



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2025-26

Convocatoria de Junio 2026

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Propuesta de intervención psicológica en solicitantes de asilo
provenientes de contextos bélicos: reducción de síntomas de TEPT
asociados a factores postmigratorios

Autor/a: Meryem Rachedi Fernández

Tutor/a: Lidia Pamies Aubalat

COIR nº: TFG.GPS.LPA.MRF.260303

Elche, a 5 de junio de 2026

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Justificación.....	4
3. Método.....	8
3.1. Objetivos.....	8
3.2. Población diana.....	8
3.3. Descripción de la intervención.....	9
3.4. Procedimiento.....	9
3.5. Descripción y temporalización de las sesiones.....	10
3.6. Materiales.....	25
3.7. Evaluación de la intervención.....	26
4. Discusión.....	29
5. Referencias.....	32
6. Anexos.....	37
Anexo I. Consentimiento informado.....	37
Anexo II. Tríptico informativo del programa.....	39
Anexo III. Cuestionario Ad Hoc de evaluación de la intervención.....	40
Anexo IV. Formulario de asistencia a la intervención.....	44

1. Resumen

El desplazamiento forzado derivado de conflictos bélicos constituye un importante problema de salud mental, ya que las personas solicitantes de asilo presentan una elevada exposición a experiencias traumáticas y estresores postmigratorios que incrementan el riesgo de desarrollar sintomatología asociada al trauma. Ante esta problemática, el presente Trabajo de Fin de Grado propone una intervención psicológica grupal con enfoque psicosocial dirigida a personas adultas solicitantes de asilo provenientes de contextos bélicos. El objetivo general consiste en reducir la sintomatología asociada al trauma mediante el fortalecimiento de recursos personales y sociales. De forma específica, se pretende mejorar la regulación emocional, fomentar estrategias de afrontamiento adaptativas y potenciar el apoyo social y el sentido de pertenencia grupal. La intervención se estructura en seis sesiones grupales de carácter participativo y experiencial, incorporando dinámicas psicoeducativas, estrategias de regulación emocional y actividades orientadas al fortalecimiento interpersonal. En conclusión, esta propuesta da respuesta a la necesidad de desarrollar intervenciones psicosociales accesibles y culturalmente adaptadas que contribuyan al bienestar emocional y la integración social de las personas solicitantes de asilo.

Palabras clave: solicitantes de asilo, trauma, trastorno de estrés postraumático (TEPT), intervención psicosocial, regulación emocional.

Abstract

Forced displacement resulting from armed conflict constitutes a significant mental health problem, as asylum seekers are highly exposed to traumatic experiences and post-migration stressors that increase their risk of developing trauma-related symptoms. In response to this problem, this dissertation proposes a group psychological intervention with a psychosocial approach aimed at adult asylum seekers from conflict zones. The overall objective is to reduce trauma-related symptoms by strengthening personal and social resources. Specifically, it aims to improve emotional regulation, promote adaptive coping strategies, and enhance social support and a sense of group belonging. The intervention is structured in six participatory and experiential group sessions, incorporating psychoeducational activities, emotional regulation strategies, and activities focused on interpersonal strengthening. In conclusion, this proposal addresses the need to develop accessible and culturally appropriate psychosocial interventions that contribute to the emotional well-being and social integration of asylum seekers.

Key words: asylum seekers, trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD), psychosocial intervention, emotional regulation.



2. Justificación

En los últimos años, el aumento de los conflictos armados a escala mundial ha supuesto un significativo ascenso de desplazamientos forzados (ACNUR, 2025). Por lo que, es fundamental hacer una distinción entre los conceptos de migración voluntaria y forzada, dónde en esta última las personas abandonan su país de origen debido a situaciones de persecución, violencia o vulneración de derechos humanos (Steel et al., 2009). En esta clasificación se incluyen a los refugiados y a quienes solicitan asilo, considerando a estos últimos como aquellos que están en el proceso de espera de una respuesta a su demanda de protección internacional. Este suceso se enmarca dentro de la protección jurídica internacional que fue definida por la Convención de Ginebra de 1951 (Naciones Unidas, 1951), así como en los sistemas de asilo creados por los países de acogida.

Desde un punto de vista psicosocial, los solicitantes de asilo conforman un colectivo especialmente vulnerable a distintos riesgos, como consecuencia de la exposición a diversos factores adversos antes, durante y después del proceso migratorio (Porter y Haslam, 2005). La OMS señala que los refugiados y migrantes tienen una mayor susceptibilidad a padecer problemas de salud mental en comparación con la población general, como resultado de las experiencias que atraviesan durante todo su proceso migratorio (World Health Organization, 2018). Por ello, entender el impacto psicológico que surge de dichas experiencias y situaciones requiere de un enfoque que tenga en cuenta la duración y la complejidad del trauma ocasionado por el desplazamiento o por los acontecimientos vividos en el lugar de origen.

Diferentes estudios ponen de manifiesto que, los solicitantes de asilo han enfrentado numerosos sucesos de índole traumática de manera frecuente en varias etapas del proceso de migración (Steel et al., 2009). En primer lugar, los factores pre-migratorios abarcan el contacto directo con conflictos armados, violencia física y sexual, tortura y persecución por razones políticas o religiosas, además de la pérdida de seres queridos. Todas estas vivencias implican riesgos para su bienestar e integridad física y psicológica, creando una vulnerabilidad considerable. (Li et al., 2016).

Asimismo, debemos sumar a estas experiencias los factores peri-migratorios, que aluden a las experiencias vividas durante el viaje, como las travesías en condiciones adversas, la exposición a violencia en las rutas, las detenciones en los puntos fronterizos o la separación familiar.

No obstante, estudios recientes han revelado que no son únicamente los eventos traumáticos anteriores los que explican el malestar psicológico en esta población, sino que estos eventos postmigratorios toman un papel igual de significativo en la aparición y mantenimiento de la sintomatología (Gleeson et al., 2020, Hynie, 2018). Una vez llegados al país de acogida, surgen los que se conocen como factores postmigratorios, como la incertidumbre jurídica asociada al proceso de protección internacional, la larga duración de los procesos administrativos y burocráticos, la inestabilidad económica, la falta de vivienda propia y la ausencia de redes de apoyo social inmediatas pueden conformar un círculo vicioso de estrés crónico que al ser persistente en el tiempo puede interferir en la eliminación del miedo y favorecer el mantenimiento de síntomas asociados al trauma (Fazel et al., 2005). El modelo propuesto por Silove (1999) es de especial importancia en este contexto, ya que conceptualiza la salud mental de los refugiados como el resultado de la interacción entre las experiencias traumáticas previas y las dificultades actuales. Desde esta perspectiva el trauma no se comprende como un acontecimiento aislado sino más bien como un proceso donde los agentes contextuales actuales son cruciales para el desarrollo del malestar psicológico.

Una de las consecuencias más importantes de esta exposición continuada y acumulativa a eventos potencialmente traumáticos, como serían la violencia, la persecución, la pérdida de seres queridos, o las condiciones durante el proceso migratorio, es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Steel et al., 2005). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR), el TEPT se caracteriza por síntomas de reexperimentación del evento traumático, evitación de estímulos, alteraciones cognitivas y del estado del ánimo, e hiperactivación fisiológica que causan malestar clínicamente significativo e influyen en el funcionamiento diario del individuo (American Psychiatric Association, 2022). Estos cambios continuos en los sistemas de respuesta al estrés dificultan la habituación a un contexto de seguridad, al mantenerse activos los mecanismos y procedimientos de alarma y miedo (Echeburúa y Corral, 2007).

La prevalencia del TEPT en población refugiada y solicitante de asilo es significativamente mayor que en población general, lo que ejemplifica la importancia del problema en este grupo (Fazel, Wheeler y Danesh, 2005). De igual modo, este trastorno suele coexistir cursando comorbilidad con otros problemas psicológicos como la depresión o la ansiedad, lo que aumenta la dificultad de su correcto abordaje (Li, Liddell y Nickerson, 2016). Asimismo, las diferencias culturales en la manera de expresar el malestar puede complicar su detección clínica, lo que limita el uso de los recursos disponibles en cuanto a la salud mental se refiere (Kirmayer et al., 2011).

Aún así, más allá de la exposición a eventos traumáticos, la literatura enfatiza el papel primordial de los factores postmigratorios en el mantenimiento del TEPT. El término Post Migration Living Difficulties (PMLD), recoge la diversidad de condiciones adversas que experimentan las personas al llegar al país de acogida, tal y como se ha mencionado anteriormente (Schick et al., 2018). Estudios han encontrado una correlación significativa entre estas condiciones y una mayor gravedad de la sintomatología del TEPT, lo que sugiere que el contexto de su vida presente tiene un efecto directo sobre la continuidad del malestar psicológico (Nowak et al., 2023). Desde una perspectiva cognitivo-conductual, las creencias y opiniones negativas de uno mismo y el entorno y las conductas de evitación e hipervigilancia pueden verse reforzadas y mantenidas por estas condiciones. Por lo tanto, el estrés crónico resultante de los factores postmigratorios no interviene únicamente como consecuencia del trauma, sino que actúa de igual manera como un engranaje dinámico en su mantenimiento.

Con respecto a las intervenciones psicológicas centradas en el trauma, la literatura ha encontrado varios métodos efectivos para tratar el TEPT en población refugiada, entre las cuales se encuentran la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) (Nickerson et al., 2011), el EMDR (Chen et al., 2015) y la Narrative Exposure Therapy (NET) (Thomson et al., 2018). No obstante, el desarrollo de intervenciones grupales ha adquirido especial importancia en entornos de escasos recursos (Chauliac et al., 2025). Estas intervenciones suponen diversos beneficios en este grupo poblacional al permitir la atención a un mayor número de personas, donde se puede conformar una red de apoyo social y que resulta de gran importancia en condiciones de aislamiento. Además, la interacción entre individuos de un mismo grupo facilita la normalización del malestar y la validación emocional, que ayudan a disminuir los estigmas y mejorar la adaptación. Esta clase de intervenciones son consistentes con enfoques ecológicos que subrayan la importancia del contexto social en la recuperación psicológica (World Health Organization, 2018).

Sin embargo, aunque existan dichos avances, la literatura también menciona limitaciones importantes. Concretamente, muchas de estas intervenciones se enfocan en trabajar el trauma previo a la migración, incidiendo minoritariamente en las condiciones de vida actuales de las personas (Thomson et al., 2018). La ausencia de inclusión de los factores postmigratorios puede disminuir el efecto deseado de los programas, sobre todo si existe persistencia de estrés crónico en el entorno de acogida.

Por otro lado, y en relación con las variables relevantes para la confección y el diseño de las intervenciones psicológicas en población refugiada, la literatura identifica diversos factores

que influyen de manera significativa en la evolución del malestar y en la respuesta al tratamiento. De los cuales, destaca la importancia de la regulación emocional, la cual es considerada componente crucial en la disminución de los síntomas postraumáticos, facilitando la regulación de las respuestas intensas relacionadas al trauma (Cloitre et al., 2011). De igual manera, las estrategias de afrontamiento cuentan con gran evidencia, fundamentándose su relación con la adaptación y la evolución de los síntomas, más concretamente en entorno de estrés prolongado (Lazarus y Folkman, 1984).

Asimismo, el apoyo social también se ha consolidado como factor relevante en esta población, permitiendo la recuperación y atenuando el impacto del trauma y las adversidades postmigratorias (Schewitzer et al., 2006).

En este sentido, estudios realizados indican que la percepción de apoyo, el sentido de pertenencia y las relaciones interpersonales, influyen en la mejora del bienestar de manera directa (Miller y Rasmussen, 2010). De igual manera, variables como la presencia de eventos estresantes y las condiciones de vida tras la migración siguen manteniendo un papel clave en el desarrollo clínico, enfatizando la necesidad de intervenciones que aborden tanto factores contextuales como individuales (Miller y Rasmussen, 2010). Por lo que, la evidencia actual resalta que variables como la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y las condiciones postmigratorias no se asocian únicamente al desarrollo y mantenimiento de TEPT, sino que influyen de igual manera en la eficacia de las intervenciones dirigidas a esta población (Nickerson et al., 2011, Purgato et al., 2018).

A partir de lo expuesto, se expresa la necesidad de desarrollar intervenciones psicológicas que integren el abordaje del trauma con los factores postmigratorios. De esta manera, el presente trabajo propone el diseño de una intervención psicológica grupal dirigida a refugiados y solicitantes de asilo provenientes de contextos bélicos y dirigida a reducir los síntomas de TEPT mediante un enfoque que combina estrategias de regulación emocional, manejo del estrés y la consolidación de redes de apoyo social.

Esta propuesta se basa en un modelo cognitivo-conductual del trauma e incluye una perspectiva que permite la interacción entre variables individuales y contextuales. Asimismo, se propone la utilización de un formato grupal para la promoción del apoyo mutuo, la cohesión social y la mejora de recursos en contextos de acogida. Por consiguiente, las intervenciones no se reducen tan solo a la disminución sintomática, sino que buscan abordar los factores que influyen a su mantenimiento, dando una respuesta más adaptada a la complejidad de la experiencia migratoria.

3. Método

3.1. Objetivos

Objetivo general: Reducir la sintomatología asociada al trauma en solicitantes de asilo provenientes de contextos bélicos mediante una intervención psicológica grupal.

Objetivos específicos:

- Mejorar la capacidad de regulación emocional de los participantes, reduciendo la intensidad y frecuencia de respuestas emocionales desadaptativas asociadas al trauma.
- Disminuir la sintomatología postraumática de reexperimentación, evitación e hiperactivación en los participantes tras la intervención.
- Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento frente a situaciones de estrés relacionadas con la experiencia traumática.
- Potenciar la percepción de apoyo social y el sentido de pertenencia entre los participantes a través del formato grupal de la intervención y favoreciendo la participación activa.

3.2. Población diana

La intervención está dirigida a personas adultas solicitantes de asilo que provengan de contextos en guerra y que se encuentren en fase de acogida o en proceso de adaptación en el país de acogida. Este grupo poblacional está expuesto en su mayoría a múltiples experiencias traumáticas, las cuales se asocian con la aparición de sintomatología relacionada con el trauma, incluyendo altos niveles de estrés y dificultades y alteraciones en la regulación emocional y el funcionamiento diario (Fazel et al., 2005).

Como criterios de inclusión, se tendrá en cuenta la participación de personas mayores de 18 años que presenten malestar psicológico asociados a eventos traumáticos, sin necesidad de un diagnóstico clínico. Este criterio resulta coherente con el enfoque psicosocial de la intervención, orientado a la reducción de sintomatología asociada al trauma y al fortalecimiento de recursos personales y sociales, más que al tratamiento clínico especializado del trastorno. Por otro lado, como criterios de exclusión, se contemplarán casos que presenten sintomatología severa o indicadores de descompensación psicológica que requieran atención clínica especializada e individualizada.

En dichas situaciones, se recomendará la derivación a servicios concretos de salud mental con el fin de garantizar una atención adecuada a las necesidades del individuo.

3.3. Descripción de la intervención

La presente intervención se engloba dentro de un enfoque psicosocial orientado a la reducción de la sintomatología asociada a la vivencia de experiencias traumáticas en solicitantes de asilo provenientes de contextos bélicos. A diferencia de los modelos clínicos centrados en el tratamiento del TEPT, este programa se enfoca en la mejora del bienestar psicológico a través del refuerzo de recursos personales, como podrían ser las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y el apoyo social, las cuales han demostrado influir en el malestar psicológico al igual que en la respuesta a la intervención en este grupo poblacional (Purgato et al., 2018).

La intervención se llevará a cabo en formato grupal, con grupos reducidos de entre seis y siete personas, lo que facilita la participación activa, la cohesión grupal y la creación de redes de apoyo. Este formato es especialmente relevante en contextos donde los recursos son limitados, como ocurre en población refugiada, posibilitando ampliar el alcance de atención psicológica y facilitando procesos de apoyo mutuo (Dawson et al., 2015).

Asimismo, el programa constará de seis sesiones de carácter semanal, con una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos. Se estructura en bloques que abordan de manera progresiva, la creación de un espacio seguro, el desarrollo de habilidades de regulación emocional, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y el fortalecimiento de apoyo social. Esta estructura resulta coherente con las intervenciones en contextos de trauma, donde prima la estabilización emocional antes de trabajar con estrategias más complejas (Cloitre et al., 2012).

Por consiguiente, la intervención toma un enfoque participativo y experiencial, incluyendo actividades prácticas, elementos lúdicos y dinámicas grupales diseñadas para facilitar el aprendizaje. Esta metodología ha mostrado ser de utilidad en contextos interculturales, ya que permite la implicación activa de los participantes y permite adaptar los contenidos a distintos niveles educativos y lingüísticos (Miller y Rasmussen, 2010).

3.4. Procedimiento

La intervención se llevará a cabo en los recursos de acogida y entidades especializadas en atención a solicitantes de asilo y personas refugiadas. La captación de participantes se realizará en colaboración con los profesionales de dichas entidades, quienes informarán sobre la posibilidad de participar voluntariamente en el programa.

Antes del inicio de la intervención, se realizará una sesión informativa donde se explicará a los participantes los objetivos, la estructura, las características de las actividades y el funcionamiento de la intervención. Con el objetivo de garantizar la comprensión de la información proporcionada, se empleará un lenguaje adaptado y, en caso necesario, se contará con el apoyo de traducción. Asimismo, se entregará un tríptico informativo elaborado específicamente para el programa, donde se recogerá de manera breve y accesible las características y contenidos de la intervención.

Posteriormente, se solicitará la firma del consentimiento informado, procurando en todo momento la confidencialidad y el cumplimiento de los principios éticos relacionados con la intervención psicológica y la participación voluntaria.

Tras esta fase inicial, se llevará a cabo una evaluación pre-intervención mediante la administración de los instrumentos seleccionados para dicho efecto. Una vez finalizada la evaluación inicial, dará comienzo el programa grupal, que se desarrollará de manera progresiva y estructurada, comenzando por la cohesión grupal y el establecimiento de un clima de confianza, seguida del entrenamiento en regulación emocional, estrategias de afrontamiento y fortalecimiento del apoyo social.

Al finalizar el programa, se realizará una evaluación postintervención, usando los mismos instrumentos que en la pre-intervención con el objetivo de valorar posibles cambios en las variables estudiadas y conocer la percepción de los participantes respecto a la intervención realizada.

3.5. Descripción y temporalización de las sesiones

El programa se divide en diez sesiones, con carácter semanal, organizadas en cuatro bloques. En primer lugar, se prioriza la creación de un espacio seguro a través de dinámicas de presentación y establecimiento de normas, lo que facilitará la participación y adherencia. En una segunda fase, se introducen contenidos sobre el estrés y las respuestas asociadas al trauma, usando actividades donde los participantes comprendan y normalicen sus reacciones. La psicoeducación ha demostrado disminuir la incertidumbre y mejorar la percepción de control sobre los síntomas (Nickerson et al., 2011).

Posteriormente, se desarrollan sesiones enfocadas en la regulación emocional, mediante la utilización de dinámicas emocionales, escalas visuales y técnicas de respiración. Estas

estrategias son eficaces en la reducción de la activación fisiológica y en la mejora del control emocional (Cloitre et al., 2012)

A continuación, se trabaja el entrenamiento en estrategias de afrontamiento con actividades como el análisis de situaciones, el role-play y la resolución de problemas. A través de estas dinámicas se podrá ensayar la respuesta adaptativa y mejorar la autoeficacia, que son factores cruciales en la adaptación psicológica (Lazarus y Folkman, 1984).

Finalmente, las últimas sesiones se enfocan en el fortalecimiento del apoyo social mediante dinámicas de cooperación y de reflexión grupal que favorezcan la creación de vínculos y el sentido de pertenencia.

Las sesiones se dividirán en 4 bloques, tal y como se muestra en la tabla:

Tabla 1. Estructura general de la intervención

Bloque	Sesiones	Objetivo Principal
Bloque 1	1-2	Seguridad y cohesión grupal
Bloque 2	3-4	Afrontamiento y regulación emocional
Bloque 3	5	Potenciar apoyo social y sentido de pertenencia
Bloque 4	6	Consolidación de recursos

Asimismo, se realizará una sesión previa a la intervención tal y como se muestra en la tabla 2:

Tabla 2. Estructura de la sesión pre-intervención

Evaluación inicial (pre-intervención)	
Objetivo principal	Recoger información inicial sobre las variables de estudio y explicar la estructura y funcionamiento general del programa.
Duración	45 - 60 minutos
Materiales	PCL-5, DERS, Brief COPE, MSPSS, consentimiento informado (<i>Anexo I</i>), tríptico informativo del programa.
Desarrollo	Aplicar a los participantes los cuestionarios pre-test, explicando de manera general el procedimiento. Además, se realizará la entrega del tríptico informativo (<i>Anexo II</i>) y se pedirá la firma del consentimiento informado.
Finalidad	Evaluar la sintomatología asociada al trauma, la regulación emocional, el afrontamiento y el apoyo social. Así como familiarizar a los participantes con la intervención.

Tabla 3. Desarrollo de la sesión 1

Sesión 1. Presentación y creación de un espacio seguro	
Objetivo específico del programa	Potenciar la percepción de apoyo social y el sentido de pertenencia.
Objetivo de la sesión	Favorecer la creación de un clima grupal seguro y de confianza, facilitando la cohesión grupal entre los participantes y promoviendo la participación activa.
VARIABLES TRABAJADAS	- Apoyo social - Sentido de pertenencia - Seguridad

Actividad 1	
Duración	20 minutos
Desarrollo	Cada participante deberá escoger un objeto que se encuentre en la sala o representarlo mediante un dibujo en una tarjeta. Después, explicará brevemente por qué ha escogido dicho objeto y qué representa para él o ella en ese momento de su vida. La participación será voluntaria y se respetará el ritmo individual de cada participante, evitando preguntas incómodas.
Finalidad	Facilitar una primera aproximación interpersonal sin necesidad de revelar información sensible, favoreciendo la creación de vínculos iniciales y disminuyendo la ansiedad asociada a la exposición grupal.
Actividad 2	
Duración	20 minutos
Desarrollo	Los propios participantes establecerán normas que consideren importantes para que el grupo funcione como un espacio seguro y respetuoso. El profesional irá anotando las propuestas hasta construir conjuntamente un acuerdo grupal. Entre las normas se fomentarán características como: - Respeto de turnos - Confidencialidad - Libertad para participar - No juzgar - Posibilidad de abandonar temporalmente una actividad si surgen sentimientos de incomodidad
Finalidad	Creación grupal de normas que favorezcan la sensación de seguridad, control y participación activa.
Actividad 3	

Duración	25 minutos
Desarrollo	Los participantes formarán un círculo. Una persona cogerá el extremo del ovillo de lana y compartirá una fortaleza o recurso personal que le haya ayudado a afrontar dificultades en algún momento de su vida. Posteriormente, lanzará el ovillo a otro compañero manteniendo sujeto el hilo. La dinámica seguirá hasta que se forme una red visible entre todos los miembros del grupo.
Finalidad	Reforzar la percepción de conexión grupal y favorecer la identificación de recursos personales y grupales, promoviendo el sentido de pertenencia y apoyo.
Cierre de la sesión	
Duración	Desarrollo
10 minutos	Se hará una ronda final donde cada participante podrá expresar como se ha sentido durante las actividades de la sesión, usando una palabra, un color o una imagen. Asimismo, se explicará brevemente el contenido de la siguiente sesión para favorecer la sensación de seguridad.

Tabla 4. Desarrollo de la sesión 2

Sesión 2. Comprensión del trauma e identificación emocional	
Objetivo específico del programa	Disminuir la sintomatología postraumática y mejorar la regulación emocional.
Objetivo de la sesión	Favorecer la comprensión y normalización de las respuestas emocionales, cognitivas y fisiológicas asociadas a experiencias traumáticas y situaciones de estrés prolongado, promoviendo además la identificación emocional y una mayor percepción de control sobre el malestar.
Variables trabajadas	- Regulación emocional. - Conciencia emocional. - Comprensión del malestar asociado al trauma. - Reducción de incertidumbre y autoestigmatización.
Actividad 1	
Duración	20 minutos
Desarrollo	Cada participante recibirá una silueta corporal donde deberá señalar aquellas partes del cuerpo donde suele notar el estrés o el malestar emocional cuando atraviesa situaciones difíciles. Posteriormente, de manera voluntaria, se realizará una breve puesta en común grupal donde podrán compartirse algunas de las sensaciones identificadas, tales como: - Tensión muscular - Dificultades respiratorias - Sensación de alerta - Cansancio - Presión corporal El profesional explicará posteriormente cómo las experiencias altamente estresantes o traumáticas pueden generar respuestas

	físicas, emocionales y cognitivas automáticas relacionadas con los sistemas de supervivencia del organismo.
Finalidad	Favorecer la identificación de señales corporales asociadas al estrés y normalizar determinadas respuestas emocionales y fisiológicas frecuentes tras experiencias adversas.
Actividad 2	
Duración	30 minutos
Desarrollo	El profesional explicará de manera adaptada y accesible algunas respuestas habituales relacionadas con experiencias traumáticas y estrés prolongado, incluyendo: - Hipervigilancia - Irritabilidad - Dificultades para dormir - Evitación - Pensamientos intrusivos - Dificultades de concentración - Respuestas intensas de miedo o alerta La explicación se realizará utilizando ejemplos cotidianos, recursos visuales y lenguaje sencillo, evitando terminología excesivamente clínica. Asimismo, se fomentará la participación grupal mediante preguntas abiertas dirigidas a reflexionar sobre cómo cada persona experimenta el malestar emocional o físico en situaciones de estrés. En ningún momento será necesario compartir experiencias traumáticas concretas.
Finalidad	Reducir mediante psicoeducación la autoestigmatización y aumentar la comprensión de las propias reacciones emocionales y fisiológicas, favoreciendo procesos de normalización y validación emocional.

Actividad 3	
Duración	20 minutos
Desarrollo	El profesional presentará diferentes situaciones de la vida cotidiana que pueden generar estrés o dificultad de adaptación, como sentirse solo, recibir noticias preocupantes, realizar trámites administrativos, afrontar conflictos con otras personas o vivir situaciones de incertidumbre. Los participantes deberán asociar cada situación con un color del semáforo según el nivel de malestar que les genere: verde (malestar bajo), amarillo (malestar moderado) o rojo (malestar intenso o sensación de desbordamiento). Después, se hará una reflexión grupal para identificar cómo se percibe el aumento del malestar, qué señales suelen aparecer antes de sentirse desbordados y qué estrategias utilizan habitualmente para manejar este tipo de situaciones.
Finalidad	Favorecer la identificación emocional y el reconocimiento de distintos niveles de activación emocional, facilitando posteriormente el entrenamiento en regulación emocional.
Cierre de la sesión	
Duración	Desarrollo
10 minutos	La sesión finalizará con una breve reflexión grupal donde cada participante podrá compartir una idea o aprendizaje significativo trabajado durante la sesión. Finalmente, el profesional explicará que en la siguiente sesión se comenzarán a trabajar estrategias concretas orientadas al manejo emocional y reducción de la activación fisiológica asociada al estrés y el malestar.

Tabla 5. Desarrollo de la sesión 3

Sesión 3. Regulación emocional y manejo de la activación fisiológica	
Objetivo específico del programa	Disminuir la sintomatología postraumática y mejorar la regulación emocional.
Objetivo de la sesión	Entrenar estrategias básicas de regulación emocional orientadas a disminuir la activación fisiológica asociada al estrés y favorecer una respuesta emocional más adaptativa ante situaciones de malestar.
Variables trabajadas	- Regulación emocional. - Conciencia emocional. - Manejo de la activación fisiológica. - Reducción de respuestas emocionales desadaptativas.
Actividad 1	
Duración	20 minutos
Desarrollo	Cada participante recibirá una plantilla visual de un volcán dividido en distintos niveles de intensidad. Posteriormente, deberán identificar cómo suelen sentirse física y emocionalmente cuando el malestar es bajo, moderado o elevado. Después, se realizará una breve puesta en común voluntaria donde podrán compartirse algunas de las respuestas identificadas. El profesional ayudará a relacionar las emociones con las respuestas fisiológicas del organismo, explicando cómo la activación emocional puede aumentar progresivamente si no se identifican las señales tempranas de malestar.
Finalidad	Favorecer la identificación de señales corporales asociadas al estrés y normalizar determinadas respuestas emocionales y fisiológicas frecuentes tras experiencias adversas.
Actividad 2	

Duración	30 minutos
Desarrollo	Se explicará brevemente la relación existente entre respiración, activación fisiológica y estrés, señalando cómo determinadas respuestas corporales pueden mantenerse activadas incluso cuando la situación de peligro ya no está presente. Posteriormente, se enseñará de forma guiada una técnica básica de respiración diafragmática orientada a disminuir la activación fisiológica. Durante el ejercicio, los participantes practicarán: - Respiración lenta y profunda - Atención consciente al ritmo respiratorio - Focalización en sensaciones corporales presentes La práctica se realizará de forma progresiva y flexible, permitiendo que cada participante adapte el ejercicio a su nivel de comodidad.
Finalidad	Las técnicas de respiración y regulación fisiológica han mostrado utilidad en la reducción de activación emocional y fisiológica asociada al estrés y al trauma, favoreciendo una mayor sensación de calma y control emocional (Cloitre et al., 2012).
Cierre de la sesión	
Duración	Desarrollo
10 minutos	La sesión terminará con una breve reflexión sobre qué estrategia trabajada consideran más útil para aplicar en situaciones cotidianas de estrés.

Tabla 6. Desarrollo de la sesión 4

Sesión 4. Estrategias de afrontamiento y manejo del estrés	
Objetivo específico del programa	Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento y disminuir la sintomatología postraumática.
Objetivo de la sesión	Favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas frente a situaciones de estrés relacionadas con la experiencia traumática y el proceso de adaptación.
Variables trabajadas	- Estrategias de afrontamiento. - Resolución de problemas. - Regulación emocional.
Actividad 1	
Duración	25-30 minutos
Desarrollo	Los participantes escribirán distintas estrategias que suelen utilizar cuando atraviesan situaciones de estrés o malestar emocional. Posteriormente, las respuestas se clasificarán grupalmente en: - Estrategias adaptativas, - Evitativas, - Centradas en la emoción, - Centradas en el problema. El profesional facilitará una reflexión sobre cómo determinadas respuestas pueden aliviar el malestar a corto plazo pero mantenerlo a largo plazo, fomentando la identificación de estrategias más funcionales.
Finalidad	Favorecer el afrontamiento activo, la autoeficacia y la percepción de control frente a situaciones estresantes
Actividad 2	
Duración	35-40 minutos

Desarrollo	El profesional explicará un modelo sencillo de resolución de problemas basado en: 1. Identificar el problema 2. Pensar posibles soluciones 3. Valorar alternativas 4. Elegir una respuesta 5. Revisar posteriormente el resultado Posteriormente, en pequeños grupos, los participantes trabajarán situaciones relacionadas con conflictos interpersonales, dificultades administrativas, incertidumbre o adaptación al entorno.
Finalidad	Favorecer el afrontamiento activo, la autoeficacia y la percepción de control frente a situaciones estresantes
Cierre de la sesión	
Duración	Desarrollo
10 minutos	La sesión finalizará con una breve reflexión grupal donde cada participante identificará una estrategia de afrontamiento que le gustaría aplicar durante la semana.

Tabla 7. Desarrollo de la sesión 5

Sesión 5. Fortalecimiento del apoyo social, habilidades interpersonales y sentido de pertenencia	
Objetivo específico del programa	Potenciar la percepción de apoyo social y el sentido de pertenencia y fomentar el uso de estrategias de afrontamiento.
Objetivo de la sesión	Favorecer el fortalecimiento del apoyo social percibido, el desarrollo de habilidades interpersonales y el sentido de pertenencia grupal como factores protectores frente al malestar asociado al trauma.
Variables trabajadas	- Apoyo social percibido - Sentido de pertenencia - Afrontamiento interpersonal - Autoeficacia interpersonal
Actividad 1	
Duración	25-30 minutos
Desarrollo	Cada participante elaborará un mapa sencillo donde identificará personas, espacios o recursos que perciba como apoyo en su vida cotidiana. Estos podrán incluir familiares, amistades, profesionales, etc... Posteriormente, se realizará una breve puesta en común grupal orientada a reflexionar sobre la importancia del apoyo social y las dificultades que pueden surgir al pedir ayuda en contextos de vulnerabilidad o desplazamiento.
Finalidad	Favorecer la identificación de recursos personales y redes de apoyo disponibles, promoviendo la percepción de apoyo social y reduciendo sentimientos de aislamiento.
Actividad 2	
Duración	35-40 minutos

Desarrollo	El profesional trabajará estrategias básicas de comunicación asertiva, escucha activa y búsqueda de apoyo interpersonal. Posteriormente, los participantes realizarán pequeños role-play basados en situaciones relacionadas con: - Pedir ayuda - Expresar necesidades - Resolver desacuerdos - Comunicar emociones de manera adaptativa Tras cada representación, se realizará una reflexión grupal sobre qué estrategias facilitaron la comunicación, cómo se sintieron los participantes, y qué respuestas podrían resultar más útiles en situaciones reales.
Finalidad	Potenciar habilidades de comunicación y búsqueda de apoyo y el fortalecimiento del sentido de pertenencia.
Cierre de la sesión	
Duración	Desarrollo
10 minutos	Se finalizará con una breve reflexión donde cada participante podrá compartir un recurso de apoyo o una estrategia interpersonal que considere útil para su vida cotidiana.

Tabla 8. Desarrollo de la sesión 6

Sesión 6. Consolidación de recursos, cierre y evaluación final	
Objetivo específico del programa	Mejorar la regulación emocional, fomentar el uso de estrategias de afrontamiento y potenciar la percepción de apoyo social y pertenencia.
Objetivo de la sesión	Integrar los aprendizajes y recursos trabajados durante la intervención, reforzando la percepción de capacidad personal, apoyo social y continuidad tras la finalización del programa.
Variables trabajadas	- Regulación emocional. - Estrategias de afrontamiento. - Apoyo social percibido. - Autoeficacia.
Actividad 1	
Duración	25-30 minutos
Desarrollo	El profesional colocará una línea temporal simbólica representando el recorrido del programa. Posteriormente, los participantes escribirán en tarjetas: - Aprendizajes adquiridos - Estrategias útiles - Recursos personales descubiertos - Aspectos significativos de la experiencia grupal Las tarjetas se colocarán sobre la línea temporal y se realizará una reflexión conjunta sobre los cambios percibidos y los recursos trabajados a lo largo de la intervención.
Finalidad	Facilitar la integración de los aprendizajes y recursos trabajados durante la intervención.
Actividad 2	

Duración	30-40 minutos
Desarrollo	Los participantes completarán nuevamente los instrumentos utilizados en la evaluación inicial. Asimismo, se administrará el cuestionario de satisfacción CSQ-8 y el cuestionario ad hoc diseñado para esta intervención. Finalmente, se realizará un cierre grupal donde los participantes podrán compartir voluntariamente un aprendizaje o recurso significativo que deseen conservar tras el programa.
Finalidad	Valorar los cambios percibidos tras la intervención.
Materiales	- Instrumentos de evaluación posttest, CSQ-8, ad hoc (<i>Anexo III</i>).
Cierre de la sesión	

3.6. Materiales

Para el desarrollo de la intervención se emplearán recursos materiales visuales, psicoeducativos y de evaluación adaptados a las características de la población participante. Entre ellos se incluyen papel, cartulinas, tarjetas, fichas de trabajo, bolígrafos, lápices, rotuladores, colores, pegamento y tijeras, así como recursos específicos para determinadas actividades, como objetos de la sala, pizarras, un ovillo de lana, siluetas corporales, plantillas visuales (p. ej., volcán emocional), láminas explicativas, tarjetas de colores y fichas de role-play.

Asimismo, se dispondrá de esterillas y ordenador para las actividades de regulación emocional y manejo del estrés. El uso de materiales visuales y cooperativos facilita la comprensión de los contenidos y la participación activa en contextos interculturales (Miller y Rasmussen, 2010).

3.7. Evaluación de la intervención

La evaluación se realizará mediante un método cuasi-experimental con evaluación pre-post, metodología especialmente adecuada en contextos de intervención social con población vulnerable, donde pueden existir limitaciones éticas y contextuales para la aplicación de diseños experimentales más controlados (Handley et al., 2018).

La evaluación preintervención y postintervención incluirá distintos instrumentos orientados a valorar las principales variables trabajadas durante el programa.

En primer lugar, la sintomatología asociada al trauma se evaluará mediante el Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013), utilizando la versión oficial en español del National Center for PTSD. Este instrumento consta de 20 ítems que evalúan la presencia y gravedad de los síntomas de TEPT según criterios del DSM-5, con una escala Likert de 0 (nada) a 4 (extremadamente). Un ejemplo de ítem es: “Durante el último mes, cuánta molestia ha sentido por: recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?”.

La escala evalúa cuatro dimensiones: reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y emocionales negativas e hiperactivación. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los ítems, con un rango de 0 a 80, donde puntuaciones más elevadas indican mayor gravedad de la sintomatología. Diversos estudios en población hispanohablante han mostrado adecuados índices de fiabilidad y validez, con consistencia interna superior a $\alpha = .90$.

Asimismo, la regulación emocional se evaluará mediante la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz y Roemer, 2004), concretamente la adaptación española de Hervás y Jódar (2008). Este instrumento evalúa las dificultades para comprender, aceptar y gestionar las emociones. Consta de 28 ítems en formato Likert de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Un ejemplo de ítem es: “Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme”. La escala evalúa cinco dimensiones: descontrol, interferencia, desatención, confusión y rechazo. La puntuación total oscila entre 28 y 140, donde las puntuaciones más elevadas reflejan mayores dificultades en la regulación emocional. La adaptación española mostró una consistencia interna excelente ($\alpha = .93$), así como adecuados índices de fiabilidad y validez (Hervás y Jódar, 2008).

Por otro lado, para evaluar las estrategias de afrontamiento, se utilizará el Brief COPE (Carver, 1997), en su adaptación transcultural y validación española realizada por Fernández-Martín et al. (2022). Este instrumento evalúa estrategias cognitivas y

conductuales de afrontamiento ante situaciones estresantes. Consta de 28 ítems en escala Likert de 1 (nunca) a 5 (muy frecuentemente). Evalúa 14 estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, humor, religión, apoyo emocional, apoyo instrumental, autodistracción, negación, desahogo emocional, uso de sustancias, desconexión conductual y autoculpabilización, con dos ítems por cada estrategia. La puntuación se obtiene mediante la suma de cada subescala, indicando mayores puntuaciones mayor uso de la estrategia. Un ejemplo de ítem es: “He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que me encuentro”. Respecto a sus propiedades psicométricas, la adaptación española mostró adecuados índices de consistencia interna ($\alpha = .75$, $\omega = 0.77$) y validez de constructo, apoyando su utilidad en población española (Fernández-Martín et al., 2022).

El apoyo social percibido se valorará mediante la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1988), en su adaptación y validación española de Landeta y Calvete (2002). Este instrumento consta de 12 ítems en escala Likert de 1 (completamente en desacuerdo) a 6 (completamente de acuerdo) y evalúa el apoyo percibido procedente de familia, amigos y personas significativas. Un ejemplo de ítem sería: “Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia”.

La escala presenta tres dimensiones: familia, amigos y otras personas relevantes. La puntuación puede obtenerse por subescalas o de forma global, siendo habitual el uso de la media. Las puntuaciones oscilan entre 1 y 6, donde valores más altos indican mayor percepción de apoyo social. La adaptación española mostró una elevada consistencia interna ($\alpha = .89$) y adecuadas evidencias de validez de constructo (Landeta y Calvete, 2002).

Además de las variables principales, se incluirá una valoración de la satisfacción con la intervención mediante el Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8; Larsen et al., 1979), utilizando la versión adaptada y validada al castellano por Vázquez et al. (2019). Este instrumento consta de 8 ítems que se responden mediante una escala Likert de 4 puntos. Un ejemplo de ítem es: «¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?». El CSQ-8 evalúa la satisfacción global de los usuarios con los servicios o intervenciones recibidas y presenta una estructura unidimensional. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los ítems, con un rango entre 8 y 32 puntos, donde las puntuaciones más elevadas indican una mayor satisfacción con la intervención. Respecto a sus propiedades psicométricas, la adaptación española mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha = .80$) y evidencias satisfactorias de validez de constructo, apoyando su utilización

para evaluar la satisfacción con programas e intervenciones psicológicas (Vázquez et al., 2019).

De manera complementaria, se aplicará un cuestionario ad hoc diseñado específicamente para la evaluación de la intervención (Cuestionario de Evaluación de la Intervención), orientado a recoger la experiencia subjetiva de los participantes y aspectos no contemplados por instrumentos estandarizados. Está compuesto por 11 ítems tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), con una puntuación total entre 11 y 55, donde valores más altos indican una valoración más positiva del programa. El instrumento evalúa cuatro dimensiones: organización y comprensión del programa (ítems 1–3), participación y dinámica grupal (4–6), utilidad percibida de las estrategias (7–9) y satisfacción global (10–11), un ítem sería: “El programa ha contribuido positivamente a mi bienestar emocional”.

Además, incluye preguntas abiertas sobre aspectos más significativos, posibles mejoras, actividades especialmente útiles y comentarios adicionales. Un ejemplo de pregunta sería: “¿Qué aspectos considera que podrían mejorarse?”. Estas respuestas serán analizadas mediante categorización temática para identificar fortalezas, dificultades y propuestas de mejora. Dado su carácter ad hoc, los resultados se interpretarán de forma descriptiva y complementaria al resto de medidas de evaluación.

Por otra parte, se realizará un registro de asistencia a lo largo de toda la intervención con el objetivo de valorar el grado de adherencia y participación de los asistentes en las distintas sesiones del programa (*Anexo IV*). Asimismo, la combinación de instrumentos cuantitativos y cualitativos permitirá obtener una evaluación más completa tanto de los cambios producidos tras la intervención como de la experiencia subjetiva de los participantes durante el desarrollo del programa.

Se espera que, tras la intervención, los participantes presenten una disminución del malestar asociado al trauma, así como una mejora en las habilidades de regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y la percepción de apoyo social.

4. Discusión

La presente propuesta de intervención surge de la necesidad de desarrollar programas psicosociales dirigidos a solicitantes de asilo provenientes de contextos bélicos que presenten sintomatología asociada a experiencias traumáticas. Tal y como se expuso anteriormente, esta población se encuentra expuesta no únicamente a eventos traumáticos previos al desplazamiento, sino también a múltiples factores estresores posteriores relacionados con el proceso migratorio, la incertidumbre administrativa, las dificultades de adaptación y la pérdida de redes de apoyo, elementos que influyen significativamente en el mantenimiento del malestar psicológico (Miller y Rasmussen, 2010).

En este sentido, el programa diseñado pretende dar respuesta a esta necesidad mediante una intervención psicológica grupal con enfoque psicosocial, orientada no al tratamiento clínico del Trastorno de Estrés Postraumático, sino a la reducción de la sintomatología asociada al trauma a través del fortalecimiento de recursos personales y sociales. Esta perspectiva resulta especialmente relevante, ya que permite desarrollar intervenciones más accesibles y preventivas en contextos comunitarios y de acogida, donde los recursos especializados en salud mental suelen ser limitados (Dawson et al., 2015).

En relación con el cumplimiento de los objetivos planteados, la propuesta se estructura de manera coherente con las variables identificadas en la literatura como factores relevantes en el bienestar psicológico de la población refugiada y solicitante de asilo. Concretamente, las sesiones se orientan al fortalecimiento de la regulación emocional, el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas y la potenciación del apoyo social y del sentido de pertenencia grupal. Estas variables han demostrado influir tanto en la aparición como en el mantenimiento de la sintomatología postraumática, así como en la eficacia de las intervenciones psicológicas dirigidas a esta población (Purgato et al., 2018).

Asimismo, la intervención incorpora elementos psicoeducativos, dinámicas grupales participativas y estrategias de estabilización emocional, aspectos que la literatura ha señalado como especialmente útiles en contextos de trauma y desplazamiento forzado (Zehetmair et al., 2018). El formato grupal permite además favorecer procesos de apoyo mutuo, cohesión y normalización emocional, reduciendo sentimientos de aislamiento y facilitando espacios seguros donde los participantes puedan compartir experiencias y recursos sin necesidad de profundizar directamente en el contenido traumático.

Por otro lado, uno de los principales aportes de este trabajo reside en el planteamiento de una intervención breve, estructurada y potencialmente aplicable en recursos comunitarios y entidades de acogida. En muchas ocasiones, las personas solicitantes de asilo presentan dificultades para acceder a intervenciones psicológicas especializadas debido a barreras económicas, administrativas, idiomáticas o culturales. Por ello, el diseño de programas grupales psicosociales puede contribuir a ampliar el acceso a recursos de apoyo emocional en contextos donde la atención clínica individual resulta insuficiente o difícilmente accesible.

Además, el uso de actividades participativas y dinámicas experienciales constituye otro aspecto relevante de la propuesta. La incorporación de metodologías visuales, cooperativas y adaptadas culturalmente puede facilitar la comprensión de los contenidos y la participación activa de personas con distintos niveles educativos, lingüísticos y culturales, favoreciendo una intervención más accesible y flexible (Miller y Rasmussen, 2010).

No obstante, la presente propuesta también presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, una de las principales dificultades previsibles se relaciona con las barreras idiomáticas y culturales, las cuales podrían afectar tanto a la comprensión de los contenidos como a la expresión emocional y participación dentro del grupo. Aunque se contempla la posibilidad de utilizar lenguaje adaptado o apoyo de traductores, estas diferencias culturales pueden influir en la manera en que el malestar psicológico es percibido, expresado y afrontado.

Del mismo modo, otra limitación importante podría ser la adherencia al programa. Las personas solicitantes de asilo suelen encontrarse en situaciones de elevada inestabilidad social y administrativa, lo que podría dificultar la asistencia continuada a las sesiones. Factores como cambios de residencia, procesos legales, dificultades económicas o responsabilidades familiares podrían influir en la continuidad de la intervención.

Asimismo, debe señalarse que la propuesta se centra en la sintomatología asociada al trauma y no en el tratamiento clínico de trastornos mentales graves o cuadros completos de TEPT. Por ello, determinados participantes podrían requerir intervenciones clínicas especializadas o derivaciones a servicios de salud mental más específicos. En este sentido, el programa no pretende sustituir la atención psicológica clínica, sino complementar los recursos de apoyo existentes desde una perspectiva preventiva y psicosocial.

Otra limitación del trabajo reside en la ausencia de una aplicación práctica real del programa, lo que impide conocer empíricamente su eficacia y viabilidad en contextos

concretos de intervención. Aunque la propuesta se fundamenta en literatura científica actual y en variables respaldadas por la investigación, sería necesario desarrollar estudios futuros que permitan evaluar sus resultados en población real mediante diseños experimentales o longitudinales.

En relación con futuras líneas de investigación, sería de gran interés analizar la eficacia de este tipo de intervenciones en diferentes perfiles de población refugiada y solicitante de asilo, teniendo en cuenta variables como género, edad, contexto cultural o tiempo de permanencia en el país de acogida. Asimismo, futuras investigaciones podrían explorar la utilidad de adaptar el programa a formatos online o híbridos, facilitando así el acceso a personas con mayores dificultades de movilidad o asistencia presencial. De igual forma, sería relevante continuar desarrollando y validando intervenciones psicológicas grupales culturalmente adaptadas, especialmente en contextos de migración forzada y vulnerabilidad psicosocial. La evidencia actual señala la necesidad de diseñar programas sensibles a las diferencias culturales y centrados no únicamente en el trauma previo, sino también en las condiciones postmigratorias y en los recursos personales y comunitarios de las personas desplazadas (Miller y Rasmussen, 2010).

En conclusión, el presente trabajo pone de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones psicosociales accesibles y adaptadas a las necesidades de solicitantes de asilo provenientes de contextos bélicos. La exposición continuada a experiencias traumáticas y a estresores postmigratorios puede generar importantes consecuencias emocionales y psicológicas, haciendo necesario el desarrollo de recursos de apoyo que favorezcan el bienestar emocional, el afrontamiento y la integración social. Desde esta perspectiva, la propuesta presentada pretende contribuir al diseño de intervenciones grupales breves, preventivas y potencialmente aplicables en recursos comunitarios, reforzando la importancia de abordar la salud mental de esta población desde enfoques integrales, culturalmente sensibles y centrados en el fortalecimiento de recursos personales y sociales.

5. Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2025). *Tendencias globales de desplazamiento forzado en 2024*. https://www.acnur.org/sites/default/files/2025-08/Tendencias_globales_desplazamiento_forzado_2024.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chauliac, N., Vignaud, P., Butet, C., Gautheron, M., Salome, G., Salles, L., Gallia, P., Prieto, N. (2025). Applicability and effectiveness of group EMDR therapy for forced migrants. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2583875>
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(6), 443–451. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Kuowei Tay, A., Rahman, A., Schafer, A., & van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): A WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14(3), 354–357. <https://doi.org/10.1002/wps.20255>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373–387. <https://psicologosemergenciasbaleares.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/08/04-echeburua-373-387.pdf>

- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365, 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Fernández-Martín, F. D., Flores-Carmona, L., & Arco-Tirado, J. L. (2022). Coping Strategies Among Undergraduates: Spanish Adaptation and Validation of the Brief-COPE Inventory. *Psychology research and behavior management*, 15, 991–1003. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S356288>
- Gleeson, C., Frost, R., Sherwood, L., Shevlin, M., Hyland, P., Halpin, R., Murphy, J., & Silove, D. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1793567. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793567>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hervás, Gonzalo, & Jódar, Rafael. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. Recuperado en 01 de junio de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&tng=es.
- Hynie M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K., & Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH) (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Pedersen, H., Skliarova, T., Attkisson, C. C., Lara-Cabrera, M. L., & Havnen, A. (2023). Measuring patient satisfaction with four items: validity of the client satisfaction questionnaire 4 in an outpatient population. *BMC psychiatry*, 23(1), 808. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05310-w>

- Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2–3), 173–182.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197–207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Li, S.S.Y., Liddell, B.J. & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep* 18, 82 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Margaret A. Handley, Courtney R. Lyles, Charles McCulloch, Adithya Cattamanchi. 2018. Selecting and Improving Quasi-Experimental Designs in Effectiveness and Implementation Research. *Annual Review Public Health*. 39, 5-25. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014128>
- Marín, M., Robles, R., González, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social science & medicine* (1982), 70(1), 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
- Naciones Unidas. (1951). Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. <https://www.refworld.org/es/leg/trat/agonu/1951/39821>
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review*, 31(3), 399–417. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004>
- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD011849. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>

- Schick, M., Morina, N., Mistridis, P., Schnyder, U., Bryant, R. A., & Nickerson, A. (2018). Changes in Post-migration Living Difficulties Predict Treatment Outcome in Traumatized Refugees. *Frontiers in psychiatry*, 9, 476. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00476>
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(2), 179–187. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01766.x>
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200–207. <https://doi.org/10.1097/00005053-199904000-00002>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 66–79. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006>
- Nowak, A.C., Nutsch, N., Brake, TM. et al. Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health* 23, 1289 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15931-1>
- Vázquez, F.L., Torres, Á., Otero, P. et al. Psychometric Properties of the Castilian Spanish Version of the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). *Curr Psychol* 38, 829–835 (2019). <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9659-8>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *National Center for PTSD*.
- World Health Organization. (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Policy Brief*.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9857a3d1-af1a-4c41-ab1e-9ceb8ddcae9b/content>

Zehetmair, C., Kaufmann, C., Tegeler, I., Kindermann, D., Junne, F., Zipfel, S., Herpertz, S. C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2018). Psychotherapeutic Group Intervention for Traumatized Male Refugees Using Imaginative Stabilization Techniques-A Pilot Study in a German Reception Center. *Frontiers in psychiatry*, 9, 533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00533>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2



6. Anexos

Anexo I. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del programa:

*Propuesta de intervención psicológica en solicitantes de asilo
provenientes de contextos bélicos: reducción de síntomas de TEPT
asociados a factores postmigratorios*

Estimado/a participante:

Se le invita a participar de forma voluntaria en un programa de intervención psicológica grupal dirigido a personas solicitantes de asilo procedentes de contextos bélicos. El objetivo del programa es favorecer el bienestar psicológico mediante el desarrollo de estrategias de regulación emocional, afrontamiento y apoyo social. La participación consistirá en la asistencia a seis sesiones grupales de carácter semanal, así como en la cumplimentación de varios cuestionarios antes y después de la intervención. La duración aproximada de cada sesión será de entre 60 y 90 minutos.

Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o abandonar el programa en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello suponga ninguna consecuencia negativa. La información recogida será tratada de manera confidencial y utilizada exclusivamente con fines académicos relacionados con el presente Trabajo Fin de Grado. Los datos obtenidos serán anonimizados y analizados de forma conjunta, garantizando en todo momento la protección de la identidad de los participantes.

Si durante el desarrollo de las sesiones se detectara la necesidad de atención psicológica especializada, se recomendará la derivación a los recursos profesionales correspondientes.

Tras haber recibido información suficiente sobre las características del programa y haber podido resolver mis dudas, declaro que:

- ☐ He comprendido la información proporcionada sobre la intervención.
- ☐ He tenido la oportunidad de realizar preguntas y recibir las aclaraciones necesarias.
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.
- ☐ Autorizo la utilización anónima de la información obtenida mediante los cuestionarios para fines académicos.

Por todo ello, acepto participar voluntariamente en el programa.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo II. Tríptico informativo del programa



Lo que puedes encontrar aquí

- ✓ Sentirte acompañado
- ✓ Comprender mejor tus emociones
- ✓ Aprender herramientas útiles
- ✓ Compartir en un espacio seguro
- ✓ Fortalecer tus recursos personales



Meryem Rachedi Fernández

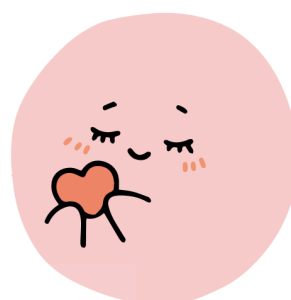


Un espacio seguro para aprender, compartir y apoyarse.



Programa de apoyo y bienestar emocional

Programa grupal para personas solicitantes de asilo y refugiadas



¿Qué es este programa?

1

Es un espacio grupal seguro donde aprender herramientas para manejar el estrés, las emociones difíciles y fortalecer el apoyo entre personas.

¿Qué haremos?

2

- Hablar y compartir
- Aprender formas de manejar el estrés
- Conocer a otras personas
- Comprender emociones y reacciones
- Practicar ejercicios de calma y respiración

Compromisos



1. Confidencialidad
2. Participación voluntaria
3. Respeto
4. Tú decides qué compartir



¿Cómo serán las sesiones?

1. Conocernos mejor y crear confianza

2. Comprender el estrés y las emociones

3. Aprender técnicas de relajación

4. Adquirir estrategias para afrontar dificultades

5. Fortalecer apoyo y comunicación

6. Repaso de recursos y cierre del programa

Anexo III. Cuestionario Ad Hoc de evaluación de la intervención

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN				
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			NACIONALIDAD: _____	
GÉNERO:	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Prefiero no responder	Nº DE SESIONES ASISTIDAS: _____
EDAD: _____				
INSTRUCCIONES				
A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con el programa realizado. Por favor, indique hasta qué punto está de acuerdo con cada afirmación según su experiencia personal durante la intervención. MARQUE CON UNA X.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
1. La información proporcionada durante las sesiones ha sido clara y comprensible.				
1	2	3	4	5
2. La duración y organización de las sesiones me han parecido adecuadas.				
1	2	3	4	5
3. Los contenidos trabajados durante el programa han sido relevantes para mi situación personal.				
1	2	3	4	5
4. Me he sentido cómodo/a participando en las actividades grupales.				
1	2	3	4	5
5. El clima grupal ha favorecido el respeto y la escucha entre los participantes.				
1	2	3	4	5
6. Las dinámicas realizadas han facilitado mi participación en las sesiones.				
1	2	3	4	5

7. Las estrategias trabajadas durante el programa me han parecido útiles para afrontar situaciones de estrés.

1

2

3

4

5

8. Considero que algunas de las actividades realizadas pueden aplicarse en mi vida cotidiana.

1

2

3

4

5

9. El programa ha contribuido positivamente a mi bienestar emocional.

1

2

3

4

5

10. En general, me siento satisfecho/a con el programa realizado.

1

2

3

4

5

11. Recomendaría este programa a otras personas en situaciones similares.

1

2

3

4

5

1. ¿Qué aspecto del programa le ha resultado más útil o significativo?

2. ¿Qué aspectos considera que podrían mejorarse?

3. ¿Hay alguna actividad o dinámica que le haya resultado especialmente útil? ¿Por qué?

4. Comentarios o sugerencias adicionales

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El cuestionario ad hoc diseñado para la evaluación de la experiencia de la intervención está compuesto por **11 ítems** con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde:

- 1 = Totalmente en desacuerdo**
- 2 = En desacuerdo**
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- 4 = De acuerdo**
- 5 = Totalmente de acuerdo**

La puntuación total del cuestionario se obtiene mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems cerrados. **La puntuación mínima posible es de 11 puntos y la máxima de 55 puntos.**

De forma orientativa, puntuaciones cercanas al valor máximo reflejarían una percepción más favorable de la intervención, mientras que puntuaciones cercanas al valor mínimo indicarían una valoración menos positiva de la experiencia del programa.

Asimismo, puntuaciones situadas por encima del punto medio teórico de la escala (**33 puntos**) podrían interpretarse como una valoración global moderadamente positiva de la intervención, aunque dichos resultados deben analizarse de manera descriptiva debido al carácter ad hoc del instrumento.

- Comprensión y organización del programa.
- Participación y dinámica grupal.
- Utilidad percibida de las estrategias trabajadas.
- Satisfacción general con la intervención.

Asimismo, el cuestionario permite obtener puntuaciones parciales en cada una de las dimensiones evaluadas:

DIMENSIÓN	ÍTEMS	RANGO DE PUNTUACIÓN
Organización y comprensión del programa	1-3	3-15
Participación y dinámica grupal	4-6	3-15
Utilidad percibida de la intervención	7-9	3-15
Satisfacción global del programa	10-11	2-10

Las preguntas abiertas serán analizadas de **forma cualitativa** mediante categorización temática, permitiendo identificar fortalezas, dificultades percibidas y propuestas de mejora relacionadas con la intervención.

Dado el carácter ad hoc del instrumento, sus resultados serán interpretados de manera descriptiva y complementaria al resto de medidas empleadas en la evaluación del programa.

Anexo IV. Formulario de asistencia a la intervención

ASISTENCIA AL PROGRAMA

Nombre	Firma sesión 1	Firma sesión 2	Firma sesión 3	Firma sesión 4	Firma sesión 5	Firma sesión 6