

**SALUD MENTAL EN PERSONAS SOLICITANTES DE PROTECCIÓN
INTERNACIONAL O ASILO: ANÁLISIS DEL ROL DEL TRABAJADOR
SOCIAL EN ESPAÑA**



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Mayo 2026

Trabajo Fin de Grado

Grado en Trabajo Social

Alejandra Rodríguez Robleño

Tutor: Daniel Gil Martorell

*A mi familia, Carla, Claudia, Nerea y Marta.
Por el apoyo incondicional y el amor que recibo a diario.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
4. METODOLOGÍA.....	7
CAPÍTULO 1: DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	10
1.1 Migración.....	10
1.2 Migración forzada (causas).....	12
1.3 Protección Internacional y derecho asilo.....	14
1.4 Sistema de acogida y Protección Internacional en España.....	16
1.4.1 Marco jurídico y procedimiento en España.....	17
1.4.2 El sistema de acogida en España.....	17
1.4.3 Principales dificultades del sistema.....	18
1.4.4 Contexto actual (DATOS).....	19
CAPÍTULO 2: Repercusión en la salud mental de los refugiados.....	21
2.1 Proceso migratorio.....	23
2.1 Duelo migratorio.....	24
2.3 Síndrome de “Ulises”	27
2.4 Estrés aculturativo.....	28
2.5 Trastorno Estrés Postraumático (TEPT).....	30
2.6 Alteraciones generales.....	31
CAPÍTULO 3: Rol del Trabajador Social.....	32
3.1 Fases de intervención social.....	33
A. Fase de acogida (la llegada):.....	33
B. Fase de tutela. la adaptación, el asentamiento:.....	34
C. Fase autónoma, la inserción, integración:.....	35
3.2. El rol del Trabajador/a Social en Protección Internacional y salud mental.....	35
A. Evaluación completa desde un enfoque ecológico.....	35
B. Acompañamiento psicosocial y coordinación de cuidados.....	36
C. Intervención intercultural, empoderamiento y trabajo grupal.....	36
D. Defensa de derechos y cambio estructural.....	37
3.3 Ámbitos específicos de intervención.....	38
5. CONCLUSIONES.....	42
6. BIBLIOGRAFÍA.....	45
7. DECLARACIÓN DE USO DE GENERATIVA.....	51
8. ANEXOS.....	51
1. Anexo I. GUIONES DE ENTREVISTA.....	51
2. Anexo II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD.....	53
3. Anexo III. TRANSCRIPCIONES DE LAS ENTREVISTAS.....	55

Resumen: El presente Trabajo de Fin de Grado analiza la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional y asilo en España atendiendo a los factores sociales y estructurales que influyen en su bienestar emocional durante el proceso migratorio de acogida. A partir del análisis del sistema de protección internacional y de las principales manifestaciones de malestar psicológico asociadas a las migración forzada –como el duelo migratorio, el estrés aculturativo o el trastorno de estrés postraumático–, se pone de relieve el impacto de la incertidumbre administrativa, la precariedad y la falta de apoyos. Asimismo, se examina el rol del trabajador/a social como figura clave en la intervención psicosocial, el acompañamiento emocional, la coordinación de recursos y la defensa de derechos, destacando la necesidad de enfoques integrales y culturalmente sensibles para favorecer el bienestar y la inclusión social de esta población.

Palabras clave: Salud mental; solicitantes de asilo; protección internacional; migración forzada; trabajo social.

Abstract: This Bachelor's Degree Final Project analyses the mental health of asylum seekers and applicants for international protection in Spain, focusing on the social and structural factors that affect their emotional well-being throughout the migration and reception process. The study examines the international protection system and the main forms of psychological distress associated with forced migration, such as migratory grief, acculturative stress and post-traumatic stress disorder, highlighting the impact of administrative uncertainty, precarious living conditions and lack of support. It also explores the role of social workers in psychosocial intervention, emotional support, resource coordination and rights advocacy, stressing the need for comprehensive and culturally sensitive approaches to promote well-being and social inclusion.

Keywords: Mental health; asylum seekers; international protection; forced migration; social work.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los movimientos migratorios forzados han adquirido una creciente relevancia a nivel internacional como consecuencia de conflictos armados, persecuciones políticas, violaciones de derechos humanos y crisis socioeconómicas. En este contexto, España se ha consolidado progresivamente como país de acogida de personas solicitantes de protección internacional y asilo, especialmente desde mediados de la década de 1990. El aumento sostenido de estas llegadas, y de manera más significativa tras la denominada crisis migratoria europea de 2014-2015, ha generado nuevos retos para los sistemas de acogida y para los servicios sociales, poniendo de relieve la necesidad de una atención integral que contemple no solo el acceso a derechos básicos, sino también el bienestar psicológico y social de estas personas.

El interés académico por la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional en España ha ido consolidándose de forma progresiva. Diversos estudios han evidenciado que las experiencias traumáticas en los países de origen, el propio proceso migratorio y las condiciones de acogida pueden tener un impacto significativo en su salud mental. Sin embargo, durante muchos años el abordaje de esta problemática ha estado centrado principalmente en una perspectiva clínica, dejando en un segundo plano el análisis de los factores sociales y estructurales que influyen en el bienestar psicológico. En este sentido, el Trabajo Social emerge como una disciplina clave para comprender y abordar estas realidades desde un enfoque psicosocial, comunitario y de derechos.

He decidido centrar mi investigación en la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional y asilo en España porque considero que es un tema de gran relevancia social y profesional, y al mismo tiempo poco explorado en perspectiva de Trabajo Social. Me interesa comprender cómo estas personas viven el proceso migratorio y las dificultades de integración, así como estas experiencias afectan a su bienestar psicológico, ya que muchas veces su situación pasa desapercibida y no recibe la atención adecuada.

Además, quiero profundizar en el rol del trabajador social como agente de apoyo y mediación, explorando cómo puede contribuir a mejorar la salud mental y la inclusión social de esta población.

Me resulta especialmente relevante porque estas personas no solo se enfrentan a la incertidumbre y el desarraigo, sino también a barreras estructurales, culturales y sociales que dificultan su acceso a recursos y oportunidades.

Esta investigación permitirá visibilizar sus experiencias, identificar necesidades y reflexionar sobre cómo el Trabajo Social puede intervenir de manera efectiva y culturalmente sensible. Al mismo tiempo, me brinda la oportunidad de aportar un conocimiento útil para profesionales y entidades que trabajan en este ámbito, reforzando la importancia de políticas y prácticas que garanticen apoyo, equidad y derechos para esta población.

Las investigaciones más recientes subrayan la importancia de los factores postmigratorios en la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional, como la discriminación, la precariedad en las condiciones de vida, las barreras idiomáticas o la dificultad para establecer redes de apoyo. Desde mi punto de vista, estos factores resultan especialmente relevantes, ya que no solo influyen en el bienestar psicológico de las personas, sino también en su capacidad para integrarse y participar activamente en la sociedad de acogida. Por ello, considero que es fundamental analizar estas dimensiones desde una perspectiva social, entendiendo la salud mental no como una cuestión individual aislada, sino como el resultado de múltiples condicionantes sociales y estructurales.

Asimismo, abordar esta problemática desde el Trabajo Social me permite reflexionar sobre el papel que desempeñan los/as profesionales en contextos de alta complejidad. Como futura trabajadora social, me parece especialmente significativo analizar cómo la intervención profesional puede contribuir a generar espacios de apoyo, acompañamiento y escucha, tanto para las personas solicitantes de asilo como para sus familias. Al mismo tiempo, este trabajo representa una oportunidad para cuestionar las limitaciones existentes en los sistemas de atención y valorar la necesidad de reforzar prácticas y políticas más humanas, inclusivas y culturalmente sensibles, orientadas a la garantía de derechos y al bienestar integral de esta población.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar los factores que afectan la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional en España, así como el papel y los desafíos del Trabajo Social en la atención psicosocial, con el fin de identificar respuestas adecuadas a sus necesidades emocionales y sociales.

Objetivo específico 1: Identificar los principales factores psicosociales, tanto pre-migratorios como post-migratorios que influyen en la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional.

Objetivo específico 2: Analizar el rol del trabajador/a social en la atención psicosocial y el acompañamiento de las personas solicitantes.

Objetivo específico 3: Explorar las principales dificultades y limitaciones existentes en la atención psicosocial a la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional desde el Trabajo Social en España.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores sociales, culturales y estructurales influyen en la salud mental de estas personas durante el proceso de acogida?

¿Cómo influyen las condiciones de acogida y las políticas de protección en la salud mental de ellos?

¿Qué desafíos y/o limitaciones tienen los Trabajadores Social en la atención a la salud mental de esta población?

¿Cuáles son las principales barreras para acceder a servicios de salud mental desde la perspectiva de los solicitantes de asilo?

¿Cómo se podría mejorar la intervención del trabajo social para responder a las necesidades emocionales y psicosociales de los solicitantes? ¿Qué herramientas o recursos adicionales podrían mejorar la atención psicosocial desde el trabajo social?

¿Cuáles son los principales factores de estrés y riesgo para la salud mental para estas personas?

Hipótesis generales:

Hipótesis 1: los factores sociales, culturales y estructurales tengan una influencia desigual en la salud mental de estas personas, variando según las experiencias previas y las circunstancias individuales.

Hipótesis 2: los trabajadores sociales se encuentran actualmente con dificultades significativas para atender las necesidades psicológicas de esta población, debido tanto a la falta de recursos como a la complejidad de la situación con las que trabajan.

Hipótesis 3: Estas personas presentan múltiples barreras para acceder a los servicios destinados a la salud mental, entre las que destacan las dificultades lingüísticas, el desconocimiento de los recursos disponibles asociados a la salud mental.

Hipótesis 4: Muchas de las personas que solicitan protección internacional experimentan un malestar emocional significativo, pero que no siempre lo expresan de forma abierta ni solicitan ayuda, lo que puede dificultar la detección temprana por parte de los servicios sociales

4. METODOLOGÍA

Este Trabajo de Fin de Grado se ha desarrollado desde un enfoque cualitativo, con el objetivo de comprender de manera más profunda cómo se aborda la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional desde el Trabajo Social en España. Se trata de una problemática compleja que atraviesa experiencias personales, contextos sociales y condicionantes institucionales, por lo que he considerado más adecuado un enfoque que permita acercarse a esas vivencias, percepciones y la valoración de quienes intervienen directamente con este colectivo en su práctica profesional.

El diseño de la investigación es exploratorio y descriptivo. Es exploratorio porque el papel del Trabajo Social en la atención a la salud mental de las personas solicitantes de asilo sigue siendo un ámbito poco desarrollado desde una perspectiva específica de esta disciplina. Es descriptivo porque el objetivo principal no es establecer relaciones causa-efecto, sino conocer cómo se interviene, cuáles son las principales dificultades que se detectan y qué factores influyen en el bienestar emocional de esta población desde la mirada profesional.

Para llevar a cabo la investigación se han combinado dos fuentes de información que son complementarias. Por un lado, se ha realizado una revisión documental para la construcción de un marco teórico. Por otro lado, se ha desarrollado un trabajo de campo basado en entrevistas semiestructuradas, que constituyen la principal fuente de información empírica del estudio.

La revisión documental se centró en literatura académica, normativa y técnica relacionada con la migración forzada, la protección internacional, la salud mental y el Trabajo Social. Se consultaron artículos científicos, trabajos académicos, informes institucionales y documentos elaborados por organismos públicos y entidades del tercer sector. Para ello, se recurrió a bases de datos como Dialnet y Google Scholar, así como a repositorios universitarios y páginas oficiales especializadas. Esta revisión ha permitido contextualizar el objeto de estudio, definir conceptos claves y contar con una base teórica desde la que interpretar posteriormente los discursos recogidos en las entrevistas.

El trabajo de campo se realizó a través de ocho entrevistas semiestructuradas a profesionales con experiencia en la intervención con personas solicitantes de P.I.¹. Se optó por esta técnica porque ofrece un equilibrio entre estructura y flexibilidad, ya que permite orientar la conversación hacia los temas de interés sin limitar la expresión libre de las personas entrevistadas. Las entrevistas se organizaron en torno a un guión común, estructurado en varios bloques temáticos: presentación, salud mental, proceso de solicitud y el rol del trabajador social.

Código	Sexo	Perfil
E1	Mujer	TS (CREADE) “describir a qué se dedica”
E2	Hombre	TS (ECASAM)
E3	Hombre	TS (Fundación Manantial) “fundación
E4	Hombre	T.S Resp P.I (Fundación Manantial)
E5	Mujer	TS Fase O, Acogida (Cruz Roja)
E6	Mujer	TS Accem
E7	Hombre	TS especialista en Duelo
E8	Mujer	Técnica de psicología en inclusión en SSCC de CEAR

¹ P.I: siglas de Protección Internacional

La investigación se ha centrado únicamente en la perspectiva profesional. Aunque inicialmente se planteó la posibilidad de entrevistar también a personas solicitantes de protección internacional, esta opción se ha descartado finalmente por varios motivos. En primer lugar, el acceso directo a personas con problemáticas de salud mental implica importantes consideraciones éticas relevantes, especialmente cuando se trata de colectivos en situación de vulnerabilidad y con posibles experiencias traumáticas previas. En segundo lugar, este acceso requiere la mediación de entidades y recursos específicos, lo que, junto a las limitaciones temporales y académicas propias de un Trabajo de Fin de Grado dificulta que pudieran ser entrevistados.

El acceso a los/as participantes se realizó a través de contactos previos de la investigadora en el ámbito profesional, así como mediante otros contactos que fueron surgiendo durante el desarrollo del estudio a través de la búsqueda activa. Todas las personas entrevistadas participaron de manera voluntaria y fueron informadas previamente sobre los objetivos del trabajo y el uso de la información recogida. Se facilitó un documento de consentimiento informado, que fue firmado por todas las personas participantes. En el mismo se explica de forma clara el carácter académico de estudios, la confidencialidad de los datos y el derecho a responder con total libertad.

Asimismo, se garantizó el anonimato de las personas entrevistadas y el uso exclusivo de la información para los fines de la investigación.

Estas se grabaron con autorización previa y transcritas mediante herramientas digitales, lo que permitió un análisis detallado del contenido.

El proceso de análisis consistió en una lectura atenta de las transcripciones, la selección de fragmentos significativos y organización en categorías temáticas.

Finalmente, el guión de entrevistas utilizado se incluye en el Anexo I. El modelo de consentimiento informado y compromiso de confidencialidad firmado por las personas participantes se presenta en el Anexo II, y las transcripciones completas de las entrevistas realizadas se adjuntan en el Anexo III.

CAPÍTULO 1: DEFINICIONES CONCEPTUALES

1.1 Migración

La migración es un fenómeno que ha acompañado a la humanidad desde sus inicios. A lo largo de la historia, las personas se han desplazado de un lugar a otro en busca de mejores condiciones de vida, acceso a recursos básicos –como alimentos, vivienda y seguridad– o para protegerse de situaciones adversas. Estos movimientos poblacionales forman parte de la dinámica social, económica y política de las sociedades, y no constituyen un hecho aislado (Guillén, Menéndez y Moreira, 2019).

Diversos estudios muestran que los procesos migratorios suelen estar influenciadas por una combinación de factores, entre los que destacan los conflictos políticos y sociales, las guerras, las persecuciones y los desastres naturales (Organización Internacional para las Migraciones OIM, 2018).

De manera general, la migración puede entenderse como el desplazamiento de personas que abandonan su lugar de residencia habitual, ya sea temporal o permanentemente, para establecerse en otra región o país. Este concepto incluye la emigración, entendida como la salida de un territorio, y la inmigración, que es la llegada a uno nuevo (Ander-Egg, s. f.).

Asimismo, se distingue entre migración interna, cuando los desplazamientos ocurren dentro de un mismo país, y migración internacional, que implica el cruce de fronteras estatales para residir en otro país durante un periodo determinado. Dentro de la migración interna, la urbanización describe el traslado de personas de zonas rurales a urbanas en busca de mejores oportunidades laborales, educativas o de servicios (OIM, 2024).

En cuanto a los motivos, muchas personas migran por trabajo, estudios o reunificación familiar, y la mayoría de estos desplazamientos no generan problemas graves ni para los migrantes ni para los países de acogida.

Sin embargo, existen casos de migración forzosa donde las personas deben abandonar sus hogares por estos conflictos, persecuciones o desastres naturales (mencionados anteriormente) que hacen que la propia existencia en su país natal se vea expuesta.

Aunque los refugiados y solicitantes de asilo representan un porcentaje menor del total de migrantes, suelen ser los más vulnerables y con mayores necesidades de protección y asistencia.

Lo mismo ocurre con los desplazados internos, quienes no cruzan fronteras pero se ven obligados a abandonar su residencia habitual (OIM, 2024)

Guillén et al. (2019) destacan que los procesos migratorios se apoyan en múltiples factores, desde cambios en la economía y en el ámbito social hasta situaciones extremas y violentas, y que estos movimientos reflejan desigualdades estructurales que generan vulnerabilidad y discriminación. Valente (2012) agrega que migrar puede verse como un derecho que las personas ejercen para mejorar su situación o enfrentar dificultades, y que cualquier individuo está potencialmente expuesto a migrar en algún momento de su vida.

Desde un enfoque legal, la migración se entiende como un proceso que incluye varias etapas: salida del país de origen, tránsito, llegada al país de destino, estancia e integración o retorno. Cada fase está regulada por normas específicas que combinan soberanía estatal de derechos humanos (Klein, 2023).

La Organización Internacional para las Migraciones (en adelante OIM) identifica distintas tipologías de migración: En primer lugar, distingue que la migración regular entendida como aquella que se produce conforme a la legalidad y con protección de los derechos humanos. Dentro se encuentra la migración asistida, que son desplazamientos que se realizan con el apoyo de gobiernos u organizaciones internacionales. También la migración circular, que conlleva la movilidad repetida entre dos o más países, con retornos periódicos.

Por otro lado, se encuentra la migración facilitada, que es un proceso de migración regular apoyada por políticas públicas u organismos para garantizar un proceso legal y protegido.

También podemos hablar de la migración irregular, en la que los desplazamientos se realizan al margen de la normativa migratoria vigente. Dentro de ella se encuentra la migración forzada, que son desplazamientos impuestos por coacción, violencia o situaciones extremas, como conflictos, persecuciones o desastres, así como, en algunos casos, por ser víctimas de trata. Este concepto es objeto de debate a nivel internacional debido a la complejidad del continuo entre lo voluntario y lo forzado y a sus implicaciones jurídicas.

Al margen se encuentran las migraciones por motivos económicos y familiares, que pueden estar metidas dentro las dos categorías.

Finalmente, la literatura especializada coincide en que las decisiones migratorias responden a una combinación de factores estructurales, intermedios e individuales. Entre los factores estructurales destacan los de carácter económico, político, social y ambiental, como la pobreza, el desempleo, la violencia, la falta del cambio climático (Castles, 2004; Aruj, 2008; De La Vega, 2014; Castelli, 2018; Surmanidze, 2023; Katsarski, 2019; Urbánski, 2022).

A nivel intermedio, las redes familiares y comunitarias, así como el acceso a la información y al transporte, facilitan y condicionan los desplazamientos. Por último, factores individuales como la educación, las aspiraciones personales y la capacidad real de migrar influyen en quién migra y bajo qué circunstancias (Carling & Collins, 2017).

1.2 Migración forzada (causas)

La migración forzada hace referencia a aquellos desplazamientos que no se producen por una elección libre, sino como resultado de presiones externas, como la violencia, la persecución, la coerción o la falta real de alternativas de vida. Aunque este término se utiliza habitualmente para describir los movimientos de refugiados y personas desplazadas internas –incluidas aquellas afectadas por desastres naturales o proyectos de desarrollo– e incluso, en algunos casos, víctimas de trata, no constituye una categoría jurídica plenamente reconocida en el derecho internacional.

Esta falta de reconocimiento ha generado debate, especialmente por la dificultad de diferenciar de forma clara entre migración voluntaria y forzada y por las implicaciones que ello tiene para los sistemas de protección existentes (OIM, 2024).

El aumento de la migración forzada está estrechamente vinculado a la persistencia de conflictos, violencia estructural y violaciones sistemáticas de los derechos humanos, factores que han incrementado tanto su magnitud como su relevancia en la agenda internacional. Al mismo tipo, las políticas se han vuelto cada vez más selectivas: mientras existe una competencia global por atraer migración, tanto económica como forzada, forma parte de los procesos de integración económica global y regional, y no de fenómenos aislados.

Además, la experiencia demuestra que las personas que migran no se limitan a “mezclarse” en las sociedades que los reciben, sino que tienden a organizarse en comunidades propias y a mantener elementos culturales, lingüísticas y religiosos, lo que ha contribuido a la politización de la migración en los ámbitos nacional e internacional (González Calvo, 2005).

La ausencia de una definición legal única ha abierto el debate sobre la necesidad de ampliar el alcance del concepto de migración forzada, incorporando a personas que se desplazan como resultado de vulneraciones graves de derechos humanos, aun cuando no cumplan con los criterios clásicos del estatuto de refugiado.

En este sentido, Guy Goodwin-Gill y Kathleen Newland (2003) señalan que el marco jurídico internacional protege de manera clara los refugiados, pero deja fuera a quienes huyen de la pobreza extrema, la degradación ambiental con los desastres naturales, pese a que estas situaciones suelen estar relacionadas con fallos estructurales o decisiones estatales. Aunque no proponen una redefinición formal del término, ambos autores sostienen que los derechos humanos fundamentales exigen ampliar los mecanismos de protección existentes.

Desde una perspectiva más amplia, Stephen Castles y David Turton (2003) subrayan que la separación entre migración forzada y migración económica resulta cada vez menos clara.

Ambas responden a las desigualdades globales, especialmente entre el norte y el sur, lo que dificulta distinguir de forma nítida entre motivaciones económicas de aquellas vinculadas a la vulneración de derechos humanos.

Aunque los refugiados cuentan con un marco jurídico específico, basado en la Convención de 1951 y el principio de no devolución (Art, 33), que prohíbe expulsar o devolver a una persona a un territorio donde su vida o su libertad estén amenazadas, esta protección no se extiende a quienes se desplazan como consecuencias de violaciones de derechos económicos, sociales. Como señala Iglesias (2024), la protección restringida al estatuto de refugiado ha contribuido a legitimar la exclusión de otros colectivos migrantes.

No obstante, el reconocimiento progresivo de los derechos recogidos en el PIDESC² refuerza la necesidad de avanzar hacia una concepción más amplia de la migración forzada, basándonos en un enfoque integral de los derechos humanos .

1.3 Protección Internacional y derecho asilo

La protección internacional surge cuando una persona no puede recibir una protección efectiva por parte de su propio Estado y necesita amparo fuera de su país de origen. En estos casos, otros Estados en la comunidad internacional asumen la obligación de evitar que esa persona sea expuesta persecución, tortura, violencia grave u otras violaciones de derechos humanos. Este sistema se fundamenta en distintos instrumentos del derecho internacional, entre los que se destacan la Convención de Ginebra de 1951, la Convención contra la Tortura y otros tratados de derechos humanos, y se articula en torno al principio de no devolución, que prohíbe la devolución de una persona un territorio donde su vida o integridad corren grave peligro (ACNUR, 1951).

Este marco de protección se aplica principalmente a personas refugiadas, solicitantes de asilo y a otras que, aun sin haber sido reconocidas formalmente, no pueden ser retornadas a su país de origen sin riesgo grave.

² PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas

Aunque organismos internacionales como ACNUR supervisen el cumplimiento de estas normas, la responsabilidad última recae en los estados que reciben a las personas desplazadas.

En este contexto, el derecho de asilo constituye uno de los principales mecanismos de acceso a la protección internacional. De forma general, el asilo puede definirse como la protección que un Estado concede a una persona que huye de su país por riesgo de persecución o por graves violaciones de derechos humanos (Gil-Bazo, 2015).

La persona que inicia este procedimiento recibe la denominación de solicitante de asilo, es decir, quién ha presentado una solicitud formal de protección internacional y se encuentra a la espera de una decisión administrativa, sin que todavía se le haya reconocido o denegado dicho estatus (Ramos, 2020). En el ámbito europeo, se considera solicitante de asilo a toda persona extranjera o apátrida cuyo expediente aún no ha sido resuelto por las autoridades competentes (Cordero, 2019).

Durante el tiempo que dura este proceso, la situación jurídica del solicitante es provisional, pero ello no implica ausencia de derechos. Los Estados deben garantizar un conjunto de derechos mínimos, como el acceso al procedimiento, condiciones básicas de acogida y, de manera especialmente relevante, la protección frente a la devolución forzosa (Olmeda, 2019; Ramos, 2020). La Protección Internacional, por tanto, comienza desde el momento en que se solicita el asilo, aunque todavía no se haya producido un reconocimiento formal.

La figura del Refugiado se configura cuando el Estado reconoce oficialmente que la persona cumple los requisitos establecidos en la Convención de Ginebra de 1951 y su Protocolo de 1967, esto es, la existencia de un temor fundado de persecución por motivos de raza, religión, nacionalidad, opinión política o pertenencia a un determinado grupo social. Este reconocimiento otorga un estatus jurídico estable y conlleva derechos más amplios, como la residencia legal, el acceso al empleo, la documentación y una protección reforzada frente a la expulsión (Cruzat & Bustos, 2020; Goodwin-Gill & McAdam, 2007; Supriyadi, 2022).

Precisamente por este motivo, resulta fundamental no confundir las categorías de refugiado y migrante. Aunque todas las personas que cruzan fronteras tienen derecho a un trato digno y al respeto de sus derechos humanos, las personas refugiadas constituyen a un grupo jurídico específico protegido por el derecho internacional. Tratar a las personas refugiadas como una simple subcategoría de la migración general puede invisibilizar la gravedad de su situación y tener consecuencias graves.

En muchos casos, la huida y la solicitud de asilo son la única alternativa viable para sobrevivir y acceder a la protección ofrecida por los Estados y las organizaciones internacionales. Cuando esta protección es negada, las consecuencias pueden llegar a ser mortales (Cruzat & Bustos, 2020).

En síntesis, tanto los solicitantes de asilo como las personas refugiadas forman parte del sistema de protección internacional, pero en momentos distintos del procedimiento. Mientras que el solicitante de asilo espera una resolución y cuenta con un estatus provisional, la persona refugiada ya ha sido reconocida formalmente y dispone de derechos consolidados. Aunque no todas las solicitudes concluyen con el reconocimiento del Estatuto del refugiado, todas necesitan mientras su situación sea evaluada.

1.4 Sistema de acogida y Protección Internacional en España

Las personas refugiadas y solicitantes de asilo comparten una característica fundamental, y es que carecen de la protección efectiva de sus estados de origen.

Como hemos mencionado, el derecho de buscar asilo está reconocido en el artículo 14 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, si bien el contenido jurídico del asilo no adquirió una definición clara a nivel internacional hasta la aprobación de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, cuya aplicación fue encomendada a ACNUR. Junto con su Protocolo de 1967, esta Convención constituye la piedra angular del sistema internacional de protección de los refugiados.

1.4.1 Marco jurídico y procedimiento en España

En el ámbito estatal, España regula la protección internacional a través de la ley 12/2009, de asilo y protección subsidiaria, en el marco del sistema europeo común de asilo. La solicitud debe presentarse, con carácter general, durante el primer mes de estancia en el país. Tras la entrevista inicial, la Oficina de Asilo y Refugio (OAR) dispone de un mes para decidir la admisión a trámite y de un plazo máximo de seis meses para resolver el expediente, aunque en la práctica estos tiempos suelen prolongarse, llegando en muchos casos hasta los doce años (Iglesias, 2024; Gabrielli, 2021).

Durante los primeros seis meses del procedimiento, la conocida como “tarjeta roja” acredita únicamente la permanencia legal en el territorio; a partir de ese momento, habilita también para trabajar, lo que resulta clave para los procesos de autonomía personal (Iglesias, 2024).

1.4.2 El sistema de acogida en España

La atención material y social de las personas solicitantes se articula a través del sistema de acogida de protección internacional y temporal, gestionado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Este sistema se organiza en fases sucesivas, con el objetivo de acompañar progresivamente a las personas hacia la autonomía (Olmeda, 2019; Iglesias, 2024; Gabrielli, 2021).

En una primera fase de pre-evaluación o emergencia, con una duración máxima aproximada de 30 días, se proporciona alojamiento temporal mientras se formaliza la solicitud. A continuación, se desarrolla la fase de acogida, que suele extenderse durante seis meses –prorrogables hasta nueve en casos de especial vulnerabilidad– y que incluye alojamiento en centros o pisos, manutención, ayudas básicas y el acceso a servicios de trabajo social, apoyo jurídico y psicológico, formación lingüística y orientación laboral. Posteriormente, la fase de autonomía se prolonga entre seis y doce meses y está orientada a la vida independiente, con apoyos económicos para el alquiler, necesidades básicas, transporte y formación.

Desde 2015, el sistema ha experimentado una expansión notable, pasando de unas 1.000 plazas a más de 8.000 en 2018. En la actualidad, la mayoría de los recursos son gestionados por organizaciones sociales como CEAR, Cruz Roja o ACCEM entre otras, con financiación pública (Olmeda, 2019).

1.4.3 Principales dificultades del sistema

Diversas investigaciones coinciden en señalar que el sistema español de acogida se encuentra sobrecargado, y fuertemente burocratizado. Esta sobrecarga del tiene un impacto directo en el bienestar psicológico de las personas solicitantes de protección internacional.

Vienen huyendo de una situación de inseguridad y llegan aquí y tardas un año en poder pedir una cita de asilo. [...] En ese tiempo no puedes volver a tu país, te pueden parar por la calle, pedirte la documentación o incluso ponerte una orden de expulsión. [...] Todo esto se va acumulando y genera muchas frustraciones porque el proceso es poco claro y muy lento. (E2)

Entre los principales problemas se identifica la insuficiencia de plazas frente al aumento sostenido de solicitudes y los retrasos masivos y la tramitación de expedientes. A ello se suma un itinerario de acogida excesivamente rígido, poco adaptado a perfiles y vulnerabilidades específicas, así como la existencia de un doble circuito administrativo –Interior para el procedimiento y Migraciones para la acogida– que genera descoordinación y confusión (Garcés-Mascareñas & Pasetti, 2019; Godino & Barrientos, 2024).

Como consecuencia, muchas personas abandonan el sistema sin una resolución, quedando en situación administrativa irregular o en condiciones de alta precariedad laboral y residencial. Colectivos especialmente vulnerables, como las víctimas de trata, encuentran además barreras adicionales para el acceso al sistema y para recibir apoyos adecuados (Rodríguez-García-De-Cortázar, 2018). La incertidumbre prolongada asociada al procedimiento de asilo tiene un impacto especialmente significativo en personas con problemas de salud mental.

La gente con problemas de salud mental necesita estabilidad, rutinas y estructuras claras. [...] La incertidumbre sobre si se concederá o no el asilo genera muchísima ansiedad, y en los casos más graves, cualquier información contradictoria o silencio puede provocar una desestabilización importante de la realidad. (E3)

1.4.4 Contexto actual (DATOS)

España alcanzó en 2024 la cifra más alta de solicitudes de protección internacional de su historia, con 167.366 solicitudes, situándose como el segundo país receptor de la Unión Europea. Venezuela y Colombia se mantuvieron como los principales países de origen, seguidos de Mali, Senegal, Marruecos y otros países de América Latina y África. Sí que es cierto que, desde la intervención directa, se señala que el sistema actual no está dimensionado para el volumen real de solicitudes.

El sistema de acogida se diseñó para un contexto completamente distinto al actual. [...] Hoy atendemos a más de 100.000 solicitantes al año con un sistema preparado para muchas menos personas. [...] No es que el sistema sea negativo, es que el claramente insuficiente para la capacidad real que debería asumir. (E5)

Aunque la tasa de reconocimiento aumentó hasta el 18,5%, este incremento se debió principalmente a la concesión de protección subsidiaria³, y España continúa muy por debajo de la media europea del 46,6%. Al mismo tiempo, el número de solicitudes pendientes de resolución creció un 26,6%, con más de 242.000 personas a la espera de una decisión que condiciona profundamente sus vidas (CEAR).

³ **Protección subsidiaria:** forma de protección internacional concedida a personas que no reúnen los requisitos para ser reconocidas como refugiadas, pero que no pueden ser devueltas a su país de origen por riesgo de sufrir daños graves, como tortura, violencia indiscriminada o pena de muerte.
https://proteccion-asilo.interior.gob.es/documentos/folleto/folleto_PI_espanol.pdf

Este contexto nacional se inscribe en una crisis global del desplazamiento forzado. A finales de 2024, más de 123 millones de personas se encontraban desplazadas por guerras, violencia o graves violaciones de derechos humanos. De ellas, 42,7 millones habían cruzado fronteras internacionales y 73,5 millones permanecían desplazadas dentro de sus propios países, según datos de ACNUR (CEAR; ACNUR).

Fuente: Comisión Española de Ayuda al Refugiado. <https://www.cear.es/situacion-refugiados/>

	2022	2021	2020	2019
Total Nacional	279,54	213,20	123,72	48,53
01 Andalucía	48,12	22,46	7,92	8,14
09 Cataluña	81,10	21,20	7,20	4,82
10 Comunitat Valenciana	93,57	29,87	9,81	10,53
13 Madrid, Comunidad de	1.572,26	1.346,67	820,46	304,21

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=58969>

Los datos reflejan un incremento de la tasa de personas refugiadas por cada 100.000 habitantes en España entre 2019 y 2022. Este aumento se relaciona de manera directa con las tensiones y limitaciones del sistema español de acogida y protección internacional.

Tal y como muestra la tabla, el crecimiento es especialmente intenso en comunidades como Cataluña, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid, territorios que concentran una parte significativa de las solicitudes y que, al mismo tiempo, soportan una mayor presión sobre los recursos de acogida. Este aumento sostenido ayuda a explicar la sobrecarga del sistema mencionada anteriormente, los retrasos en la tramitación de expedientes y las dificultades para ofrecer itinerarios de integración adaptados a las necesidades reales de las personas solicitantes, aspectos ampliamente señalados por la literatura especializada.

En este sentido, la evolución de las tasas no solo refleja una intensificación del fenómeno del desplazamiento forzado, sino que pone de manifiesto la necesidad de reforzar y redistribuir los recursos del sistema de acogida, así como de mejorar la coordinación institucional, para garantizar una protección efectiva y equitativa en todo el territorio.

CAPÍTULO 2: Repercusión en la salud mental de los refugiados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud no solo como la falta de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social. Con el paso del tiempo, especialmente desde la segunda mitad del siglo XX y en paralelo a los avances médicos y al desarrollo de los derechos humanos, la manera de entender la salud se fue ampliando.

Se dejó atrás la idea de que era un asunto único de los médicos y empezó a reconocerse la importancia de los factores sociales y psicológicos, incorporando a profesionales como psicólogos/as, antropólogos y trabajadores/as sociales dentro del ámbito sanitario.

En esta línea, Engel (1980) propuso el modelo bio-psico-social como alternativa al modelo biomédico tradicional. Este modelo plantea que la salud y la enfermedad no dependen solo del cuerpo, sino también de factores psicológicos y sociales que interactúan entre sí. Desde este enfoque, la salud mental no significa simplemente “no tener un trastorno”, sino sentirse bien con uno mismo, poder gestionar las dificultades y relacionarse de forma adecuada con el entorno (Lima-Castro et al., 2019).

Por lo que la salud mental se entiende como algo multidimensional, ya que incluye el bienestar emocional (cómo nos sentimos), el bienestar psicológico (cómo nos vemos a nosotros mismos, si tenemos metas o propósito) y el bienestar social (cómo son nuestras relaciones y nuestro nivel de integración) (Pérez et al., 2021). También es relacional y contextual, dado que no se construye de manera aislada, sino en función de las relaciones, las condiciones de vida y factores como la desigualdad, la discriminación o el apoyo social (Vergne, 2019).

Además, es un proceso dinámico, es decir, cambia con el tiempo y depende del equilibrio entre las dificultades que enfrenta la persona y los recursos personales y colectivos con los que cuenta (Hernández-Holguín, 2020).

Desde esta perspectiva, no basta con centrarse en el tratamiento individual. Se pone el foco en el apoyo social, las redes comunitarias y la participación activa de las personas (Sampaio & Júnior, 2021).

Las entidades sociales suplen muchas carencias del sistema público, ofreciendo un acompañamiento cercano, espacios seguros y apoyo psicosocial. [...] Las redes comunitarias generan pertenencia y apoyo emocional, aunque su dependencia de financiaciones inestables limita la continuidad de los procesos. (E8)

También se reconoce que problemas cotidianos como la pobreza, la violencia, el estigma o la precariedad influyen directamente en el malestar psicológico (Zelada & García, 2021). Por tanto, recuperarse no significa sólo reducir síntomas, sino reconstruir vínculos, recuperar el sentido de vida y ganar autonomía.

En el caso de población migrante, está ampliamente documentado que existen desigualdades en salud y en el acceso y uso de los servicios sanitarios según el país de origen (Jansá 2002). En una primera fase del proceso migratorio influyen factores como las características del lugar de origen –hábitos alimentarios, aspectos culturales o prácticas en salud materno-infantil– (García Pérez, 2001); las diferencias socioeconómicas entre países –falta de recursos, riesgos ambientales o acceso limitado a servicios sanitarios–; y las propias consecuencias del proceso migratorio, como el cansancio físico y emocional, el estrés o los cuadros depresivos (Achotegui, 2002), además de las condiciones de vivienda y trabajo.

En una segunda fase pueden aparecer problemas relacionados con la precariedad social, como la reactivación de infecciones latentes (por ejemplo, la tuberculosis), desequilibrios nutricionales, dificultades para seguir tratamiento médicos, falta de controles durante el embarazo o trastorno psicoafectivos (Bada Aínsa, 1996).

En este contexto, la salud mental es un aspecto clave cuando se analiza la salud de las personas inmigradas (García Campayo 2002). Sin embargo, distintas revisiones señalan que migrar, por sí solo, no implica necesariamente un mayor riesgo de padecer trastornos mentales. Más bien, estos suelen estar relacionados con las experiencias vividas durante el proceso de adaptación y con las condiciones sociales en las que se desarrollan dichos procesos (Padilla 1989).

2.1 Proceso migratorio

El proceso migratorio no es un hecho puntual, sino un recorrido que pasa por distintas fases. Sluzki (1979) distingue una etapa de preparación, el momento de la salida, el asentamiento –con fases de aparente adaptación y otras de crisis– y efecto que pueden llegar a la siguiente generación. De forma similar, Tizón (1993) señala la preparación, la migración, el asentamiento y la adaptación como pasos hacia la integración.

En la actualidad, estos procesos se dan en contextos sociales y económicos muy diversos, tanto en los países de origen como en los de destino. Aunque cambien los escenarios, las emociones que se movilizan –miedo, esperanza, incertidumbre– siguen siendo similares.

Además, la migración no sólo transforma a quien se desplaza, sino también la forma en que se relaciona con el nuevo entorno y a las sociedades receptoras (Castaldi, 2011).

El tiempo y las normas son uno de los mayores choques culturales. [...] Aspectos tan básicos como los horarios, las filas o la forma de organizar la vida diaria resultan muy desestabilizadores. [...] Además, en algunos casos influye que figuras de autoridad sean profesionales jóvenes o mujeres, lo que supone un choque añadido para personas procedentes de sociedades muy patriarcales. (E4)

A esto se suma el riesgo de exclusión social, entendido no sólo como pobreza, sino como desventajas persistentes en empleo, vivienda, educación o acceso a recursos, agravadas por factores como el género, el origen o la situación administrativa (Martínez, Sanchez & Martínez, 2017). En el caso de las personas solicitantes de asilo, la situación puede ser aún más compleja debido a experiencias de violencia o persecución durante el trayecto.

Migrar también tiene una dimensión positiva, ya que implica resiliencia, capacidad de adaptación y búsqueda de oportunidades. Sin embargo, supone pérdidas importantes y un proceso de duelo. Cuando el estrés se cronifica, puede aparecer el Síndrome de Ulises (Achotegui, 2009), además de otros problemas que mencionaremos más tarde como depresión o ansiedad.

La idealización del país de destino y el choque con la realidad puede intensificar la nostalgia y el malestar. Elaborar estas pérdidas requiere un proceso interno que no se resuelve sólo con estabilidad laboral o legal (Achotegui, 2002).

Una vez llegan a España tienen unas expectativas de una rapidez y de conseguir objetivos que no es real. [...] El proceso es lento, la burocracia no es rápida y muchos no hablan el idioma, lo que hace que las expectativas bajen mucho. [...] Esto no siempre se gestiona bien y genera bastante frustración y nerviosismo. (E1)

En salud mental, se diferencian trastornos más específicos del proceso migratorio –como el estrés aculturativo, el síndrome de Ulises o el duelo migratorio– y alteraciones más generales, como el trastorno por estrés postraumático, la ansiedad o la depresión (Niño, 2020).

Desde la intervención psicosocial, se propone una mirada centrada en las fortalezas y recursos de las personas (Martínez, Calzado & Martínez, 2011). La resiliencia se entiende como un proceso dinámico que depende tanto de factores personales como contextuales (Leadbeater, Dodgen & Solarz, 2005). Por ello, las intervenciones deben promover el empoderamiento y respetar la dignidad y la cultura de cada persona (Martínez et al., 2017).

2.1 Duelo migratorio

El duelo migratorio no es algo estático, sino un proceso que se va moviendo y transformando con el tiempo.

El duelo es el proceso mediante el cual las personas aprenden a integrar una pérdida en su vida. [...] En el caso del duelo migratorio, hablamos de pérdidas múltiples: la familia, el rol social, la cultura, el idioma y el proyecto vital, y además no por elección, sino por necesidad económica o de seguridad. (E6)

Achotegui (2002) explica que, cuando una persona migra no pierde solo una cosa, sino muchas a la vez: la cercanía de la familia y amistades, el idioma materno, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia e incluso la sensación de seguridad. Estas pérdidas no se dan únicamente en migraciones por motivos económicos, sino también en situaciones de guerra, violencia o persecución, donde además del desarraigo se arrastran experiencias muy duras (Calvo, 2005).

Si ampliamos la mirada, el duelo es una reacción normal ante cualquier pérdida importante. Freud (1974), en *Duelo y melancolía*, lo entendía como un proceso necesario para poder “desprenderse” emocionalmente de lo perdido y seguir vinculando a otras personas o proyectos. Bowlby (1983) lo definió como el proceso psicológico que se activa tras la pérdida de alguien querido, y Pangrazzi (1993) recordó que no solo se pierden personas, sino también etapas de la vida, ideales, ilusiones o parte de uno mismo. En definitiva, cada pérdida genera un duelo cuya intensidad depende del significado que esta pérdida tenga para la persona.

En el caso de la migración, el duelo tiene rasgos propios. Es parcial, porque lo que se pierde no desaparece del todo: la familia sigue existiendo, el país sigue estando ahí. Por eso Falicov (2001) señala que las pérdidas migratorias son amplias pero no definitivas, y Pauline Boss (2001) habla de “pérdida ambigua”.

Este tipo de duelo es recurrente, porque se reactiva fácilmente con una llamada, una visita o una noticia en el país de origen. Cuando las cosas no van bien en el país de acogida, puede aparecer con fuerza la “fantasía del regreso” (Achotegui, 2000).

Además, es un duelo múltiple, ya que se pierden muchas cosas a la vez: vínculos, idioma cotidiano, reconocimiento social, proyecto migratorio o incluso la posibilidad real de volver. Además se identifican distintas fases del duelo migratorio en el tiempo.

Hay un primer momento muy agudo, de shock y supervivencia; después, con el paso de los meses, aparece la toma de conciencia real de lo perdido. [...] Incluso años después, cuando la persona está aparentemente integrada, pueden aparecer síntomas de ansiedad y angustia asociados a duelos no resueltos, especialmente tras la pérdida de familiares en el país de origen. (E6)

El duelo migratorio también puede afectar a las siguientes generaciones. Hijos e hijas de personas migrantes pueden sentirse “entre dos mundos”, sin encajar del todo ni en el país de origen familiar ni en el de acogida (Boss, 2001). Además, impacta directamente en la identidad, entendida como la forma en que una persona se ve a sí misma y se siente parte de determinados grupos (Achotegui, 2002). La identidad se construye a partir de un lugar, un periodo de tiempo y un grupo (Grinberg, 1996) y se transforma profundamente con la experiencia migratoria.

A todo esto se pueden sumar regresiones psicológicas, es decir, conductas que aparecen cuando la persona se siente desbordada. La inseguridad, la dependencia o las quejas constantes no son signos de debilidad, sino reacciones ante una situación de gran presión y estrés, especialmente cuando faltan redes de apoyo (Achotegui, 2002).

En cuanto a las fases del proceso, Brink y Saunders (1997) describen una primera etapa de “luna de miel”, marcada por ilusión y expectativas altas; una posible etapa depresiva, donde aparecen frustración y bajada de estatus; una fase de adaptación; y, en algunos casos, una etapa de rechazo de cultura de origen. Si el proceso se elabora adecuadamente, puede llevar a una integración equilibrada; si esta se bloquea, puede derivar en un malestar psicológico profundo.

En definitiva, el duelo migratorio es un proceso complejo que implica asumir pérdidas importantes, pero también reorganizar la propia vida e identidad para poder seguir adelante en un nuevo contexto.

2.3 Síndrome de “Ulises”

En las primeras fases de la migración suelen aparecer dos experiencias muy relacionadas: el estrés aculturativo, que se mencionara más adelante, y el llamado Síndrome de Ulises. Normalmente, primero surge el estrés aculturativo, que tiene que ver con el esfuerzo de adaptarse a una cultura nueva. Cuando ese estrés es muy intenso y se mantiene en el tiempo, puede sobrepasar la capacidad de la persona para afrontarlo y transformarse en un cuadro más grave: el Síndrome de Ulises o Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple (Collazos et al., 2008).

El término fue creado por el psiquiatra Joseba Achotegui, citado anteriormente, quien explica que emigrar puede generar niveles de estrés tan altos que superen la capacidad normal de adaptación (Achotegui, 2012). Esto ocurre sobre todo cuando la persona llega en condiciones muy difíciles: sin papeles, en un entorno hostil, con miedo constante, precariedad económica o sin red de apoyo (Achotegui, 2006).

Este psicólogo en 2006 señala tres grandes fuentes de estrés que están en la base del síndrome: la soledad y la separación de los seres queridos, la lucha diaria para sobrevivir y el miedo. Este cuadro es más frecuente en personas en situación administrativa irregular y, según algunos estudios, puede afectar el mayor medida a mujeres.

Sin embargo, el concepto también ha recibido críticas. Fedra Cuestas (2011), en “Sobre locura y Emigración en el mundo globalizado”, cuestiona que este diagnóstico, aplicado especialmente a migrantes extracomunitarios en Europa, pueda contribuir a etiquetar a estas personas como “enfermas mentales”, en lugar de centrarse en las condiciones sociales y políticas que explican su sufrimiento.

En resumen, el Síndrome de Ulises no se entiende como un trastorno mental clásico, sino como la expresión de un malestar muy intenso provocado por la soledad, la incertidumbre y la dureza de las condiciones de vida en el proceso migratorio. Es, en gran medida, la respuesta humana a una situación límite .

2.4 Estrés aculturativo

Migrar no sólo implica cambiar de país, si no también adaptarse a una forma distinta de vivir. En ese proceso puede aparecer el estrés aculturativo, que surge cuando la persona deja atrás su idioma, familia, costumbres y referentes, y tiene que aprender a moverse en una cultura totalmente nueva. Este cambio puede afectar tanto a la salud emocional como física, e incluso dar lugar a síntomas psicósomáticos (Collazos, Qureshi, Antonín y Tomás-Sábado, 2008).

Tradicionalmente, se veía como una bajada del bienestar psicológico, social y físico relacionada con el esfuerzo de adaptarse a otro contexto. No es simplemente el estrés del día a día, sino un malestar ligado específicamente a vivir “entre dos mundos” (Lerías et al., 2024).

En términos más actuales, se describe como la tensión que aparece cuando alguien tiene que ajustarse a una nueva lengua, nuevas normas y valores diferentes, y ese ajuste le genera desgaste emocional (Le & Huyen-Nguyen, 2024).

Entre las manifestaciones más comunes está la ansiedad, la tristeza, la confusión sobre la propia identidad, el sentimiento de no encajar, problemas en las relaciones y molestias físicas sin causa médica clara (Koo et al., 2021; Lorga et al., 2020). A estas manifestaciones se suman las dificultades derivadas de los procesos administrativos del país de acogida.

Muchas personas no están acostumbradas a procesos burocráticos tan largos y complejos. [...] Creen que podrán trabajar desde el primer momento y se encuentran con esperas de meses para poder hacerlo. [...] Todo este proceso incrementa los problemas de salud mental y dificulta aún más su adaptación. (E4)

Por consiguiente, en este contexto también aparecen diferentes mecanismos de afrontamiento para lidiar con la situación que les toca vivir. Estos no se establecen en negativos o positivos, sino que todos se utilizan para proteger a las personas de esas situaciones traumáticas.

Uno de los mecanismos más frecuentes es la negación o la evitación, como no querer hablar de lo vivido o centrarse de forma excesiva en cursos, empleo o actividades para no pensar. [...] Aunque a corto plazo pueden parecer adaptativos, a largo plazo suelen impedir la elaboración del malestar. (E7)

Las fuentes más habituales de este estrés en personas migrantes o refugiadas suelen ser las diferencias culturales en el trabajo o los estudios, la discriminación, la soledad, la nostalgia por la familia, los choques de valores y, en algunos casos, lo más importante, la inseguridad económica o el miedo a ser deportado (Le & Huyen-Nguyen, 2024; Ali et al., 2024).

La investigación muestra que el estrés aculturativo se relaciona de forma clara con mayores niveles de depresión, ansiedad, problemas de conducta, consumo de sustancias y menor bienestar general, sobre todo en jóvenes y en quienes llevan poco tiempo en el país de acogida (Lerías et al., 2024). Además, Sánchez y López (2008) subrayan que no basta con aprender nuevas formas o comportamientos; es clave que la persona llegue a sentirse aceptada y parte del nuevo entorno. La verdadera integración no es solo adaptarse, sino también sentirse incluido.

Cuando la persona vive la adaptación como algo incontrolable o negativo, el estrés aumenta (Berry, 1997). Esta relación entre adaptación cultural y malestar psicológico se conoce como la hipótesis del estrés de aculturación (Berry y Sam, 1996), y se intensifica cuando las experiencias migratorias han sido especialmente difíciles (Singhammer y Bancila, 2011).

Por lo que este estrés es una reacción bastante comprensible ante el esfuerzo que supone empezar de cero en otro contexto cultural. Su impacto dependerá mucho de los recursos personales, el apoyo social y las condiciones de vida que rodeen a la persona en su proceso migratorio.

2.5 Trastorno Estrés Postraumático (TEPT)

En relación con el trastorno por estrés postraumático, Fuertes y Lazos (2006) señalan que, además de las dificultades habituales asociadas al proceso migratorio, muchas personas solicitantes de P.I han estado expuestas a situaciones de violencia, persecución o condiciones extremas en el trayecto del país de origen. Todo ello aumenta la probabilidad de desarrollar TEPT, siendo un trastorno particularmente frecuente en la población refugiada y afectando diariamente a su vida cotidiana.

Vega Pascual (1996) explica que esta enfermedad se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad y aparece tras la exposición a situaciones de intensa amenaza o miedo extremo. En el caso de las personas migrantes, los síntomas no siempre se manifiestan de inmediato, pueden surgir meses o incluso años después de la llegada al país de acogida. En ocasiones, dificultades cotidianas relacionadas con la adaptación, que en apariencia podrían parecer menores, actúan como desencadenantes que reactivan recuerdos traumáticos no elaborados, dando lugar a crisis psicológicas vinculadas a experiencias pasadas, especialmente en personas refugiadas.

Desde la intervención especializada se observa que, en muchos casos, las dificultades psiquiátricas ya estaban presentes antes de la llegada o se agravan durante el trayecto migratorio.

Nos encontramos con personas que ya tenían diagnosticado problemas de salud mental en su país de origen y no habían recibido atención adecuadas, y con otras que durante el proceso migratorio sufren un nivel de estrés tan alto que se desestabilizan a nivel psiquiátrico. [...] Muchas veces llegan en condiciones muy graves y con trastornos vinculados al estrés postraumático. (E3)

2.6 Alteraciones generales

Mangado, Muelas y Suárez (2005) señalan que los trastornos de ansiedad y depresión en población migrante están muy ligadas al proceso de adaptación e integración, así como las dificultades del entorno que acompañan a la experiencia migratoria.

Con frecuencia, estos problemas no solo se expresan a nivel emocional, sino también a través de síntomas físicos, es decir, mediante somatizaciones. Además, se subraya la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el análisis del malestar psicológico.

Es imprescindible desagregar por género. En la llegada hay un componente brutal de ansiedad, incertidumbre y, en muchos casos, trastorno de estrés postraumático no identificado. [...] Las mujeres suelen identificar antes el malestar, mientras que en los hombres aparecen bloqueos vinculados a mandatos de la masculinidad y a la presión de proveer, incluso cuando ellos mismos no han logrado restablecerse emocionalmente. (E5)

Según Mangado (2005), en el caso de la depresión pueden aparecer síntomas como cambios importantes de peso, problemas de concentración, insomnio, apatía, sentimientos de desesperanza, culpa o inutilidad e incluso en el peor de los casos pensamientos suicidas. Por su parte, la ansiedad suele manifestarse con un estado constante de alerta, palpitaciones, inquietud, alteraciones del sueño, sudoración, irritabilidad, mareos, presión en el pecho, nerviosismo o temblores.

Además, diversos datos apuntan a qué, aproximadamente a los tres años de la llegada a España, al menos la mitad de las personas inmigrantes ha desarrollado algún problema de salud mental, principalmente depresión ansiedad, lo que supone una prevalencia que duplica la registrada en la población española.

CAPÍTULO 3: Rol del Trabajador Social

Cuando hablamos del papel del trabajador o trabajadora social en la atención a personas solicitantes de protección internacional y refugiadas, es importante entender primero el punto de partida. No se trata solo de acompañar a alguien que llega a un país nuevo: detrás de cada historia hay un recorrido complicado lleno de miedos, decisiones difíciles... En España, la intervención con este colectivo tiene que abordar tanto aspectos sociales, emocionales y legales, porque todo está profundamente conectado.

Las investigaciones realizadas tanto aquí como en otros países europeos muestran que muchas de estas personas han vivido situaciones límite –conflictos armados, violencia, persecución o incluso la pérdida de su hogar– que afectan directamente a su bienestar psicológico (Fundación Manantial, s.f; Evangelou et al., 2016). A esto se suman otros factores que complican su adaptación, como el idioma, la falta de redes de apoyo o la incertidumbre sobre si finalmente se les concederá el asilo. Las trayectorias migratorias previas condicionan de manera significativa el estado de salud mental en el momento de la llegada.

No es comparable una persona que viaja en avión con quien atraviesa África durante años o llega en patera. [...] Este tipo de trayectorias prolongadas reúnen todos los factores para desarrollar un trastorno de estrés postraumático, identificado o no. [...] En muchos casos, estas personas llegan sin haberse restablecido emocional ni mentalmente (E5)

Antes de hablar del papel del trabajador/a social en sí, conviene recordar algo básico: casi todas las personas que emigran lo hacen movidas por una necesidad de cambio. Esto implica dejar atrás su país, arriesgarse durante el viaje, enfrentarse a una cultura nueva y trabajar, muchas veces, en condiciones duras.

Normalmente, antes de salir, estas personas buscan apoyo en conocidos o familiares que ya viven en el país de destino. Son ellos quienes orientan sobre los trámites legales, de trabajo, la vivienda... En ese momento inicial, la migración suele vivirse como algo temporal, como una oportunidad que podría mejorar su situación y la de sus familias.

Sin embargo, cuando llegan a España, la realidad es a menudo mucho más compleja de lo que imaginaron. Además del choque cultural, se encuentran con un sistema que no siempre es fácil de entender, con procesos administrativos largos y con la carga emocional de todo lo que han vivido y dejado atrás. Es precisamente en este punto donde el rol del trabajador social empieza a cobrar todo su sentido: acompañar, orientar, sostener y ayudar a reconstruir. Desde esta introducción, se abre paso al análisis detallado del papel profesional que desempeñan en cada uno de las fases del proceso de asilo y en cuidado de la salud mental del colectivo.

3.1 Fases de intervención social

A. Fase de acogida (la llegada):

Cuando una persona migrante llega a un país nuevo, suele encontrarse con un choque importante: idioma distinto, costumbres que no entiende, maneras nuevas de relacionarse y hasta otra forma de vida. La mayoría de veces, aquello que habían contemplado antes de salir de su país cambia al aterrizar en la realidad, y empiezan a ver que el proceso migratorio es más complejo de lo que creían.

En esta primera etapa, la mayoría vive situaciones bastante frágiles: pisos compartidos en malas condiciones, barrios donde se concentran otras personas migrantes, desconocimiento del entorno y dificultades para comunicarse muchas veces. También es muy común llegar sin familia, empezar en trabajos precarios o temporales –generalmente peor pagados y por debajo de su nivel de formación– e incluso tener problemas de salud o de acceso al sistema sanitario.

El papel del trabajador/a social es de “emergencia”: cubrir las necesidades básicas y un acompañamiento en los trámites. Es fundamental generar un vínculo de confianza desde la primera entrevista, aclarar derechos, explicar el funcionamiento de los recursos disponibles (sanidad, ayudas, vivienda) y orientar para conseguir regularizar su situación. En esta fase, las ONG y asociaciones son un apoyo fundamental y ofrecen desde asesoría jurídica hasta clases de idioma o alojamiento (Ortiz Duque, 1996).

B. Fase de tutela, la adaptación, el asentamiento:

Durante la fase de tutela comienza el proceso de adaptación al nuevo contexto, una etapa que puede prolongarse varios años. En ella pueden aparecer situaciones de desgaste emocional y, en algunos casos, un sentimiento de fracaso del proyecto migratorio, especialmente cuando la situación administrativa o laboral no presenta avances. Aun así, cuando se estabiliza el empleo, se produce una mejora progresiva en las condiciones de vida, aunque persisten obstáculos como el acceso a la vivienda o el mantenimiento de empleos no acordes a la formación previa.

En el ámbito personal, la reagrupación familiar facilita la socialización y contribuye significativamente al avance del proceso de integración, sobre todo a través del sistema educativo y del entorno social de los hijos. El aprendizaje del idioma es un facilitador clave, aunque ciertos colectivos –particularmente mujeres– pueden encontrar dificultades añadidas derivadas de dinámicas familiares o de su estatus administrativo.

Esto hace que la intervención con esta población sea aún más complicada, siendo el foco del profesional, fomentar la autonomía y prevenir situaciones de crisis que desembocan en la estabilidad emocional de la persona. Esto se llevaría a cabo con un seguimiento ajustado y detallado del proyecto migratorio para ver los indicios de trauma.

Otras actuaciones importantes en esta fase, a nivel práctico, son la búsqueda de una vivienda, la intermediación en el acceso al empleo y formación. Asimismo, es crucial la derivación a los servicios sanitarios y más cuando presentan un cuadro de salud mental (Ortiz Duque, 1996).

C. Fase autónoma, la inserción, integración:

En esta última fase, la personas migrante alcanza un grado mayor de autonomía y se produce un equilibrio entre la adaptación al país de acogida y la preservación de la identidad cultural propia. No obstante, la integración no depende únicamente de la trayectoria individual, sino que requiere también de una sociedad receptora inclusiva, capaz de promover la interculturalidad y reconocer la diversidad. En este contexto, surgen retos específicos vinculados a las segundas generaciones, que pueden experimentar conflictos identitarios al crecer entre dos sistemas culturales.

Las intervenciones sociales en esta etapa son más puntuales, pero se orientan a consolidar procesos de integración social, educativa, laboral así como reforzar las políticas públicas que garanticen los derechos y oportunidades en igualdad de condiciones. Por ello es vital la cooperación entre administraciones, colaborar con ONG y el uso estratégico de recursos comunitarios.

3.2. El rol del Trabajador/a Social en Protección Internacional y salud mental

La literatura analizada señala que el trabajador social actúa como un nexo de unión entre la personas refugiadas o solicitantes de asilo, los servicios sanitarios y la estructura social, operando desde un enfoque ecológico, intercultural y basado en derechos.

A. Evaluación completa desde un enfoque ecológico

La intervención comienza con una evaluación psicosocial que considera no sólo el posible trauma previo, sino también los estresores posteriores a la migración –vivienda, empleo, estatus legal, apoyo social o barreras culturales también de conocimiento de enfermedad–. Este enfoque nos permite comprender la interacción entre individuo, familia, comunidad, políticas públicas y su situación sanitaria (Silove et al., 2017)

Son los equipos interdisciplinarios quienes suelen detectar las primeras señales de alerta: bloqueos en el relato, miedo a hablar, olvidos, llanto o dificultad para narrar la historia. [...] Muchas veces es el propio acompañamiento jurídico quien da la voz de alarma cuando el trauma está interfiriendo en el proceso de asilo. (E7)

B. Acompañamiento psicosocial y coordinación de cuidados

Hay que desempeñar funciones de gestión propias del rol del trabajador/a social como son la recepción, evaluación, información, derivación y coordinación entre salud mental, servicios sociales, vivienda, empleo y ONG (Wirth & Higgins, 2019). También es importante que pueda participar en actividades de psicoeducación, apoyo emocional y grupos psicosociales, así como colaborar en intervenciones breves adaptadas culturalmente (McDermott et al., 2024). Desde la mirada del acompañamiento emocional resulta clave en la detección del malestar asociado al duelo migratorio.

Aunque no seamos psicólogos, sabemos hacer acompañamiento psicosocial. [...]

Escuchar, validar las emociones y entender que detrás de una demanda de empleo o vivienda puede haber un proceso profundo de pérdida es fundamental. (E6)

Entre sus tareas centrales se encuentra favorecer la adherencia al tratamiento, reducir el estigma y explicar el funcionamiento del sistema de salud mental (Sklavo, 2018). Sin embargo, el acceso en salud mental se ve obstaculizado por barreras idiomáticas y administrativas.

El derecho a la traducción no se garantiza en la práctica, ni en centro de salud ni en salud mental. [...] Si no se entiende el discurso de la persona, es imposible identificar una disociación o un discurso delirante. [...]

A esto se suma la enorme dificultad para acceder a la sanidad y, especialmente, a la salud mental, que sigue siendo una red claramente insuficiente. (E5)

C. Intervención intercultural, empoderamiento y trabajo grupal

La intervención debe ajustarse a la cultura de origen de la persona, respetando sus propias concepciones de salud, enfermedad y bienestar, e integrando recursos comunitarios (Higgins, 2019; McDermott et al., 2024).

Cabe decir que las diferencias culturales en la concepción de la salud mental son señaladas como una barrera fundamental de la intervención.

La salud mental cada cultura la entiende a su manera, y dentro de cada cultura, cada persona también. [...] Falta una verdadera intervención sociosanitaria que permita preguntarnos cómo entendemos aquí la salud mental y como la entiende la otra personas, y trabajar desde ahí, no desde nuestra posición de omnipotencia. (E2)

Asimismo, se prioriza el empoderamiento, es decir, devolver protagonismo y agencia a la personas en la toma de decisiones. El trabajo grupal, por su parte, contribuye a disminuir el aislamiento y fortalecer redes de apoyo y sentido de pertenencia (Campbell et al., 2018).

D. Defensa de derechos y cambio estructural

El trabajador/a social también desempeña un papel de defensa de derechos frente a políticas o prácticas que no contemplan los determinantes sociales del malestar o que tiende a medicalizar situaciones derivadas de la exclusión (Bark et al, 2023). Su función incluye promover el acceso a vivienda, empleo, regularización y protección jurídica, aspectos fundamentales para la recuperación en salud mental (Higgins, 2019). Desde la mirada profesional, se reivindica un papel más activo y central del Trabajo Social en la atención a esta población.

Deberíamos luchar más por sus derechos y tener más peso a nivel de representación institucional. [...] Somos quienes aunamos conocimientos sociales, sanitarios y legales, y muchas demandas llegan primero desde lo social. [...] El trabajador social debería ser el eje vertebrador de la atención a esta población (E2)

3.3 Ámbitos específicos de intervención

La valoración inicial permite detectar trauma, riesgo psicosocial y situaciones de vulnerabilidad. ACNUR España subraya la importancia de identificar precozmente estas condiciones (ACNUR España, 2026).

Asimismo, la *Guía Breve de Apoyo en Salud Mental/Psicosocial a Refugiados Sirios en España* de Evangelidou (2016) destaca lo importante que son los diferentes contextos culturales en los que está envuelta la persona durante el proceso evaluativo.

El acompañamiento emocional constituye uno de los pilares de la intervención social con personas solicitantes de protección internacional. La Fundación Manantial subraya que el desplazamiento forzado es, en sí mismo, un acontecimiento altamente estresante, capaz de desencadenar angustia, sentimientos de desorientación, miedo, incertidumbre y un fuerte impacto en la autoestima y la capacidad de afrontamiento (Fundación Manantial, s.f). En este sentido, el trabajador/a social desempeña un papel clave como figura de apoyo especialmente en las primeras fases del asentamiento, cuando las cargas emocionales son más intensas.

Este acompañamiento no solo se limita a “estar presente”, sino que implica crear un espacio de seguridad donde la personas pueda expresar el sufrimiento asociado al trauma, la pérdida o la ruptura de su proyecto de vida. La evidencia respalda que la presencia estable y continuada del profesional favorece procesos de resiliencia, ya que ayuda a modular el estrés, reducir aislamiento y proporcionar contención ante emociones altamente perturbadoras (Knaevelsrud, Stammel y Böttche, 2017).

Asimismo, facilita la construcción de una relación de confianza, indispensable para avanzar en etapas posteriores de intervención social y para que la persona usuaria pueda sentirse capaz de participar activamente en su proceso de recuperación.

Otro ámbito esencial de la intervención social es la gestión de recursos y la garantía de derechos básicos, especialmente en el marco del Sistema de Acogida de Protección Internacional.

Como destacan Campo Patiño (2019) y García Santos (2023), el acceso efectivo a recursos –alojamiento, sanidad, prestaciones económicas, educación, regularización administrativa– puede determinar el éxito o fracaso del proceso de integración. Desde una perspectiva crítica, se plantea la necesidad de fortalecer este rol.

Como señala E8, *“El trabajo social no debería limitarse a gestionar las consecuencias de un sistema insuficiente, sino también de derechos, incorporando la experiencia directa en el diseño de políticas públicas”* (E8)

Esta función es un sistema complejo, pero resulta especialmente útil porque ayuda a las personas a comprender los procedimientos que deben seguir, adaptando la información a su nivel de comprensión, como la presentación de documentación, la solicitud de ayudas o el acceso a los servicios sanitarios.

Esta labor de mediación es clave para evitar situaciones de exclusión social, que lo que hacen es intensificar el malestar psicológico, cronificar la vulnerabilidad o incluso lleva a situaciones de sinhogarismo o explotación laboral. Con estos planteamientos conseguimos reducir daños.

Además, siguiendo las recomendaciones de ACNUR (2022), el profesional tiene la responsabilidad de asegurar que la persona solicitante de asilo ejerza sus derechos en igualdad de condiciones, identificando obstáculos estructurales y favoreciendo que los recursos disponibles se utilicen de forma adecuada y ajustada a cada caso.

Dadas las elevadas tasas de exposición a traumas severos, violencia extrema y pérdidas acumuladas, es frecuente que las personas refugiadas necesiten atención especializada en salud mental. En este ámbito, el trabajador social actúa como figura puente entre el sistema de asilo, los recursos sanitarios y otras instituciones. La derivación a centro de salud mental, unidades de psiquiatría o entidades especializadas en tortura, trata o violencia de género es una práctica habitual y necesaria.

Las citas en el sistema sanitario suelen ser a muy largo plazo y el seguimiento es complicado. [...] Nuestro centro es temporal, por lo que muchas veces cuando llega la cita la personas ya no se encuentran aquí. [...] Esto hace que la adherencias al tratamiento se retrase y que la atención llegue cuando ya han pasado a otras fases más estables. (E1)

Lo investigado nos dice que la atención eficaz con población refugiada exige equipos interdisciplinarios compuestos por profesionales de la salud mental, el ámbito social y otros actores comunitarios (Miller y Rasmussen, 2017). Sin embargo, desde la práctica profesional se identifica una tendencia creciente a la fragmentación de la atención, por mucho que el equipo sea interdisciplinar.

Cada vez se está parcializando más la atención: si tienes salud mental vas a recursos de salud mental, si eres personas sin hogar a recursos de sinhogarismo... [...] No se trabaja en comunidad ni tejiendo redes, cuando una persona no tiene un solo problema, sino muchas necesidades a la vez, y no se la puede ver como una sola cosa. (E2)

La Guía Multi-Agencia de Apoyo Psicosocial en Europa insiste en que este trabajo debe integrarse dentro de los sistemas públicos y no depender exclusivamente de iniciativas aisladas, garantizando continuidad asistencial y coherencia entre intervenciones (Consejo General de la Psicología de España, 2015).

En este proceso, el profesional de los social tiene un papel determinante al identificar señales de alarma, coordinar y acompañar el proceso de derivación, y asegurar que la atención sea culturalmente sensible. Esto es relevante en casos de TEPT, depresión o ansiedad, que son los diagnósticos más frecuentes entre personas refugiadas (Quevedo Peña, 2021).

Por otro lado, la intervención comunitaria es otro ámbito central del trabajo social. En este contexto, el trabajador social desempeña un papel clave como mediador y generador de redes de apoyo.

El trabajo social actúa como nexo entre administraciones y recursos, creando redes de apoyo personalizadas. [...] A través de planes individualizados se detectan necesidades, se establecen objetivos realistas y se construyen estructuras más estables que aporten seguridad y bienestar emocional a las personas. (E3)

La participación en actividades educativas, laborales y socioculturales ha demostrado ser un factor protector contra el aislamiento y un elemento que contribuye significativamente a la mejora del bienestar emocional (García Santos, 2023; Ao et al., 2012). Las iniciativas comunitarias permiten que las personas refugiadas reconstruyan redes sociales, fortalezcan su autonomía y generen sentido de pertenencia.

En Madrid, por ejemplo, la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) desarrolla programas que combinan acompañamiento sociolaboral con actividades grupales orientadas a reforzar la integración. El trabajador social interviene promoviendo la participación, facilitando el acceso a actividades formativas o culturales y fomentando relaciones positivas entre la comunidad de acogida y la población refugiada. Este enfoque comunitario no solo mejora el bienestar subjetivo, sino que contribuye a la reconstrucción de un proyecto vital que ha sido interrumpido por la violencia o la persecución.

La red de recursos en España integra servicios públicos y entidades del tercer sector que trabajan específicamente con población solicitante de protección internacional y con traumas complejos. Además del Sistema de Acogida, destacan organizaciones como CEAR, Cruz Roja, ACCEM o la Fundación Exilio, que ofrecen acompañamiento jurídico, social y psicológico.

Muchos de estos programas incluyen intervenciones basadas en la evidencia, como EMDR, Terapia Narrativa de Exposición (NET) y Terapia Cognitivo-Conductual adaptada culturalmente, todas ellas eficaces con población refugiada (Nickerson et al., 2011). Por su parte, el Sistema Nacional de Salud garantiza el acceso universal a los centros de salud mental, siguiendo la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (2022).

En conclusión, la intervención del trabajador/a social con personas solicitantes de protección internacional y con necesidades de salud mental implica una actuación compleja, multidimensional y profundamente humana. No solo contribuye a mejorar el bienestar emocional, sino que garantiza condiciones para el ejercicio efectivo de derechos y facilita la recuperación de la autonomía personal. La evidencia actual confirma que una intervención culturalmente competente, interdisciplinar y basada en derechos es esencial para favorecer la resiliencia y la reconstrucción del proyecto vital de las personas que han debido huir de sus países en busca de protección.

5. CONCLUSIONES

La realización de este Trabajo de Fin de Grado me ha permitido mirar la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional desde una perspectiva mucho más amplia y realista. A lo largo del trabajo he podido comprobar que el malestar psicológico que presentan muchas de estas personas no puede entenderse solo desde lo individual, sino que está profundamente relacionado con el contexto social, administrativo y político en el que se encuentran. En este sentido, se confirma la hipótesis de partida que señalaba la influencia desigual de los factores sociales, culturales y estructurales en la salud mental de esta población, variando en función de las experiencias previas y las circunstancias personales de cada individuo.

Uno de los aprendizajes más importantes ha sido entender que el sufrimiento emocional no se detiene con la llegada al país de acogida. Aunque las experiencias vividas en el país de origen y durante el trayecto migratorio son determinantes, el propio proceso de acogida y el funcionamiento del sistema de asilo influyen de manera directa en cómo las

personas se sienten y afrontan su día a día. La migración forzada implica dejar atrás familia, cultura, relaciones, roles y proyectos de vida, lo que sitúa a muchas personas en un proceso de duelo continuo que no siempre es visible ni reconocido dentro de los dispositivos de atención. Esta realidad respalda la hipótesis que reflejaba que una parte importante del malestar emocional permanece oculto o no se expresa de manera explícita, lo que dificulta su identificación y abordaje temprano por parte de los servicios sociales.

Resulta especialmente evidente el impacto que tiene la incertidumbre administrativa en el bienestar emocional. Las esperas prolongadas, la dificultad para acceder al empleo, la falta de información clara y el miedo constante a una posible denegación generan una sensación de inestabilidad que se mantiene en el tiempo. Esta situación provoca altos niveles de ansiedad y dificulta enormemente los procesos de adaptación, incluso en personas que inicialmente mostraban una buena capacidad de afrontamiento. Desde esta perspectiva, el propio sistema de acogida, que debería funcionar como elemento protector, acaba convirtiéndose en un factor que refuerza el malestar psicológico en lugar de aliviarlo, confirmando así el peso de los factores estructurales en la salud mental de esta población.

También he podido observar que existen numerosas barreras para acceder a un apoyo psicosocial adecuado. La saturación de los recursos públicos, las largas listas de espera tanto en la tramitación administrativa como en el acceso a recursos de salud hacen que, en muchos casos, el malestar no se detecte a tiempo o no se acompañe de forma continuada.

Como consecuencias, muchas personas aprenden a soportar su sufrimiento hasta que la situación resulta insostenible, interviniendo únicamente cuando el problema se ha agravado.

Todo ello pone de relieve la existencia de obstáculos persistentes que limitan el acceso a los servicios de salud mental, relacionados tanto con barreras lingüísticas como con el desconocimiento de los recursos disponibles y las propias limitaciones del sistema.

Además, el diseño rígido del itinerario de acogida no siempre se ajusta a los tiempos reales que requieren los procesos de recuperación emocional, especialmente en situaciones de mayor vulnerabilidad.

En este contexto, el Trabajo Social aparece como una figura clave en la atención a las personas solicitantes de asilo. Los profesionales entrevistados no coinciden en que el/la trabajadora social deba ser la principal referencia, acompañando a la personas en un sistema complejo y facilitando el acceso a recursos, derechos y apoyos. No obstante, del análisis realizado se desprende que este rol se ve claramente condicionado por la sobrecarga de trabajo, la presión administrativa y la complejidad de las situaciones atendidas, lo que reduce las posibilidades de llevar a cabo un acompañamiento psicosocial continuado y de calidad. Esta realidad limita el margen de intervención y dificulta una atención verdaderamente centrada en la personas y en sus procesos emocionales.

Del mismo modo, este trabajo también pone en valor la importancia de las redes comunitarias y de las entidades del tercer sector. El trabajo en red resulta fundamental para poder ofrecer una atención más integral, ya que ninguna institución puede cubrir por sí sola todas las necesidades que presenta esta población. No obstante, también se observa que muchas de estas iniciativas dependen de recursos limitados y proyectos temporales que luego posiblemente cerrarán, lo que dificulta la continuidad de los procesos de acompañamiento y genera una atención inestable que no siempre permite consolidar los avances logrados.

En definitiva, este trabajo me ha llevado a reflexionar sobre la necesidad de repensar el sistema de acogida desde una mirada más humana y ajustada a las realidad de estas personas. La atención a la salud mental requiere de tiempo, de cualificación, estabilidad y un acompañamiento que evoluciona, que vaya más allá de la gestión de trámites. Desde el Trabajo Social, considero fundamental reforzar el papel del acompañamiento psicosocial y la defensa de derechos, así como tener una mayor presencia en la mejora de las políticas públicas como agentes transformadores y que trabajamos con la ciudadanía.

Todo ello con el objetivo de construir procesos de acogida más justos, que cubren realmente las necesidades de la población, que apuesten por la salud y el bienestar de forma integral y que sean dignos, no discriminatorios y, sobre todo, respetuosos y humanos con las personas a las que van dirigidos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J.(2000). Los duelos de la migración. *Jano. Psiquiatría y humanidades*, 2.
- Achotegi, J. (2002) *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Editorial Mayo.
- Achotegi, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, 5 (2), 39-53.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-172.
- Achotegi, J. (2012). La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Revista Temas de Psicoanálisis*, 3, 1-16.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (1951). *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*. Naciones Unidas.
- Ali, Y., Hussein, R., Mostafa, N., & Manzour, A. (2024). Factors associated with acculturative stress among international medical students in an Egyptian university. *BMC Medical Education*, 24, Article 112.
- Aruj, R. S. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de Población*, 14(55), 95-116.
- Bada Aínsa, J. L., & Bada Jaime, R. M. (1996). Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en el Estado español. *FMC*, 3, 277-278.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-68.
- Bowlby-West, L. (1983). The impact of death on the family system. *Journal of family therapy*, 5(3), 279-294.
- Brink, P., & Saunders, J. (1977). Aspects of transcultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 130, 502-510

- Calvo, V. G. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, (7), 77-97.
- Carling, J., & Collins, F. (2017). Aspiration, desire and drivers of migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44, 909 - 926.
- Castaldi, L. (2011). Procesos migratorios en un mundo globalizado. *Psicoperspectivas*, 10(1), 1-6.
- Castelli, F. (2018). Drivers of migration: *Why do people move?* *Journal of Travel Medicine*, 25(1).
- Castles, S. (2003). La política internacional de la migración forzada. *Migración y Desarrollo*, (1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66000106>
- Castles, S. (2004). The factors that make and unmake migration policies. *International Migration Review*, 38(3), 852-884.
- Cervantes, R. C., Salgado de Snyder, V. M., & Padilla, A. (1989). Posttraumatic stress in immigrants for Central America and Mexico. *Hospital & Community Psychiatry*, 40, 615-619.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*, 29 (3), 307-315.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (s.f.). *Situación de las personas refugiadas*. <https://www.cear.es/situacion-refugiados/>
- Cuestas, F. (2011). *Sobre locura y emigración en el mundo globalizado*. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10(1), 21-45.
- De La Vega, I. (2014). Tráfico pesado de venezolanos cualificados hacia múltiples destinos. En R. Peralta, C. Lares & F. Kerdel (Eds.), *Diáspora del talento, migración y educación en Venezuela: Análisis y propuestas* (pp. 57-88).
- Engel, G. L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua, y rituales. *Perspectivas Sistémicas*, 69.

- Freud, S. (1974). *Duelo y melancolía*. Biblioteca Nueva.
- Fuertes, C., & Laso, M. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Canales del sistema sanitario de Navarra*, 29, 9-25.
- Gabrielli, L., Garcés-Mascareñas, B., & Ribera-Almandoz, O. (2021). Between discipline and neglect: the regulation of asylum accommodation in Spain. *Journal of Refugee Studies*.
- Garcés-Mascareñas, B., & Pasetti, F. (2019). ¿A más solicitudes de asilo igual recepción? El sistema estatal de acogida en España desde 2015. *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 114-126.
- García Campayo, J., & Sanz-Carrillo, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118, 187-191.
- Gil-Bazo, M. (2015). Asylum as a general principle of international law. *International Journal of Refugee Law*, 27, 3-28.
- Godino, A., & Barrientos, D. (2024). Governance and obstacles in the reception and social and labour integration of asylum seekers in Spain. *Oñati Socio-Legal Series*.
- Goodwin-Gill, G., & McAdam, J. (2007). *The Refugee in International Law*. Oxford University Press.
- Goodwin-Gill, G., & Newland, K. (2003). Forced Migration and International Law. En T. Aleinikoff & V. Chetail (Eds.), *Migration and international legal norms* (pp. 123-136). T. M. C. Asser Press.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1996). *Migración y exilio*. Biblioteca Nueva
- Hernández-Holguín, D. (2020). Conceptual perspectives in mental health and their implications in the context of achieving peace in Colombia. *Ciencia & saude coletiva*, 25(3), 929-942 .
- Iglesias, J., Bermejo, R., & Bazaga, I. (2024). Beyond the asylum-applications growth. The limits of the Spanish refugee reception program. *International Migration*, 62(5), 1017-1033.

- Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, 18(Supl.1), 207–213.
- Jansà JM, Borrell C. (2002). Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Atención Primaria* 29, 466-468.
- Katsarski, N. (2019). Factors determining migration of the population. *Knowledge International Journal*, 30(6), 1729-1733.
- Klein, E. (2023). *Migration and public international law*. Vectors of social sciences.
- Koo, K., Baker, I., & Yoon, J. (2021). The First Year Acculturation: A Longitudinal Study on Acculturative Stress and Adjustment among the First Year International College Students. *Journal of International Students*, 11(2), 278-297.
- Le, T., & Huyen-Nguyen, T. (2024). Stressors and Solutions: A Preliminary Examination of Acculturative Stress among International Students. *Journal of Comparative & International Higher Education*, 16(1).
- Leadbeater, B., Dodgen, D., & Solarz, A. (2005). The resilience revolution: A paradigm shift for research and policy. En R. D. Peters, B. Leadbeater & R. J. McMahon (Eds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy*, (pp. 47-63). Springer
- Lerías, D., Ziaian, T., Miller, E., Arthur, N., Augoustinos, M., & Pir, T. (2024). *The Role of Acculturative Stress on the Mental Health of Immigrant Youth: A Scoping Literature Review*. *Community Mental Health Journal*, 61, 462 - 491.
- Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Aguilar-Sizer, M., Pacheco, A., Árias-Medina, P. (2019). Aproximación a un modelo de bienestar en adultos ecuatorianos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(51).
- Mangado, E. O., Muelas, N. V., & Suárez, M. L. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*, 205 (3), 116-118
- Martínez, M. F., & García, J. M. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del psicólogo*, 39(2), 96-103.

- Martínez, M. F., Sánchez, V. & Martínez. J. (2017). Crisis económica, salud e intervención psicosocial en España. *Apuntes de Psicología*, 35, 5-24.
- Niño, M. V. (2020). Salud y duelo en el proceso migratorio. *ESAMEC. Education Journal: Health, Environment and Citizenship*, (1), 47-55.
<https://revistascientificas.us.es/index.php/esamec/article/view/11739>.
- Olmeda, B. (2019). Las víctimas de trata en España: el sistema de acogida de protección internacional. *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 144-166.
- Organización Internacional del Trabajo. (2010). *Las migraciones como factor de desarrollo: El caso de África Septentrional y Occidental*. Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2018*. OIM.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2024). *Fundamentos de la migración*
<https://www.iom.int/es/fundamentos-de-la-migracion>
- Pangrazzi, A. (1993). *Experiencias de crecimiento: el duelo*. CENCAPAS.
- Pérez, M., Cano, J., Alonso-Palacio, L., & Chacón-Andrade, E. (2021). Abordaje de problemas de salud mental durante situaciones de crisis sanitaria. *Salud Uninorte*, 37(2), 257-276.
- Ramos, J. (2020). The right to liberty of asylum-seekers and the European Court of Human Rights in the aftermath of the 2015 refugee crisis. *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, (39), 1-10.
- Rodríguez, A., González, E., & Herrero, M. (1999). Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria. *Medicina Clínica*, 113, 556-557
- Rodríguez-García-De-Cortázar, A., Ruiz-Azarola, A., Leralta-Piñán, O., Jiménez-Pernett, J., & Oleaga-Usategui, J. (2018). Public Health for migrants and refugees in Europe. *Gaceta sanitaria*, 32 (2), 111-113.

- Romero Cruzat, B., & Bustos Bustos, F. (2020). Desplazamiento forzado como resultado del cambio climático: Un desafío para el derecho internacional de los refugiados. *Revista de Derecho Ambiental*, (14) , 257-284.
- Sampaio, M., & Júnior, J. (2021). Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. *BMC Public Health*, 21, Article 1934.
- Singhammer, J., & Bancila, D. (2011). Associations between stressful events and self-reported mental health problems among non-western immigrants in Denmark. *Journal of Immigrant Minority Health*, 13, 371-378.
- Sluzki, C. (1979). *Migración y conflicto familiar*. *Family Process* 18, 87-106.
- Supriyadi, S. (2022). International refugees in the protection of human rights: A discourse of international humanitarian law and human rights law. *International Law Discourse in Southeast Asia*, 1(1), 43-64.
- Surmanidze, M. (2023). *Causing factors of migration and human rights*. Vectors of social sciences.
- Tizón, J. (1993) *Migraciones y Salud mental*. Promociones y publicaciones Universitarias.
- Turton, D. (2003). *Conceptualising forced migration* (Working Paper Series No. 12). Refugee Studies Center, University of Oxford.
- Urbański, M. (2022). Comparing Push and Pull Factors Affecting Migration. *Economies*, 10(1), 21.
- Vall Combelles, O., García Pérez, J., Puig C. (2001). La inmigración y su repercusión sanitaria: Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatría Integral*, 6, 42-50.
- Vega Pascual, M. J. (1996). Fases de la intervención social con refugiados. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 4, 155-181.
- Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Barataria : Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 155-168.

7. DECLARACIÓN DE USO DE GENERATIVA

Consensus: utilizado como recursos auxiliares para la localización, selección y síntesis inicial de literatura científica importante para el marco teórico, permitiendo identificar estudios académicos pertinentes.

Microsoft Copilot: empleado como apoyo en la edición y revisión asistida del texto, abarcando aspectos como la corrección gramatical, ortográfica y de puntuación, así como la mejora de la coherencia expositiva y legibilidad. Asimismo, se utilizó como recurso auxiliar en la revisión formal de las referencias bibliográficas, sin modificar el contenido de las fuentes ni generar citas no verificadas.

8. ANEXOS

1. Anexo I. GUIONES DE ENTREVISTA

Guión 1: Dirigida a → Trabajadores Sociales en el ámbito de protección internacional y salud mental.

1. Desde tu experiencia, ¿qué papel consideras que realizan los trabajadores sociales en la atención a personas solicitantes de refugio en relación con su bienestar emocional, su salud mental y el apoyo psicosocial? ¿Y qué otros papeles crees que podrían o deberían desempeñar?

2. ¿Qué papel juegan los apoyos institucionales, comunitarios y de entidades del tercer sector en el bienestar emocional, la salud mental y el apoyo psicosocial de las personas solicitantes de refugio, y en qué medida consideras que son importantes?

3. ¿Cómo influye, según tu experiencia, el estado de salud mental de las personas solicitantes de refugio en su proceso de adaptación y en la gestión del proceso migratorio?

4. ¿De qué manera el proceso de asilo y las condiciones del sistema de acogida impactan en el bienestar psicosocial de las personas solicitantes de refugio?

5. Desde tu perspectiva, ¿Cuáles son las principales barreras que dificultan que estas personas puedan recibir apoyo psicosocial o tratamiento de salud mental cuando lo necesitan?

Guión 2: Dirigido a → Trabajador Social experto en duelo

1. ¿Qué es para ti el duelo migratorio? ¿Cómo lo definirías?

2. ¿Cómo crees que afectan las pérdidas en el bienestar de estas personas o en su día a día?

3. ¿En qué momento el duelo deja de ser algo “normal”, una simple pérdida, a pasar a ser un problema grave de salud mental?

4. Desde la perspectiva de Trabajador Social ¿Qué estrategias, herramientas etc realmente ayudan a que una persona lleve mejor el proceso de duelo?

5. ¿Cómo crees que los servicios sociales y los recursos que existen actualmente están preparados para atender ese duelo?

Guión 3: Dirigido a → Psicóloga especializado en atención a personas refugiadas

1. ¿Una vez que realizan su proceso migratorio, cómo gestionar emocionalmente la primera entrada en el sistema de protección internacional?

2. ¿Qué indicadores psicológicos tempranos alertan de un proceso de adaptación migratoria desadaptativo?

3. ¿Cuáles son los trastornos de salud mental más relevantes en este tipo de población y cómo se manifiestan?

4. ¿Qué mecanismos de afrontamiento suelen aparecer en la fase de adaptación?

5. ¿Cómo influye, según tu experiencia, el estado de salud mental de las personas solicitantes de refugio en su proceso de adaptación y en la gestión del proceso migratorio?

6. ¿Qué barreras dificultan el acceso para recibir el apoyo psicosocial? ¿Y cuando la patología es más grave que barreras identificadas para que la persona pueda recibir el tratamiento?

7. ¿Qué papel juegan los apoyos institucionales, comunitarios y de entidades del tercer sector en el bienestar emocional, la salud mental y el apoyo psicosocial de las personas solicitantes de refugio, y en qué medida consideras que son importantes?

8. Desde tu experiencia, ¿qué papel consideras que realizan los trabajadores sociales en la atención a personas solicitantes de refugio en relación con su bienestar emocional, su salud mental y el apoyo psicosocial? ¿Y qué otros papeles crees que podrían o deberían desempeñar?

2. Anexo II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD

A continuación, el guión de consentimiento informado que firmaron todos los participantes profesionales y el compromiso de confidencialidad.

I. PRESENTACIÓN

El Trabajo Fin de Grado en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Comillas tiene como objetivo mostrar el dominio suficiente de las competencias adquiridas durante toda la etapa formativa del Grado en Trabajo Social.. Se realiza durante el 5º curso, y es tutorizado por profesorado del Grado.

El Trabajo Fin de Grado para cuya realización se solicita la colaboración en las entrevistas es realizado por la estudiante Alejandra Rodríguez Robleño y tutorizado por el profesor Daniel Gil, de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Comillas. El título del trabajo es: La salud mental en personas solicitantes de protección internacional: análisis del rol del Trabajador Social.

El trabajo se propone analizar los factores que afectan la salud mental de las personas solicitantes de protección internacional en España, así como el papel y los desafíos del Trabajo Social en la atención psicosocial, con el fin de identificar respuestas adecuadas a sus necesidades emocionales y sociales. Se trata de un estudio cualitativo, que utilizará como principal técnica de recogida de información son entrevistas con una muestra de mujeres y hombres con diferentes años de experiencia profesional y en diferentes funciones y escalas jerárquicas.

Las entrevistas podrán ser presenciales u online, tendrán una duración aproximada de alrededor de 20-30 minutos, y se pedirá el consentimiento también para ser grabadas.

El resultado de las entrevistas será anónima y tu participación es voluntaria. Aunque la hayas iniciado, puedes renunciar a continuarla en cualquier momento. Todos/as los participantes tendréis asignado un código y no se recogerá nombre, apellidos ni cualquier otra información que permita tu identificación, garantizando totalmente la confidencialidad. La información que se obtenga de tus respuestas no se utilizará con ningún otro fin distinto del explicitado en los objetivos del trabajo fin de grado, siendo tratada de manera confidencial bajo la responsabilidad de la estudiante y su tutora.

Cuando el Trabajo Fin de Grado es calificado con una nota de 8 o superior, el estudiante puede acceder a que forme parte del repositorio institucional de la Universidad de Comillas, cumpliendo éste todas las garantías legales establecidas.

Podrás dirigirte en cualquier momento a la tutora del trabajo fin de grado, para resolver dudas o ejercer los derechos que reconoce la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Para ello, puedes contactar en el siguiente correo electrónico: dgmartorell@comillas.edu.

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO QUE:

He recibido información sobre los objetivos y contenido del Trabajo Fin de Grado “La salud mental en personas solicitantes de protección internacional: análisis del rol del Trabajador Social” para el que se solicita mi participación.

He entendido su significado, se me ha informado/a de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos en cuanto a la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías tomadas en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Mi colaboración en esta investigación es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento, sin dar explicaciones, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. No proporcionaré nombre o apellidos ni ningún otro dato que permita mi identificación.

Por todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO A:

- Participar en las entrevistas, que serán grabadas.
- Que la estudiante responsable de realizar este trabajo, así como el tutor de este, gestionen la información que se genere en el contexto de su realización. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en el Reglamento General de Protección de Datos y en la ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y normativa complementaria.

- Que la estudiante responsable de realizar este trabajo, así como el tutor de este, conserven todos los registros efectuados con la información aportada por mí, con las garantías y los términos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recogidos.

FDO PARTICIPANTE:

Madrid,

de 2026.

3. Anexo III. TRANSCRIPCIONES DE LAS ENTREVISTAS

https://docs.google.com/document/d/1DheGcURniAEGZIV10U25_5MNJxRoG29kII9sfeYMO_U/edit?usp=sharing