral, Universidad de Palo Alto; 2024.
56. Guarino L, Sojo V. Apoyo social como moderador del estrés en la salud de los desempleados. *Universitas psychologica*. 2011; 3(10): p. 867-879.

57. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 56(2): p. 267-283.
58. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984.
59. Kuo WH, Tsai YM. Redes sociales, resistencia y salud mental de los inmigrantes. *Revista de salud y comportamiento social*, 133-149. 1986; p. 133-149. <https://doi.org/10.2307/2136312>
60. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241(4865): p. 540-545. DOI: 10.1126/ciencia.3399889
61. Hernández Román M. *La Realidad de los asentamiento en la provincia de Huelva Huelva: Mesa de Integración; 2018.*
62. Padilla FM, Alcón M, Galán AO, De la Rosa Díaz D. *La Inmigración en la provincia de Huelva. Huelva: Consejo Económico Social de la provincia de Huelva (CESpH), Diputación de Huelva; 2016. Huelva: Colección Informes Nº 1/2016.; 2020.*
63. García Padilla FM, Ortega Galán AM, Ramos Pichardo J. *Análisis de la situación de salud de los/as inmigrantes en los asentamientos de Huelva. Huelva; 2020.*
64. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Pereda Riguera C, Rodríguez Rodríguez A. *Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las*

variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. 2008; 82: p. 209-220.

65. Torres JO. Política migratoria en la frontera sur de España con Marruecos: sus consecuencias y el papel de las organizaciones de la sociedad civil; 2013.
66. Felgueroso F, Doménech R, García JR, Jansen M, Vázquez S, Viola A. Observatorio Trimestral del Mercado de Trabajo. Boletín no. 10: FEDEA; 2024.
67. Bravo de Laguna Ramón EM. La realidad de la llegada de inmigrantes a España: ¿Perjuicio o Beneficio?; 2024. <http://hdl.handle.net/11531/78884>
68. Ruiz Ruiz J, Izquierdo B, Rivera Escribano MJ. La desigual vinculación al lugar de los nuevos residentes en zonas rurales: El caso de la comarca fresera de Huelva.: Universidad de Huelva; 2019. <http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2018.60>
69. Costas C. Las migrantes de la fresa de Huelva a Almería: decisiones y vínculos entre asentamientos Huelva: Tesis Doctoral; 2022.
70. Madariaga JM, Huguet A, Lapresta C. Actitud, presión social y educación inclusiva en aulas con diversidad lingüística y cultural. Educación XX1, 16(1). 2013; 1(16): p. 305-327. DOI: 10.5944/educXX1.16.1.728

71. Chávez JM. Migración pospandemia: los desafíos de la cohesión social. España; 2022.
72. Álvarez Sotomayor A, Gómez Parra ME. Modos de integración lingüística en el alumnado de padres inmigrantes en España: un estudio de caso. *Lengua y migración*; 1(12): p. 77-99. DOI: <https://doi.org/10.37536/LYM.12.1.2020.1042>
73. Murra JV. La organización económica del Estado Inca (Vol. 11).: Siglo xxi; 1978.
74. Sahlins M. *Stone Age Economics*: Aldine de Gruyter; 1972.
75. Castells M. *The Informational City: Information Technology, Economic Restructuring, and the Urban-Regional Process*: Blackwell; 1989.
76. Harvey D. *Spaces of Capital: Towards a Critical Geography*. Routledge; 2001.
77. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997; 27: p. 191-197. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
78. Rocha K, Pérez K, Rodríguez M. sychometric properties and normative values of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in the Spanish general population. *Int J Clin Heal Psychol*. 2011; 11: p. 125-139.

79. Daradkeh TK, Ghubash R, El-Rufaie OEF. Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-item General Health Questionnaire. *Psychol Rep.* 2001; 89: p. 85-94. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.89.1.85>
80. Lesage FX, Martens-Resende S, Deschamps F. Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open J Prev Med.* 2011; 01: p. 44-48. DOI: 10.4236/ojpm.2011.12007
81. Gnambis T, Staufienbiel T. The structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): two meta-analytic factor analyses. *Health Psychol Rev.* 2018; 12: p. 179-194. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1426484>
82. Corporation. I. IBM SPSS Statistics for Windows. New York: IBM; 2019.
83. Guerra W, Herrera M, Fernández L. Categorical regression model or the analysis and interpretation of statistical power. *Cuba J Agric Sci.* 2019; 53: p. 13-20.
84. Ho R. Handbook of Univariate and Multivariate Data Analysis with IBM SPSS London: Chapman and Hall – CRC Press; 2014.
85. Allande-Cussó R, García-Iglesias JJ, Miranda-Plata R. Social determinants of health in the COVID-19 pandemic context of the migrant population living in settlements in Spain. *Int J Public Health.* 2022; 67: p. 1604628. doi: 10.3389/ijph.2022.1604628

86. García Padilla FM, Sánchez Alcón M, Ortega Galán A. Condiciones de vida y salud de la población inmigrante de los asenamientos de Huelva. *Rev Esp Salud Publica*. 2021; 95: p. e202107113.
87. Ruiz-Frutos C, Ortega-Moreno M, Allande-Cussó R. Health related factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic among non-health workers in Spain. *Saf Sci*. 2021; 133: p. 104996.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104996>
88. Gómez-Salgado J, Andrés-Villas M, Domínguez-Salas S. Related health factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: p. 947.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17113947>
89. Gotsens M, Malmusi D, Villarroel N. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health*. 2015; 25: p. 923-929.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv126>
90. Muhula S, Opanga Y, Oramisi V. Impact of the first wave of the COVID-19 pandemic on HIV/AIDS programming in Kenya: evidence from Kibera informal settlement and COVID-19 hotspot counties. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18: p. 6009. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116009>
91. Sotomayor-Beltran C, Matta-Solis H, Perez-Siguas R. Fear of COVID-19 among Peruvian people living in disadvantaged communities: a cross-

sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021; 17: p. 19-25. doi:  
10.2174/1745017902117010019

92. Jiménez-Lasserrotte MM, Granero-Molina J, Lardon Galindo V. Irregular migrants' experiences of health disparities while living in informal settlements during the COVID-19 pandemic. *J Adv Nurs*. 2023; 79: p. 1868-1871. <https://doi.org/10.1111/jan.15606>
93. Di Thiene D, Helgesson M, Rahman S. Risk of labour market marginalisation among young refugees and non-refugee migrants with common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021; 56: p. 1025-1034. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-02022-4>
94. Burton-Jeangros C, Duvoisin A, Lachat S. The impact of the Covid-19 pandemic and the lockdown on the health and living conditions of undocumented migrants and migrants undergoing legal status regularization. *Front Public Health*. 2020; 8: p. 596887. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
95. Pusey-Reid E, Blackman-Richards N. The importance of addressing racial microaggression in nursing education. *Nurse Educ Today*. 2022; 114: p. 105390. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105390>
96. Bohnet H, Rüegger S. Refugees and Covid-19: beyond health risks to insecurity. *Schweiz Z Polit*. 2021; 27: p. 353-368. <https://doi.org/10.1111/spsr.12466>

97. Saab BR, Stevenson K, Chahrouri M. Psychological distress among Syrian refugee women and a control group in an urban settlement in Beirut – a pilot study. *Psychiatr Q.* 2020; 91: p. 915-919.
98. Anwar A, Yadav UN, Huda MN. Anxiety and stress related to COVID-19 among the community dwelling older adults residing in the largest refugee camp of the world. *Community Ment Health J.* 2023; 59: p. 1181-1192.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-023-01101-5>
99. Tsegaye A, Wilunda C, Manenti F. “This is not our disease”: a qualitative study of influencers of COVID-19 preventive behaviours in ngenyyiel refugee camp (Gambella, Ethiopia). *Front Public Health.* 2022; 9: p. 723474.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.723474>
100. Buseh AG, Stevens PE, Bromberg M. The Ebola epidemic in West Africa: challenges, opportunities, and policy priority areas. *Nurs Outlook.* 2015; 63: p. 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.12.013>



## 8. ANEXOS

### 8.1. Comité Ética

**JUNTA DE ANDALUCÍA** **CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS**

**DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA**

D/D<sup>a</sup>: María Dolores Santos Rubio como secretario/a del CEI de Huelva

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Evaluación y seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en el Bienestar Emocional y Ajuste Psicológico de la Población General, (Seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en la población)

Protocolo, Versión: v1  
HIP, Versión: V1  
CI, Versión: V1

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.


La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Huelva a 20/01/2021



D/D<sup>a</sup>. María Dolores Santos Rubio, como Secretario/a del CEI de Huelva

## CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 19/01/2021 y recogida en acta 01/21 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evaluación y seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en el Bienestar Emocional y Ajuste Psicológico de la Población General. ( Seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en la población)  
Protocolo, Versión: v1  
HIP, Versión: V1  
CI, Versión: V1

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

### Presidente/a

D/D<sup>a</sup>. Clara María Rosso Fernández

### Secretario/a

D/D<sup>a</sup>. María Dolores Santos Rubio

### Vocales

D/D<sup>a</sup>. Amelia Jiménez Heffernan  
D/D<sup>a</sup>. SONIA MARIA PASTOR MONTERO  
D/D<sup>a</sup>. Manuel Trujillo Lara  
D/D<sup>a</sup>. Carlota Méndez del Barrio  
D/D<sup>a</sup>. DAVID MORALES PANCORBO  
D/D<sup>a</sup>. Carlos Cordero García  
D/D<sup>a</sup>. Esperanza Begoña García Navarro

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Huelva a 20/01/2021



## 8.2. Cuestionario

8/4/25, 18:37

Estudio del nivel de ansiedad y miedo a la enfermedad COVID-19 Personas migrantes en Huelva

# Estudio del nivel de ansiedad y miedo a la enfermedad COVID-19 Personas migrantes en Huelva

Nos dirigimos a usted, con el objeto de solicitar unos 7-10 minutos de su valioso tiempo, de modo que pueda responder a unas sencillas preguntas que permitirán desarrollar un estudio. El estudio lo lleva a cabo un equipo de investigadores de la Universidad de Huelva y la Universidad de Sevilla, con el objetivo de analizar el nivel de ansiedad y miedo a la enfermedad COVID-19 en personas migrantes que residen en asentamientos en la provincia de Huelva. Así mismo, nos gustaría informar que el estudio tiene la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Andalucía con el Código: PI 036/20

El equipo investigador garantiza que todas sus respuestas serán tratadas de forma ANÓNIMA y TOTALMENTE CONFIDENCIAL, siendo el carácter de su participación totalmente voluntaria. Así mismo, agradecemos encarecidamente su tiempo prestado.

Si tiene cualquier duda o pregunta respecto a este estudio o el uso de los datos recogidos con el mismo, no dude en contactar con la siguiente dirección de correo electrónico: [regina.allande@gmail.com](mailto:regina.allande@gmail.com)

Para expresar la aceptación de participación en este estudio le rogamos que marque con una cruz la siguiente casilla:

*\* Indica que la pregunta es obligatoria*

1. Acepto participar voluntariamente en este estudio, una vez recibida la información \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

Sí

Estudio del nivel de ansiedad y miedo a la enfermedad COVID-19 Personas migrantes en Huelva

2. Acepto participar voluntariamente en este estudio, una vez recibida la información \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

Sí

DATOS PERSONALES

3. 01. Sexo \*

*Marca solo un óvalo.*

Hombre

Mujer

4. 02. ¿En qué año nació? \*

\_\_\_\_\_

5. 03. ¿ En qué asentamiento vive actualmente, o dónde está localizado? \*

\_\_\_\_\_

6. 04. Su estado civil actual es: \*

*Marca solo un óvalo.*

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Tengo pareja

Otros

7. 05. ¿Cuánto tiempo lleva en España? \*

\_\_\_\_\_

8. 06. ¿En qué país nació? \*

\_\_\_\_\_

9. 07. ¿Tiene hijos/as? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí, en mi país de origen
- Si, viven aquí en España conmigo
- No tengo, porque fallecieron
- No

10. 08. ¿Qué profesión tenías en tu país?

---

11. 09. Nivel de estudios

---

12. 10. ¿Tienes permiso de trabajo? \*

*Marca solo un óvalo.*

- si
- No
- En trámite

13. 11. ¿Está trabajando actualmente? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí, días sueltos
- Si, de manera continuada en la campaña
- No
- Sí, en lo que me va saliendo (trabajos esporádicos, vigilante de noche, etc..)

14. 12. ¿Considera que tiene ingresos económicos suficientes para cubrir sus necesidades de alimentación e higiene? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 Depende del mes

15. 12. ¿Cómo has entrado en nuestro país? \*

Marca solo un óvalo.

- Patera en las costas  
 Otras  
 Solicitando asilo y he sido denegado  
 Opción 4

16. 13. ¿Por qué ciudad de España has entrado en nuestro país? \*

\_\_\_\_\_

17. 14. ¿ Te planteas salir del asentamiento? \*

Marca solo un óvalo.

- Si, cuando consiga trabajar  
 Quiero, pero no hay posibilidad  
 No

18. 15. ¿ Te gustaría volver a tu país definitivamente?

Marca solo un óvalo.

- SI  
 NO

19. 16. ¿Cuántos metros cuadrados (m<sup>2</sup>) aproximados tiene su chabola? \*

Marca solo un óvalo.

- Menos de 3m<sup>2</sup>  
 Mas de 3m<sup>2</sup>

20. 17. ¿Con cuántas personas comparte su chabola? \*

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 Más de 4  
 No la comparto con nadie

21. 18. Diría que su salud en general es: \*

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

22. 19. ¿Tiene alguna enfermedad crónica? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

23. 20. De forma TOTALMENTE CONFIDENCIAL, ¿Consume actualmente algún tipo de droga o sustancia? (puede marcar varias casillas, si lo desea

*Selecciona todos los que correspondan.*

- No consumo nada
- Alcohol
- Tabaco
- Cocaína
- Heroína
- Hachís
- Marihuana
- Trankimacín, tranxilium, o valium, no recetados
- Pastillas alucinógenas
- Otras sustancias: cristal, GHB, Popper, etc..

#### Datos personales relativos a la COVID-19

24. 01. ¿Usted ha sido diagnosticado/a de COVID-19? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

25. 02. ¿Alguien de su entorno ha sido diagnosticado/a de COVID-19? (puede marcar \* más de una opción)

*Selecciona todos los que correspondan.*

- No
- Sí, mi pareja
- Sí, mis padres
- Sí, mis amigos/as
- Sí, mis compañeros/as de piso
- Otro: \_\_\_\_\_

26. 03. ¿Alguien de su entorno ha fallecido a causa de la Covid-19? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, nadie que conciera
- Sí, familiares directos
- Sí, familiares lejanos
- Sí, amigos/as
- Sí, compañeros/as del trabajo
- Otros

27. 04. ¿Ha estado aislado/a por haber tenido la enfermedad o por tener contacto con una persona positiva? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

28. 05. ¿Ha estado usted hospitalizado con motivo de la Covid-19? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, nunca me he contagiado
- Sí, estuve en Cuidados Intensivos por mi gravedad
- Sí, solamente estuve en planta de hospitalización
- Sí, estuve unas horas en Urgencias

## 29. 06. ¿Eres grupo de riesgo? \*

Selecciona todos los que correspondan.

- No
- Sí, por estar embarazada
- Sí, al tener más de 60 años
- Sí, por tener patología respiratoria
- Sí, por ser hipertenso/a
- Sí, por ser diabético/a
- Sí, por tener enfermedades cardiovasculares
- Sí, por tener cáncer
- Sí, por estar inmunosuprimido/a
- Sí, por estar mi trabajo o estar en primera línea
- Otros

## 30. 07. ¿Cómo de informado/a considera que ha estado durante la pandemia? \*

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy informado

## 31. 08. ¿De dónde ha obtenido esa información sobre Covid-19? (puede marcar varias casillas si lo considera oportuno) \*

Selecciona todos los que correspondan.

- Prensa y televisión
- He recibido formación por parte de mi empresa
- Amigos/as y conocidos
- Internet y redes sociales
- A través de ONGs
- Otro: \_\_\_\_\_

## 32. Si contestaste que las ONGs te proporcionaron información: indica qué ONG fue:

\_\_\_\_\_

33. 09. ¿Sus condiciones laborales se han visto afectadas por la pandemia por Covid-19? (puede seleccionar varias opciones) \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- No
- Sí: aumento de horas de servicio
- Sí: disminución de mi jornada laboral
- Sí: disminución salarial
- Sí: disminución de los descansos y/o festivos
- Sí: aumento de tareas/acciones/reponsabilidades
- Sí: aumento del riesgo de contagio
- Otros

34. 10. ¿Si has trabajado desde que empezara la pandemia, sus responsables le han facilitado y le facilitan los medios de autoprotección para evitar el contagio necesarios (mascarilla, guantes, gafas, y otros? (puede señalar varias opciones) \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí, siempre
- Sí, pero al inicio de la pandemia no
- No, solamente me dan alguna de las medidas de autoprotección
- Otros

35. 11. ¿Si has trabajado desde que comenzara la pandemia, recibió o ha recibido en alguna ocasión formación específica respecto a la enfermedad Covid-19 (vías de transmisión, medidas de autoprotección, signos de alarma..), organizado por sus responsables? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- Otros

36. 12. En general, ¿Se siente seguro y protegido frente a contagios durante el desempeño de sus funciones? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí, totalmente seguro/a
- No, nada seguro/a
- Algo seguro/a
- Muy poco seguro/a

#### Cuestionario AMICO: Ansiedad y Miedo a Covid-19

Considere su situación o estado actual desde la aparición de la pandemia por las enfermedad COVID-19 hasta el día de hoy, para dar respuesta a las siguientes preguntas (1=Totalmente en desacuerdo / 10=Totalmente de acuerdo):

NOTA: SI USA MÓVIL/TABLET RECOMENDAMOS QUE LO PONGA EN POSICIÓN HORIZONTAL PARA VISUALIZAR COMPLETAMENTE TODAS LAS OPCIONES

37. 1. Tengo mucho miedo a la enfermedad COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totale           Totalmente de acuerdo

38. 2. Me causa incomodidad pensar en la enfermedad COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totale           Totalmente de acuerdo

39. 3. Me preocupa mucho contraer la enfermedad COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Total            Totalmente de acuerdo

40. 4. La enfermedad COVID-19 puede ser causa de muerte, y esto me preocupa \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Total            Totalmente de acuerdo

41. 5. Me sudan las manos cuando pienso en la enfermedad COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Total            Totalmente de acuerdo

42. 6. Siento nervios o ansiedad al ver noticias e historias sobre la enfermedad COVID-19 en las redes sociales y medios de comunicación \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Total            Totalmente de acuerdo

43. 7. No puedo dormir porque me preocupa contraer la enfermedad COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

44. 8. Se me acelera el pulso cuando pienso en contraer la enfermedad COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

45. 9. Las contradicciones informativas sobre el coronavirus en medios de comunicación y redes sociales me producen ansiedad \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

46. 10. Me asaltan pensamientos negativos cuando escucho o leo una noticia relacionada con la enfermedad \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

47. 11. Me preocupa que algún familiar o amistad pueda contraer la enfermedad COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

48. 12. Me preocupa cuánto va a durar la pandemia \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

49. 13. Cuando alguien tose cerca de mí o considero que está muy cerca de mí tengo miedo a que me contagie COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

50. 14. Me da miedo estar cerca o ayudar a una persona que tiene o puede tener COVID-19 \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Totalmente de acuerdo

51. 15. Me siento triste o sin fuerzas cuando pienso en la enfermedad y en la posibilidad de contagiarme \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totale           Totalmente de acuerdo

52. 16. Me produce ansiedad salir de mi chabola o del asentamientos, o pensar en ello, para cumplir con mis obligaciones del día a día (laborales, familiares, etc.) \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totale           Totalmente de acuerdo

#### CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general durante las últimas semanas.

Conteste todas las preguntas indicando la respuesta, que a su juicio, mejor puede aplicarse a usted.

Recuerde que solo debe responder sobre los problemas recientes (ÚLTIMAS DOS SEMANAS) y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

53. 1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía? \*

Marca solo un óvalo.

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

54. 2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

55. 3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Más útil que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos útil que lo habitual

56. 4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

57. 5. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

58. 6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

59. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

60. 8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Más capaz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho menos capaz que lo habitual

61. 9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

62. 10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

63. 11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

64. 12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

#### SENTIMIENTOS EN EL TRABAJO

SI ACTUALMENTE TRABAJA: Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma.

SI NO TRABAJA: No es necesario que conteste a las siguientes preguntas.

NOTA: SI USA MÓVIL/TABLET RECOMENDAMOS QUE LO PONGA EN POSICIÓN HORIZONTAL PARA VISUALIZAR COMPLETAMENTE TODAS LAS OPCIONES

65. *Marca solo un óvalo por fila.*

	Nunca Ninguna vez	Casi nunca Pocas veces al año	Algunas veces Una vez al mes o menos	Regularmente Pocas veces al mes	Bastantes veces Una vez por semana	Casi siempre Pocas veces por semana	Siempre Todos los días
<b>1 En mi trabajo me siento lleno de energía.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2 Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3 Estoy entusiasmado con mi trabajo.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4 Mi trabajo me inspira.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5 Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>6 Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7 Estoy orgulloso del trabajo que hago.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8 Estoy inmerso en mi trabajo.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9 Me "dejo llevar" por mi trabajo (se me va el tiempo cuando estoy</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

trabajando  
(trabajando).

---

---

#### SUGERENCIAS

66. Si tiene alguna sugerencia, recomendación, consulta o desea reflejar alguna cuestión que no haya podido indicar en el desarrollo del cuestionario, por favor, hágalo a continuación:

---

---

---

---

---

MUCHAS GRACIAS POR SU INESTIMABLE COLABORACIÓN.

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

**Google** Formularios



## Psychological distress among unemployed migrants settling in southwestern Spain

### A cross-sectional study

Juan Gómez-Salgado, PhD<sup>a,b</sup>, David Carrión-Rico, MSc<sup>a</sup>, Juan Jesús García-Iglesias, PhD<sup>a,\*</sup>, José Antonio Climent-Rodríguez, PhD<sup>c</sup>, Rosario Miranda-Plata, MSc<sup>d</sup>, Rocío Pichardo-Hexamer, MSc<sup>d</sup>, Yolanda Navarro-Abal, PhD<sup>e</sup>, Javier Fagundo-Rivera, PhD<sup>f</sup>, Rosa María Vaca-Acosta, PhD<sup>g</sup>, Carlos Ruiz-Frutos, MD, PhD<sup>a,b</sup>, Regina Allande-Cussó, PhD<sup>h</sup>

#### Abstract

Migrants living in the informal settlements of Southern Spain tend to have precarious employment and poor living conditions, making them vulnerable to mental health issues. This study aimed to assess psychological distress in a sample of unemployed migrants residing in informal settlements in the province of Huelva (southern Spain), during the fourth wave of the COVID-19 pandemic. A descriptive cross-sectional study was conducted during the months of April to June 2021, through a heteroadministered questionnaire, in informal settlements. The measurement instrument was the General Health Questionnaire (GHQ-12), used to analyze psychological distress, and other sociodemographic and health-related variables. Univariate and bivariate descriptive data analysis were performed, using the nonparametric statistics Mann-Whitney *U* test, Kruskal-Wallis *H* test, and Tau  $\beta$  correlation. A categorical regression analysis was performed to study the relationship between psychological distress and the rest of the variables. The sample consisted of 317 subjects, 83.9% of whom were males, and the mean age was 33.4 years (SD = 10.7 years). The mean score obtained in the GHQ-12 questionnaire was 13.69 points (SD = 3.86). Significant differences were found between levels of psychological distress and substance abuse ( $H = 14.085$ ;  $P = .049$ ), people who wished to stay in Spain ( $t = 6987$ ;  $P = .049$ ), people who experienced isolation due to COVID-19 contact ( $t = 1379.5$ ;  $P = .001$ ), people who needed medical assistance due to COVID-19 ( $t = 7.990$ ;  $P = .018$ ), and those who reported having chronic illnesses ( $t = 2686.5$ ,  $P = .02$ ). The mean score of psychological distress indicates general high levels of psychological distress. Participants who had experienced isolation due to COVID-19 contact, who consumed substances, and who had chronic illnesses reported the highest levels of psychological distress.

**Abbreviations:** COVID-19 = coronavirus disease 2019, GHQ-12 = General Health Questionnaire, IQR = Interquartile Range, SARS-CoV-2 = Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2.

**Keywords:** COVID-19, informal settlements, migrants, psychological distress, public health, unemployment

The authors have no funding and conflicts of interest to disclose.

All data generated or analyzed during this study are included in this published article [and its supplementary information files].

Permission was obtained from the Research Ethics Committee of the Regional Government of Andalusia (Ref. 1539-N-20). All the subjects in the sample gave their voluntary, written consent and were informed about the aims of the study. All subjects were informed of the purpose of the study and the possibility of participating in it voluntarily, anonymously, and confidentially.

Unemployed migrants living in informal settlements in Huelva showed high levels of psychological distress.

Contact with COVID-19 and substances consumption reported the highest levels of psychological distress.

The vulnerable population that resides in the informal settlements had precarious employment and poor living conditions.

<sup>a</sup> Department of Sociology, Social Work and Public Health, Faculty of Labour Sciences, University of Huelva, Huelva, Spain, <sup>b</sup> Safety and Health Postgraduate Programme, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador, <sup>c</sup> Faculty of Education, Psychology and Sports Sciences, University of Huelva, Huelva, Spain, <sup>d</sup> Red Cross of Huelva, Huelva, Spain, <sup>e</sup> Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, University of Seville, Seville, Spain, <sup>f</sup> Department of Business Management

and Marketing, Faculty of Labour Sciences, University of Huelva, Huelva, Spain, <sup>g</sup> Department of Nursing, Faculty of Nursing, Physiotherapy, and Podiatry, University of Seville, Seville, Spain.

\* Correspondence: Juan Jesús García-Iglesias, Department of Sociology, Social Work and Public Health, Faculty of Labour Sciences, University of Huelva, Campus El Carmen, Av. de 3 de Marzo, Huelva 21007, Spain (e-mail: juanjesus.garcia@dsso.uhu.es).

Copyright © 2024 the Author(s). Published by Wolters Kluwer Health, Inc. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build upon the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

How to cite this article: Gómez-Salgado J, Carrión-Rico D, García-Iglesias JJ, Climent-Rodríguez JA, Miranda-Plata R, Pichardo-Hexamer R, Navarro-Abal Y, Fagundo-Rivera J, Vaca-Acosta RM, Ruiz-Frutos C, Allande-Cussó R. Psychological distress among unemployed migrants settling in southwestern Spain: A cross-sectional study. *Medicine* 2024;103:15(e37418).

Received: 25 November 2023 / Received in final form: 6 February 2024 / Accepted: 7 February 2024

<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000037418>

## 1. Introduction

Migratory movements have been part of civilization since the beginning of time to satisfy basic needs or as a consequence of health crises, climate change, war, and persecution. In a highly interconnected and globalized world, the impact of the SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) pandemic has been described at the social, occupational, and economic levels. Despite being considered a worldwide health emergency, its consequences have not been exclusively health-related, and it has particularly affected the most vulnerable groups, such as migrant workers.<sup>[1]</sup>

According to the glossary on migration proposed by the International Organization for Migration,<sup>[2]</sup> migration is understood as the movement of people regardless of their size as a group, composition, or causes, to the territory of another State or within the own State; it therefore includes the migration of refugees, displaced persons, uprooted persons, economic migrants, among others. In Spain, 1 out of 5 people lives in settlements, especially in the Andalusia region.<sup>[3]</sup> Although it is a heterogeneous group, they may have a series of common characteristics, especially related to socioeconomic determinants of health. These determinants include lack of economic resources as a result of low-skilled jobs or unemployment, labor, socio-environmental, and housing conditions, problems related to social status and discrimination, an irregular administrative situation, and lack of social or family support networks.<sup>[4-6]</sup>

In this sense, the province where the study was carried out (Huelva, in the south of Spain) stands out for its intensive, export-oriented agriculture, where a high number of seasonal workers are required to work on seasonal crops and no qualification is required. In fact, it is estimated that 3 out of 10 workers in the agricultural sector are immigrants.<sup>[7]</sup> The high cost of buying and/or renting housing means that they have to build a place to live. In some cases, these are permanent residences where almost all migrants are young people from Africa, and are usually close to farms and far from villages or towns.<sup>[8,9]</sup> This means that they have no access to electricity (neither legally nor illegally), they have to use water from wells or walk 5 to 10 kilometers to collect drinking water in large cans they find in the rubbish, and they build their substandard dwellings with materials they collect from the street, without thermal insulation and thus being potentially flammable.<sup>[9]</sup> Another phenomenon that often occurs in this context is that many people are hired in their country of origin and do not return at the end of the agricultural season, so they lack the resources to pay for housing. Moreover, since they do not have a work permit, they cannot get a rental contract.<sup>[9]</sup>

In the face of all these chronic difficulties, the pandemic hit this vulnerable population particularly hard. In Spain, the situation of COVID-19 (coronavirus disease 2019) in terms of cases diagnosed from April to June 2021 (the context in which the study takes place), went from around 3,100,000 total cases in Spain at the beginning of April, for an approximate total population of 47,500,000 people, to 3,800,000 total cases diagnosed at the end of June. Likewise, the cumulative incidence decreased from 72.7 to 55.4 cases per 100,000 inhabitants during this period.<sup>[10]</sup>

Formerly, the political authorities around the world, supported by scientific evidence, recommended the implementation of strategies aimed at preventing infection during the course of the pandemic; some of these measures included physical isolation, proper hand hygiene, teleworking, limited personal contact and the use of masks.<sup>[5]</sup> In the specific case of migrants living in informal settlements, the adoption of many of these measures had not been exhaustive. The implementation of protective measures has been subject to the structural conditions of the settlements, the mobility of migrants due to labor reasons, and the close contact between people due to the sharing of common spaces.<sup>[11]</sup> Equally, a low COVID-19 testing rate in these

settlements was a contributing factor for a low rate of reported cases, and the refugees who were infected with COVID-19 may have gone unnoticed by this issue.<sup>[12]</sup>

On the other hand, the impact of the COVID-19 pandemic on settled migrants' has intensified preexisting social inequalities in these settings, such as forced displacement, disruptions of necessary health services and reduction of social networks, thus affecting their mental health status.<sup>[13,14]</sup> In the general population, the course of the pandemic has worsened mental health levels, leading in some cases to an increase in the demand for psychological care.<sup>[15]</sup> In addition, situations such as isolation, loss of income or fear have led to the onset or aggravation of mental health disorders, with an increase in alcohol or drug use, sleep disorders, and problems related to stress and anxiety.<sup>[16]</sup>

In general, people living in informal settlements tend to work in sectors which are considered low-skilled, low-paying, temporary jobs.<sup>[17]</sup> As a result of the pandemic, the labor sector had to adapt suddenly and temporarily to minimize the transmissibility of the virus. In this regard, many jobs were forced to close permanently or temporarily, and in other cases, the workers had to adapt their daily tasks.<sup>[18]</sup> When a vulnerable population such as that of migrants living in informal settlements lose their jobs, they have to cope with loss of income, food shortages, family worries, and uncertainty about their future,<sup>[19,20]</sup> and this worsening of socio-economic conditions together with the loss of employment for low-income individuals increases the risk of developing psychiatric disorders,<sup>[21]</sup> such as psychological distress, depressive disorders, anxiety disorders, and substance use disorders.<sup>[22]</sup> Psychological distress refers to a range of nonspecific symptoms of stress, anxiety and depression that can trigger and act as signs of common mental disorders, such as depressive and anxiety disorders.<sup>[23]</sup> Migrants are often considered a particularly vulnerable group in terms of mental health in European host countries.<sup>[24]</sup> In fact, the prevalence of mental disorders among the irregular migrant population in Europe varies widely, ranging from 8% to 86% for depression, from 3.1% to 81% for anxiety levels, and from 3.4% to 57.6% for the development of post-traumatic stress disorder.<sup>[25]</sup> In addition, when migrant workers lose their jobs, they often have no financial compensation for dismissal or assistance from the State for being in an irregular employment situation, which further affects their lack of resources.<sup>[26,27]</sup>

### 1.1. Aims

In a scenario such as this, where the pandemic has had a particular impact on the most vulnerable groups, it is necessary to focus on and dive deeper into a hitherto unknown reality. Thus, assessing the level of psychological distress in unemployed people whose main means of sustenance is their working activity, and who may suffer from lack of savings and poor working, environmental, housing, etc. conditions, can lead to a number of public health consequences, such as an increased likelihood of developing infectious and mental illnesses, a higher risk of social and labor exclusion, and long working hours, among others. At this point, the dichotomy of wanting to stay in the country but having no resources due to unemployment may exist, with the subsequent increase in psychological distress. In this context, the aim of this study was to assess psychological distress on a sample of unemployed migrants residing in informal settlements in the province of Huelva (southern Spain), during the fourth wave of the COVID-19 pandemic.

## 2. Materials and methods

### 2.1. Study design

Observational, cross-sectional study. It was conducted during the months of April to June, in 2021, in the province

of Huelva (Spain). Bureaucratic restrictions and difficulty of access to the study population prevented the study from being carried out during the first and second waves of the COVID-19 pandemic. The STROBE guidelines were followed.

## 2.2. Population and sample

There is no official registry of people residing in informal settlements at southern Spain. According to estimates by Cruz Roja Huelva (Red Cross at Huelva), an organization participating in the present study, an approximate population size of 5000 individuals, employed or unemployed, was estimated (confidence level (CI) = 95%. Precision = 3%;  $\alpha$  error = 0.05; Assumed loss = 25%). Therefore, a necessary sample of at least 260 subjects was anticipated. Finally, the sample consisted of a total of 317 unemployed migrants. The inclusion criteria were: being migrant, belonging to one of the informal settlements in the province of Huelva, speaking and/or understanding Spanish, French and Arabic, as these are the majority languages in the migrants' countries of origin, who voluntarily accepted to participate in the study, to be unemployed since the onset of the pandemic and not receiving any remuneration for work activities without an official employment contract, and declaration of being over 16 years of age. Exclusion criteria included: to be employed, with formal contract or not, not understanding the study by their own means or through cultural mediators, and not signing the informed consent form for whatever reason.

A non-probabilistic snowball sampling was used, with the help of acknowledged cultural mediators and informal leaders of the potential study population. The informal leaders, residents of the settlements for more than 10 years and regular collaborators of the Red Cross NGO, are referents among the migrant community in each settlement; they also know the approximate sample size of these settlements, and they are informed about the arrival of new migrants to the settlements. Prior to the start of the study, after having accepted to participate on a voluntary basis, they received training and coaching from the research team and Red Cross NGO cultural mediators on the objectives of the study and the data collection procedure. The instruction for informal leaders was to identify all possible individuals who wished to voluntarily participate in the study, regardless of their country of origin, language, or legal status in the country. Their mission was to recruit sample and solve minor language or cultural problems, if any.

The data collection process was carried out by the team of Red Cross NGO cultural mediators, accompanied by the informal leaders, on different sampling days, on foot through the settlements. The cultural mediators are culturally experienced professionals, as they carry out their work in prevention and health promotion on a regular basis for the Red Cross NGO in these settlements, and are also competent in English, French and Spanish. As for the informal leaders, all of them understood Spanish and, at least, French (as well as native languages), which were the priority languages in these settlements. In addition, the interviewed subjects facilitated the identification of other potential informants in a consecutive manner, as they felt they trusted the data collectors.

To collect the information provided by the sample, an online questionnaire was utilized (Google, US), which contained information about the study and the informed consent, in addition to the rest of the items related to the study variables. This questionnaire was available in Spanish, French, and Arabic. The questionnaire was administered with the help of Red Cross NGO cultural mediators to help with information and technological comprehension.

## 2.3. Patient and public involvement

Before completing the questionnaire, 10 people were involved in the design of this study through a pilot study. These subjects were identified and recruited with the help of the Red Cross of Spain, among key informants and reference persons who reside in the settlements and who are contact persons for the organization. Ten men, whose country of origin was Morocco, Mali, or Ghana, responded to the interviews. No modifications were necessary, as none of the subjects reported comprehension difficulties or other issues.

## 2.4. Variables

Considering the existing literature on the study topic and the stated objectives, the following variables were identified: socio-demographic variables (sex, age, country of origin, desire to return to the country of origin, work permit, and highest level of education), health-related variables (chronic disease, substance abuse, COVID-19 diagnosis, isolation related to COVID-19 risk contact, and COVID-19 medical assistance needed), and psychological distress (GHQ-12 scale,<sup>[28]</sup>).

## 2.5. Instrument

The General Health Questionnaire (GHQ-12) is an instrument utilized for screening of nonpsychotic psychiatric disorders (Original Cronbach's alpha<sup>[29]</sup>: 0.82–0.86; Spanish version<sup>[29]</sup>: 0.86–0.76; Arabic version alpha<sup>[30]</sup>: 0.86; French version alpha<sup>[31]</sup>: 0.94). The correction scale is Likert-type 0-1-2-3, with a maximum score of 36 points. The total score is calculated by adding the scores obtained on all items of the scale; as the scores increase, the level of mental health decreases. Scores  $\geq 12$  were considered as potential cases of psychiatric morbidity. All versions have the same cutoff point as described above, and were these versions used in this study.

A recent study carried out a two-factor modeling that showed that most of the variance was explained by one general factor. Therefore, these authors demonstrated that GHQ-12 is an essentially unidimensional scale, and it is not recommended to use and interpret subscale scores because they mainly reflect general mental health and not distinct constructs.<sup>[32]</sup>

## 2.6. Data analysis

Univariate and bivariate descriptive data were analyzed using SPSS Software v.26 (IBM, Armonk, NY),<sup>[33]</sup> in relation to socio-demographic variables, health-related variables, and scale variables. The Kolmogorov-Smirnov test performed on the scale variable (total score on the GHQ-12 questionnaire) showed that the data distribution was not normal, so nonparametric statistics were used.

For data analysis, descriptive statistics of median and interquartile range (IQR) were used, as well as contrast tests: Mann-Whitney *U* test, to contrast psychological distress with the isolation, medical assistance, chronic disease, and willing to return variables; Kruskal-Wallis *H* test, to contrast psychological distress with the substance abuse variable; and Tau  $\beta$  correlation, to study the association between psychological distress and age. A confidence level of 95% was established for all the statistical tests applied.

To study the relationship between the psychological distress and the variables that showed statistically significant differences in the bivariate analysis, a categorical regression analysis was performed as these variables were qualitative. The categorical regression analysis included characteristic aspects of classical regression analysis coefficient of determination ( $R^2$ ), analysis of variance for regression, and significance of the model parameters. The optimal scale option was selected in the software, and dummy variables were introduced to calculate the final model.<sup>[34,35]</sup>

## 2.7. Ethical aspects

The Research Ethics Committee of the Regional Government of Andalusia (Ref. PI 036/20) approved the protocol of this study. All the subjects in the sample gave their voluntary, written consent and were informed about the aims of the study. Confidentiality and anonymization were ensured in all the participants. All subjects were informed of the purpose of the study and the possibility of participating in it voluntarily, anonymously, and confidentially. The authors have permission to use this instrument from the copyright holders.<sup>[28]</sup>

## 3. Results

The sample consisted of 317 subjects, where 83.9% of them were men, and the median age of the total sample was 36 years (IQR = 14 years). In relation to the level of education, 83.6% had primary education or not completed a minimum education, 13.2% had secondary education, and only 3.1% had completed higher education. The sociodemographic profile of the sample is described in Table 1.

Regarding the marital status, 49.5% were singles and 41.3% were married; the rest of the sample were divorced, engaged, or widowed. About the migration process, 83.6% of the total sample did not wish to return to their country of origin. In relation to health-related variables, only 8% had a chronic disease, 6.6% had suffered an isolation related to COVID-19, and 2.8% had been COVID-19 diagnosed; among them, only 5 subjects had needed medical assistance in a hospital (1.6%).

According to the countries of origin of the sample, 94% of the sample came from Africa, with higher percentages from the countries of Morocco (27.93%), Mali (27.29%), Ghana (21.19%), and Senegal (8.83%); the remaining 6% came from European countries.

The median score for the level of psychological distress, assessed by GHQ-12 scale was 13.69 points (IQR = 5). This score is higher than 12, and this would indicate that the sample is suffering from psychological distress.

No significant differences were found between levels of psychological distress and sex, marital status, educational level, work permit, and COVID-19 diagnosis variables in the bivariate analysis.

The differences between the mean scores of GHQ-12 and substance abuse was significant ( $H = 14.085$ ;  $P = .049$ ). Hence, polyconsumers (regular abuse of more than 2 substances), only tobacco consumers, and any consumption obtained the higher mean scores. People who requested to live in Spain showed higher levels of psychological distress ( $t = 6.987$ ;  $P = .049$ ). Furthermore, people who experienced isolation due to risk contact, people who needed medical assistance related to COVID-19, and those who reported having chronic illnesses, had higher levels of psychological distress ( $t = 13.79.5$ ,  $P = .001$ ;  $t = 7.990$ ,  $P = .018$ ;  $t = 2.686.5$ ,  $P = .02$ ; respectively) (Table 2). However, the correlation between GHQ-12 median score and age mean was not significant (Tau  $\beta = 0.17$ ,  $P = .61$ ).

Finally, those variables that had obtained significant differences in the hypothesis tests were introduced in the regression models. As shown in the regression analysis of Table 2, the substance abuse, isolation, medical assistance, chronic illness, and willing to return variables obtained  $P$  values  $< .05$  and presented statistically significant differences. Therefore, they were inserted in the regression analysis. Table 3 shows the results of the categorical regression. It is observed that the desire to return, isolation, and substance abuse variables are related to the presence of psychological distress in the unemployed migrant sample, and this model explains 48% of the variance of the variable.

## 4. Discussion

The data analyzed in this work constitute a sub-analysis of a previous study by the authors.<sup>[36]</sup> The results of the current study

**Table 1**

**Sociodemographic characteristics of the sample and GHQ-12 mean and median scores.**

Characteristic	Subcategory	n (%)	Total sample N = 317
Sex	Male	n = 266 (83.9%)	Total sample N = 317
	Female	n = 51 (16.1%)	
Age	Mean	33.4	
	Standard deviation	10.7	
Educational level	No studies/primary studies	n = 265 (83.6%)	
	Secondary studies	n = 42 (13.2%)	
	Higher studies	n = 10 (3.1%)	
Marital status	Single	n = 157 (49.5%)	
	Married	n = 131 (41.3%)	
	Separated/divorced	n = 7 (2.2%)	
	Engaged	n = 15 (4.7%)	
	Widowed	n = 7 (2.2%)	
Willing to return	No	n = 252 (79.5%)	
	Yes	n = 65 (20.5%)	
Work permit	No	n = 233 (74.8%)	
	Yes	n = 79 (25.2%)	
Chronic disease	No	n = 309 (97.5%)	
	Yes	n = 8 (2.5%)	
Covid-19 diagnosis	No	n = 308 (97.2%)	
	Yes	n = 9 (2.8%)	
Medical assistance	No	n = 312 (98.4%)	
	Yes	n = 5 (1.6%)	
Isolation	No	n = 296 (93.4%)	
	Yes	n = 21 (6.6%)	
Substance abuse	None	n = 201 (63.4%)	
	Alcohol	n = 22 (6.9%)	
	Tobacco	n = 51 (16.1%)	
	Alcohol/Tobacco and Hashish	n = 40 (12.6%)	
	Heroin	n = 1 (0.3%)	
	Polyconsumption	n = 2 (0.6%)	
GHQ-12 scale	Mean	13.69	Maximum score = 36 points
	Standard deviation	3.86	
	Median	13	
	Interquartile range	3	

specifically assess psychological distress in the same study population yet controlling for the employment variable. Therefore, our results indicate that unemployed migrants living in informal settlements in Huelva have developed high levels of psychological distress (mean GHQ-12 score: 13.69). Recent qualitative investigations in this informally settled population reported sadness and fear feelings related to housing, family, or bureaucracy in the general context of informal settlements in Huelva.<sup>[37]</sup> Our study added that psychological distress was potentially higher for those who had lived in isolation due to suspicion of contagion of COVID-19 than for those who had not, for those who wished to remain in Spain, and for those who had consumed more than 2 types of toxic substances. In this sense, similar levels of psychological distress measured with GHQ-12 were also reported in the employed<sup>[38]</sup> and unemployed<sup>[39]</sup> segments of the general Spanish population during the pandemic. Nevertheless, it should be noted that the population of this study was not of Spanish origin. Therefore, despite the data reflecting psychological distress in Spain, cultural considerations should also be addressed in subsequent studies on this topic. As stated in 2015, the negative evolution of health indicators among settled immigrants leads to a situation where the less socioeconomically advantaged groups experience the worst effects of a crisis, mainly unemployment and mental health deterioration.<sup>[40]</sup>

The profile of the majority of the sample is that of a man of about 33 years of age, uneducated, from Africa, with no intention of returning to his country of origin, without a work permit, who has not been diagnosed with COVID-19, has no chronic illnesses, and does not consume any substances. It is particularly striking that 84% of the sample was made up of

**Table 2****Significant contrast hypothesis results.**

Scale	Variable	Variable values	Median	Interquartile range	Contrast hypothesis
GHQ-12	Substance abuse	None	13	3	0.049†
		Alcohol	14	6	
		Tobacco	14	3	
		Alcohol/Tobacco and Hashish	12	3	
		Heroin	12	3	
		Polyconsumption	28	5	
	Isolation	No	12	3	0.001*
		Yes	16	4	
	Medical assistance	No	13	3	0.018*
		Yes	17	8	
	Chronic disease	No	13	3	0.02*
		Yes	15	6	
Willing to return	No	14	3	0.049*	
	Yes	12	5		

\* Mann–Whitney *U* test.†Kruskal–Wallis *H* test.**Table 3****Regression model.**

Scale	Variables	Beta coefficient	Variable significance ( <i>P</i> value)	<i>R</i> <sup>2</sup> value	Model significance ( <i>P</i> -value)
GHQ-12	Isolation	0.176	.02	0.48	.001*
	Willing to return	-0.173	.001		
	Chronic disease	0.077	.073		
	Medical assistance	0.064	.127		
	Substance abuse	-0.113	.005		

\*ANOVA.

young men, unlike the samples obtained in other studies carried out in similar contexts. In the case of the study by Muhula et al.<sup>[41]</sup> carried out in Kenya, it can be seen that the profile of the majority of the sample is that of a woman between 35 and 54 years of age with no education or primary education and who works on a temporary basis. Similarly, in a study carried out in informal settlements in Peru,<sup>[42]</sup> the sample was almost equally composed of women and men (51.2% vs 48.8%, respectively), with a higher mean age ( $40.75 \pm 7.49$  years), and where 3 out of 4 were illiterate. In Spain, a study was carried out in a similar context (south-eastern part of Spain as opposed to the south-western part of the present study). In this study, the population reported a mean age of 33.29 years (SD: 9.11), 55.88% were men and 44.12% were women, with a mean length of residency in Spain of 5.09 years, and 35.29% of them did not work while 64.71% of them worked in greenhouses.<sup>[43]</sup> In this case, 2 similar realities coexist in southern Spain (from east to west).

Another point to note was that the participants who reported their willingness to stay in Spain presented a higher mean score compared to those who wished to return to their country of origin (14 vs 12, respectively). In this sense, in a study conducted on a sample of refugee migrants and non-refugee migrants with common mental disorders compared to Swedish-born subjects, it was observed that both refugee migrants and non-refugee migrants had a higher risk of long-term unemployment compared to Swedish-born participants. This indicates that immigrants had a higher risk of long-term unemployment than people from the country where the study was conducted.<sup>[44]</sup> In addition, the study by Sotomayor et al.<sup>[45]</sup> that was conducted with disadvantaged communities in Peru revealed that unemployed people and even those who had managed to keep their jobs during the pandemic were predisposed to feel greater levels of fear of COVID-19, and the authors attribute this fact to the possible fear of contagion in the performance of their work duties. In line with the present study, is the study by Burton-Jeangros et al.<sup>[46]</sup>

where 71.4% of undocumented migrants reported symptoms related to anxiety or depression.

In line with other studies, a worsening of mental health conditions was found compared to pre-pandemic levels and to non-migrant populations.<sup>[27]</sup> As well as social determinants to which they were exposed, job loss could be another reason why substance use, especially tobacco use, was exacerbated. In a qualitative study conducted in south-eastern Spain, it was identified that irregular migrants were at a higher risk of exposure to COVID-19 psychological consequences due to their precarious living conditions, administrative situation, and limited access to the health care system.<sup>[43]</sup> Indeed, the barriers to accessing the health system could be the result of the coalition of cultural experiences, marginalization and system discrimination, hence cultural mediators can perform essential work during the health promoting interventions to diminish these inequities of the health system.<sup>[43,46]</sup> Living in informal settlements was also a determining factor in the development of psychological distress and has a strong influence on refugee safety.<sup>[47]</sup> Saab et al, in 2020,<sup>[48]</sup> analyzed the Lebanese population living in settlements and revealed high levels of psychological distress associated with the support by humanitarian organizations, resilience, and economic factors. Similarly, a study carried out in the world's largest refugee camp highlighted that poor socioeconomic conditions, previous traumatic experiences, uncertainty and poor access to health services were the factors that maintained the prevalence of anxiety and stress among the adult population.<sup>[49]</sup>

The implications of these findings highlight the importance of the cultural approach to the population that resides in informal settlements. The uptake of effective prevention measures could be hindered by cultural obstacles, such as low severity perception or COVID-19 denial and misconceptions about the disease, that may lead to a low level of threat (susceptibility and severity) and wrong beliefs about the efficacy of preventive behaviors.<sup>[50]</sup> Thus, the government administrations should implement culturally adapted public health policies with targeted interventions for migrants living

in informal settlements in order to mitigate socio-labor problems and advocating for relevant and comprehensive evidenced-based policies. In this sense, trusted and respected members of local communities are considered reliable resources for health management in both formal and informal settings.<sup>[31]</sup>

This study is not exempt from limitations. First, there is no official census of the study population, explained by the very nature of informal settlements, and this favored a non-probabilistic snowball sampling by convenience, carried out with the help of cultural mediators and informal leaders of these settlements. For this reason, it is important to point out a possible bias in the sharing of information, since participants' network connections through this sampling method can lead to homogeneity of responses and participants could have been influenced by the opinions or experiences of those who were recruited before. The lack of a randomization process could imply that the participants share similar characteristics, which could lead to a lack of representativeness of the population with respect to other informal settlements that exist in Spain, and even, in other settlements worldwide. However, with the help of key informants in each settlement, who usually collaborate with the different NGOs in the field, efforts have been made to obtain data from a sample as large as possible, in order to present representative statistics. In this sense, by increasing the statistical power of the obtained data, a sample which was larger than the minimum recommended was collected. Likewise, as this was a descriptive cross-sectional study, the findings should be confirmed with other follow-up studies since they do not allow establishing causal relationships between variables. At the same time, the possible significant differences between men and women have not been studied, since 83.9% of the sample were men; therefore, the study of the effect of the sex variable on the rest of the variables should be addressed in new studies with a more equal sample between men and women. Third, it is possible that not all variables that can affect psychological distress have been considered and aspects such as personality traits, coping strategies, sense of coherence, or resilience have not been evaluated. Similarly, since this was a self-reported study, the data provided by the participants are assumed to be valid. However, response bias should be considered. Finally, although the data collection tool was translated into French and Arabic, it is possible that some subjects may speak dialects specific to their country of origin that differ from the standard translation executed. In these situations, the role of cultural mediators and informal leaders was essential for a correct communication.

## 5. Conclusion

The median score of psychological distress in unemployed migrants living in informal settlements in Huelva indicated general high levels of psychological distress (GHQ-12 = 13). Among the subjects, participants who had experienced isolation due to contact with COVID-19, consumed substances, and had chronic illnesses reported the highest levels of psychological distress.

The results would identify employment, either formal or informal without a contract, as a possible mediating variable of psychological distress in migrants residing in informal settlements of Huelva during the COVID-19 pandemic. This issue deserves reflection on the part of public institutions as it is possible to assume that, by modifying this employment variable, e.g. through education and training strategies, the levels of mental health among this population could improve. Reasons for this hypothesis may lie in the fact that the perception of receiving financial retribution has an impact on self-perception and self-concept, and this may be closely related to the willingness to improve health-illness processes.

This investigation highlights the importance of the cultural approach to the population that resides in informal settlements. Cultural nuances may influence the perception and expression

of psychological distress among migrants in different contexts, therefore, the importance of mediators and investigators' cultural competency in dealing with diverse populations is acknowledged. Principally, this study emphasizes the importance of using specific strategies to ensure cultural sensitivity in the study design and data interpretation.

## Author contributions

**Conceptualization:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Data curation:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Formal analysis:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Investigation:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Methodology:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Project administration:** Juan Gómez-Salgado, Juan Jesús García-Iglesias, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Javier Fagundo-Rivera, Regina Allande-Cussó.

**Resources:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Software:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, Javier Fagundo-Rivera, Regina Allande-Cussó.

**Supervision:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Validation:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Visualization:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

**Writing – original draft:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Carlos Ruiz-Frutos, Regina Allande-Cussó.

**Writing – review & editing:** Juan Gómez-Salgado, David Carrión-Rico, Juan Jesús García-Iglesias, José Antonio Climent-Rodríguez, Rosario Miranda-Plata, Rocío Pichardo-Hexamer, Yolanda Navarro-Abal, Javier Fagundo-Rivera, Rosa María Vaca-Acosta, Regina Allande-Cussó.

## References

- [1] Rodríguez-García-de-Cortázar A, Leralta-Piñán O, Jiménez-Pernet J, et al. COVID-19 on migrants and ethnic minorities. *Gac Sanit*. 2021 [cited 2022 Dec 21];35:499–501.
- [2] IOM UN Migrations. Migrants and the COVID-19 Pandemic: An Initial Analysis. Geneva, Switzerland: International Organization for Migration, Migration Research Series (No.60); 2020. Available at: <https://publications.iom.int/es/node/2372> [access date February 6, 2024].
- [3] National Statistics Institute. The 2030 Agenda for Sustainable Development – Goal 11. Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable. *Natl Stat Inst*. 2021 [cited 2022 Dec 2]. Available at: [https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/indicador.htm?id=4909#tsubGraph71\\_175](https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/indicador.htm?id=4909#tsubGraph71_175) [access date February 6, 2024].
- [4] International Organization for Migration. Glossary on Migration. International Organization for Migration (IOM). 2006 [cited 2022 Dec 2]. Available at: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf) [access date February 6, 2024].
- [5] The Office of the High Commissioner for Human Rights (UN Human Rights). COVID-19 Guidance Note: Protecting Residents of Informal Settlements. NY, USA: United Nations; 2020 [cited 2022 Dec 2]. Available at: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SR\\_housing\\_COVID-19\\_guidance\\_informal\\_settlements.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_informal_settlements.pdf) [access date February 6, 2024].
- [6] de Oliveira Andrade R. The Brazilian slums hiring their own doctors to fight covid-19. *BMJ*. 2020;369:m1597. [cited 2022 Dec 21].
- [7] Pedreño A, Sánchez MA, Castro C de. La pandemia como oportunidad política. Visibilidad mediática y movilización de los jornaleros migrantes en España. *Rev Int Organ*. 2022 [cited 2023 Apr 14];29:161–79.
- [8] López-Sala A. Voices from the fields. Migrant agriculture workers during Covid-19 in Spain and new forms of activism for dignity. [Voces en los campos. Trabajadores agrícolas migrantes durante la Covid-19 en España y nuevas formas de activismo por la dignidad]. *Estud Geográficos*. 2022;83:e107.
- [9] Ministry of Social Rights and 2030 Agenda (Spain). Diagnosis on the informal settlements of agricultural workers in Andalusia, Castilla-La Mancha and Murcia (Spain). [Diagnóstico sobre los asentamientos de personas trabajadoras agrícolas en Andalucía, Castilla-La Mancha y Murcia]. Madrid, Spain: Ministry of Social Rights and 2030 Agenda (Spain); 2022 [cited 2023 Apr 14]. Available at: [https://www.transparencia.gob.es/transparencia/eu/transparencia\\_Home/index/MasInformacion/Informes-de-interes/Demografia/AsentamientoPersonasTrabajadorasAgricultoras.html](https://www.transparencia.gob.es/transparencia/eu/transparencia_Home/index/MasInformacion/Informes-de-interes/Demografia/AsentamientoPersonasTrabajadorasAgricultoras.html) [access date February 6, 2024].
- [10] Spanish Government. Previous Reports COVID-19. Year 2021. 2021 [cited 2022 Dec 2]. Available at: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Informes\\_Previos\\_COVID-19\\_2021.aspx](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Informes_Previos_COVID-19_2021.aspx) [access date February 6, 2024].
- [11] Pinchoff J, Kraus-Perrotta C, Austrian K, et al. Mobility patterns during COVID-19 travel restrictions in Nairobi Urban informal settlements: who is leaving home and why. *J Urban Health*. 2021;98:211–21.
- [12] Al-Hatamleh MAI, Hatmal MM, Mustafa SHE, et al. Experiences and perceptions of COVID-19 infection and vaccination among Palestinian refugees in Jerash camp and Jordanian citizens: a comparative cross-sectional study by face-to-face interviews. *Infect Dis Poverty*. 2022;11:123.
- [13] Jones N, Baird S, Abu Hamad B, et al. Compounding inequalities: adolescent psychosocial wellbeing and resilience among refugee and host communities in Jordan during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2022;17:e0261773.
- [14] Nyashanu M, Simbanegavi P, Gibson L. Exploring the impact of COVID-19 pandemic lockdown on informal settlements in Tshwane Gauteng Province, South Africa. *Glob Public Health*. 2020;15:1443–53.
- [15] Robles-Sánchez J. Mental health in times of pandemic: the parallel pandemic [Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela]. *Sanid Mil*. 2021;77:69–72.
- [16] Fang M, Hu SX, Hall BJ. A mental health workforce crisis in China: a pre-existing treatment gap coping with the COVID-19 pandemic challenges. *Asian J Psychiatr*. 2020;54:102265.
- [17] Koh D. Migrant workers and COVID-19. *Occup Environ Med*. 2020;77:634–6.
- [18] de Sio S, Cedrone F, Nieto HA, et al. Telework and its effects on mental health during the COVID-19 lockdown. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25:3914–22.
- [19] Guha P, Islam B, Hussain MA. COVID-19 lockdown and penalty of joblessness on income and remittances: a study of inter-state migrant labourers from Assam, India. *J Public Aff*. 2021;21:e2470.
- [20] Oliva-Arocas A, Benavente P, Ronda E, et al. Health of international migrant workers during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Front Public Heal*. 2022;10:200.
- [21] Dębski P, Boroń A, Kapuśniak N, et al. Conspiratorial beliefs about COVID-19 pandemic - can they pose a mental health risk? The relationship between conspiracy thinking and the symptoms of anxiety and depression among adult poles. *Front Psychiatry*. 2022;13:1–9.
- [22] Singh GP. Psychosocial and mental health issues of the migrants amidst COVID-19 pandemic in India: a narrative review. *Indian J Psychol Med*. 2021;43:473–8.
- [23] Viertö S, Kiviruusu O, Piirtola M, et al. Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health*. 2021 [cited 2023 Jan 1];21:1–17.
- [24] Herold R, Wuchenauer F, Kandler A, et al. Association of cultural origin and migration status with work-related mental health of migrants and refugees in Europe: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2022;12:e052395.
- [25] Martin F, Sasidharan SP. The mental health of adult irregular migrants to Europe: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2023;25:427–35.
- [26] Singh OP. Mental health of migrant laborers in COVID-19 pandemic and lockdown: challenges ahead. *Indian J Psychiatry*. 2020;62:233–4.
- [27] Mengesha Z, Alloun E, Weber D, et al. “Lived the pandemic twice”: a scoping review of the unequal impact of the COVID-19 pandemic on asylum seekers and undocumented migrants. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:6624–16.
- [28] Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27:191–7.
- [29] Rocha K, Pérez K, Rodríguez M, et al. Psychometric properties and normative values of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in the Spanish general population [Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española]. *Int J Clin Heal Psychol*. 2011;11:125–39.
- [30] Daradkeh TK, Ghubash R, El-Rutai OEF. Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-item General Health Questionnaire. *Psychol Rep*. 2001;89:85–94.
- [31] Lesage F-X, Martens-Resende S, Deschamps F, et al. Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open J Prev Med*. 2011;01:44–8.
- [32] Gnambs T, Staufienbiel T. The structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): two meta-analytic factor analyses. *Health Psychol Rev*. 2018;12:179–94.
- [33] IBM Corporation. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM; 2019.
- [34] Guerra W, Herrera M, Fernández L, et al. Categorical regression model for the analysis and interpretation of statistical power. *Cuba J Agric Sci*. 2019;53:13–20.
- [35] Ho R. *Handbook of Univariate and Multivariate Data Analysis with IBM SPSS*. 2nd ed. London, UK: Chapman and Hall – CRC Press; 2014.
- [36] Allande-Cussó R, García-Iglesias JJ, Miranda-Plata R, et al. Social determinants of health in the COVID-19 pandemic context of the migrant population living in settlements in Spain. *Int J Public Health*. 2022;67:1604628.
- [37] García Padilla FM, Sánchez Alcón M, Ortega Galán A, et al. Condiciones de vida y salud de la población inmigrante de los asentamientos de Huelva [Living and health conditions of the immigrant population of the settlements of Huelva.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202107113.
- [38] Ruiz-Frutos C, Ortega-Moreno M, Allande-Cussó R, et al. Health-related factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic among non-health workers in Spain. *Saf Sci*. 2021;133:104996.
- [39] Gómez-Salgado J, Andrés-Villas M, Domínguez-Salas S, et al. Related health factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:3947. Published 2020 Jun 2.
- [40] Gotsens M, Malmusi D, Villarroel N, et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health*. 2015;25:923–9.
- [41] Muhula S, Opanga Y, Oramisi V, et al. Impact of the first wave of the COVID-19 pandemic on HIV/AIDS programming in Kenya: evidence from Kibera informal settlement and COVID-19 hotspot counties. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:6009.

- [42] Sotomayor-Beltran C, Matta-Solis H, Perez-Siguas R, et al. Fear of COVID-19 among Peruvian people living in disadvantaged communities: a cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021;17:19–25.
- [43] Jiménez-Lasserrotte MM, Granero-Molina J, Lardon Galindo V, et al. Irregular migrants' experiences of health disparities while living in informal settlements during the COVID-19 pandemic. *J Adv Nurs*. 2023;79:1868–81.
- [44] Di Thiene D, Helgesson M, Rahman S, et al. Risk of labour market marginalisation among young refugees and non-refugee migrants with common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:1025–34.
- [45] Burton-Jeangros C, Duvoisin A, Lachat S, et al. The impact of the Covid-19 pandemic and the lockdown on the health and living conditions of undocumented migrants and migrants undergoing legal status regularization. *Front Public Health*. 2020;8:596887.
- [46] Pusey-Reid E, Blackman-Richards N. The importance of addressing racial microaggression in nursing education. *Nurse Educ Today*. 2022;114:105390.
- [47] Bohnet H, Rügger S. Refugees and Covid-19: beyond health risks to insecurity. *Schweiz Z Polit*. 2021;27:353–68.
- [48] Saab BR, Stevenson K, Chahrouri M, et al. Psychological distress among Syrian refugee women and a control group in an urban settlement in Beirut – a pilot study. *Psychiatr Q*. 2020;91:915–9.
- [49] Anwar A, Yadav UN, Huda MN, et al. Anxiety and stress related to COVID-19 among the community dwelling older adults residing in the largest refugee camp of the world. *Community Ment Health J*. 2023;59:1181–92.
- [50] Tsegaye A, Wilunda C, Manenti F, et al. “This is not our disease”: a qualitative study of influencers of COVID-19 preventive behaviours in ngenyyiel refugee camp (Gambella, Ethiopia). *Front Public Health*. 2022;9:723474.
- [51] Buseh AG, Stevens PE, Bromberg M, et al. The Ebola epidemic in West Africa: challenges, opportunities, and policy priority areas. *Nurs Outlook*. 2015;63:30–40.