

Cuadernos de **Trabajo Social**

ISSN: 0214-0314

 EDICIONES
COMPLUTENSE<http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.56491>

Mejorando la seguridad de los refugiados: una propuesta de intervención del Trabajo Social clínico

Ana María Huesca González¹; Silvia Giménez Rodríguez²; María del Pilar Quicios García³

Recibido: 15/06/2017 / Revisado: 21/07/2017 / Aceptado: 27/12/2017

Resumen. El presente artículo persigue dos objetivos fundamentales: por un lado, tratamos de mostrar la inseguridad en la que viven las personas refugiadas; por el otro, pretendemos señalar la posibilidad de utilizar el Trabajo Social clínico como herramienta para rebajar los efectos que pueda producir tal inseguridad en sus vidas. Para alcanzar el primero de los objetivos, se describe brevemente el panorama internacional que supone la llamada crisis de los refugiados en Europa para exponer, desde la perspectiva de esa realidad, la necesidad de considerar cómo está presente la inseguridad en la vida de estas personas, unas veces como inseguridad objetiva (guerra, violencia, agresiones) y otras en forma de incertidumbre sobre un futuro que se les plantea incierto. Respecto al segundo de los objetivos, se realiza una exposición sobre cómo el Trabajo Social clínico interviene en los procesos de incertidumbre e inseguridad de las personas refugiadas desde una perspectiva psicosocial interdisciplinar en una misma intervención, haciéndose eco de las distintas etapas por las que pasa el proceso migratorio.

Palabras clave: seguridad; incertidumbre; refugiados; Trabajo Social clínico

[en] Improving refugee security: a clinical social work intervention proposal

Abstract. This article pursues two fundamental aims: first, to show the insecurity to which refugees are subject, and second, to highlight the possibility of using clinical social work as a tool to reduce the impacts that such insecurity may have on their lives. In order to achieve the first of these aims, we briefly describe the international situation resulting from Europe's refugee crisis to explain the need, from the perspective of this reality, to consider how insecurity is present in the lives of these people. This sometimes manifests as objective insecurity (war, violence, attacks) and on other occasions takes the form of uncertainty over an unpredictable future. With respect to the second aim, we explain how clinical social work offers single interventions from an interdisciplinary psychosocial perspective in processes involving uncertainty and insecurity for refugees, echoing the various phases of the migratory process.

Keywords: security; uncertainty; refugees; clinical social work

Sumario: Introducción. 1. Conceptos básicos y aproximación estadística al problema. 1.1. Conceptos básicos en torno al refugiado en Europa. 1.2. Los datos sobre refugiados que alarmaron a Europa. 2. La "crisis de los refugiados" y la seguridad. 2.1. La seguridad desde la perspectiva teórica de la seguridad humana. 2.2. La seguridad de los refugiados en el centro de la reflexión. 3. La intervención con personas refugiadas y el Trabajo Social clínico. 3.1. Delimitación y enfoques teóricos desde el trabajo social clínico con personas refugiadas. 3.2. Intervención psicosocial desde el trabajo social clínico con personas refugiadas. 4. Conclusiones. 5. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Huesca González, A. M.; Giménez Rodríguez, S. Quicios García, M. P. (2018) Mejorando la seguridad de los refugiados: una propuesta de intervención del Trabajo Social clínico, en *Cuad. trab. soc.* 31(1), 69-83.

¹ Universidad Pontificia Comillas de Madrid, España
ahuesca@chs.upcomillas.es

² Universidad Rey Juan Carlos, España
silvia.gimenez@urjc.es

³ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España
mariapilarquicios@gmail.com

Introducción

El presente artículo pretende analizar la actual crisis de los refugiados con un prisma novedoso. Por un lado, se trata de mostrar la inseguridad en la que viven las personas refugiadas. Por el otro, se pretende señalar la posibilidad de utilizar el Trabajo Social clínico como herramienta para rebajar los efectos que pueda producir tal inseguridad en sus vidas.

El refugio se convirtió en una situación habitual en nuestro entorno a lo largo del siglo XX. En 1947, para afrontar esta lacra social se creó con carácter provisional la Organización Internacional para Refugiados (OIR). Dos años más tarde, en 1949, la Asamblea General de Naciones Unidas (AGONU) designó un Alto Comisionado de la ONU también para los refugiados y, en 1951, se aprobó en la Convención de Ginebra el Estatuto de los Refugiados (Flores, 2013). En esa Convención se definió al refugiado como la persona que:

Debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país (Convención de Ginebra, 1951)⁴.

En la definición de refugiado queda patente, desde sus inicios, el temor que acompaña a la persona refugiada. Ese temor le empuja a huir, le acompaña en la huida y se reviste de incertidumbre al llegar al lugar de destino. Es decir, la incertidumbre va a ser el nutriente de la inseguridad del refugiado. Para rebajar la inseguridad objetiva y subjetiva de los refugiados tendrán que intervenir los profesionales del Trabajo Social y en concreto, del Trabajo Social Clínico, como expondremos en la segunda parte del artículo.

1. Conceptos básicos y aproximación estadística al problema

Tras una breve aclaración de algunos conceptos básicos, visibilizaremos la actual “crisis

de los refugiados en Europa”, exponiendo los datos ofrecidos desde la Comisión Española de Ayuda al Refugiado, una entidad que utiliza fuentes oficiales de Naciones Unidas (ACNUR)⁵ o la Unión Europea (Eurostat o Frontex). Posteriormente, en el tercer subepígrafe, incluiremos algunos datos sobre la respuesta que ha dado la Unión Europea a este problema, a través de lo establecido desde sus instituciones.

1.1. Conceptos básicos en torno al refugiado en Europa

Lo primero que hay que entender es que cualquier persona no comunitaria o apátrida, sola o con su familia, que llega a Europa, puede solicitar protección internacional de conformidad con la Convención de Ginebra.

Siguiendo las definiciones que nos ofrece el Comité Español de Ayuda al Refugiado (CEAR, 2016a) la “protección internacional” es un concepto que engloba tanto el estatuto de refugiado como la protección subsidiaria. A menudo se confunde con el de “estatuto de refugiado”, pero es necesario remarcar que el término protección internacional es más amplio.

El derecho a la “protección subsidiaria” es el que se dispensa a las personas que, sin reunir los requisitos para ser reconocidas como refugiadas, se dan motivos fundados para creer que si regresasen a su país de origen se enfrentarían a un riesgo real de sufrir alguno de los daños graves como la muerte, tortura, amenazas contra la integridad, etc.

Por otro lado, los conceptos “solicitante de asilo” y “refugiado” son frecuentemente confundidos: “solicitante de asilo” es la persona que solicita el reconocimiento de la condición de refugiada y cuya solicitud todavía no ha sido resuelta de forma definitiva.

1.2. Los datos sobre refugiados que alarmaron a Europa

La Organización Internacional de Migraciones (organismo de Naciones Unidas desde 1989) ofrece datos actualizados sobre las llegadas a Europa por mar de desplazados, fundamen-

⁴ La Asamblea General, en su resolución 429 (V), de 14 de diciembre de 1950, vio nacer la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados. Adoptada en Ginebra, Suiza, el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas (Naciones Unidas). En vigor desde el 22 de abril de 1954.

⁵ ACNUR/UNHCR es el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, organismo de las Naciones Unidas encargado de proteger a los refugiados y desplazados por persecuciones o conflictos, creado en 1950.

talmente de Siria, Afganistán y Eritrea⁶. Según esas fuentes, hasta el 29 de noviembre de 2016, 348.664 personas llegaron a Europa por esta vía. En 2015 más de un millón lo hicieron también por mar, otros 4.690 no llegaron, es decir, más del 1 por ciento de los que intentaban desembarcar en Europa murieron ahogados (CEAR, 2016a)⁷.

Las principales rutas seguidas fueron: la “ruta este” que transcurre por países como Líbano, Turquía y Hungría con el 84 por ciento de los desplazados; la “ruta central” que transcurre desde el norte de África, las islas griegas e italianas del Mediterráneo y la península italiana con el 15 por ciento de los migrantes; y la “ruta oeste” que solo la sigue el 0,4 por ciento de estas poblaciones e incluye al norte de Marruecos y España⁸. Con independencia de la ruta seguida, todos ellos, en cuanto tienen posibilidad de hacerlo, hacen solicitantes de la protección internacional en alguno de los países de la Unión Europea, en proporciones diversas.

Según datos del 2015 (CEAR, 2016a), Alemania ocupa el primer puesto del *ranking* de solicitudes por su referente de prosperidad. Le sigue Hungría, por el lugar geográfico que ocupa, a pesar de haber manifestado abiertamente su miedo hacia la instalación de estas gentes dentro de su territorio. Oficialmente, la Unión Europea les asignó 1.200 personas refugiadas para su acogida, pero son casi ciento ochenta mil los que, ya desde su territorio, demandaron asilo en el 2015. Entre Alemania, Hungría, Suecia, Italia y además Austria, con 88.160 solicitudes, suponen el 75 por ciento de las solicitudes de asilo. Los restantes 23 países

de la Unión (incluyendo España y Francia) suman 333.260 (Eurostat, 2015).

La resolución de los procedimientos legales para obtener la condición de refugiado no lleva, sin embargo, el mismo ritmo de las solicitudes. La velocidad en la que se adoptan las decisiones es desigual, según los países: Francia parece ser la más resolutive, seguida de Italia. También es desigual el porcentaje de decisiones favorables sobre las desfavorables: según los datos de Eurostat (CEAR, 2016a), Suecia resuelve como favorables el 72 por ciento, de las solicitudes; Alemania, el 57 por ciento, mientras Hungría solo el 15 por ciento las resuelve favorablemente.

1.3. La respuesta de la Unión Europea

La forma de actuar de Hungría,⁹ rechazando a los refugiados que llegaban a su territorio, y la acumulación de desplazados en Grecia e Italia animaron a la Unión Europea a diseñar un reparto de refugiados por cuotas. El proceso que se llevó a cabo fue el siguiente¹⁰:

1. Se aprobaron dos Decisiones del Consejo de septiembre de 2015, en las que los Estados miembros se comprometieron a reubicar¹¹ a personas necesitadas de protección internacional desde Italia y Grecia.
2. La Comisión propuso un programa europeo de reasentamiento¹², el 8 de junio de 2015, adoptado por los estados miembros el 20 de julio del mismo año, para el reasentamiento de 22.504 personas.

⁶ En Siria permanece activo un conflicto bélico. En Afganistán se terminó la guerra en el 2014, aunque el control talibán de buena parte del país sigue produciendo violaciones de los derechos humanos y una ausencia de libertades. En Eritrea, no se respetan la libertad de expresión, asociación ni de religión y existe un servicio militar obligatorio indefinido.

⁷ Datos obtenidos en IOM. (2016). Migration flows Europe: Arrivals and Fatalities. *Media Briefing*, 29 noviembre. Disponible en: <http://www.iom.int/newsdesk/20161129> (consultado el 30/11/2016).

⁸ Según datos obtenidos en CEAR (2016a) <http://www.refugiadosmasquecifras.org/#cifras-ue> con datos de la Organización Internacional para las Migraciones (consultado el 10/12/2016).

⁹ Hungría recibió la llegada de miles de personas desde Serbia que buscaban continuar su camino hacia Alemania, Austria o Suecia. Hoy, con la construcción de una valla de 175 kilómetros en la frontera serbia, y con una dura política de expulsiones y devoluciones, apenas una treintena de personas entran al día –legalmente– en el país. En 2017, han entrado ilegalmente 18.000 personas, según datos del Gobierno. En el reciente referéndum del día 2 de octubre 2016 se preguntó a la población húngara: “¿Quiere que la UE pueda decidir, sin el consentimiento del Parlamento, sobre el asentamiento obligatorio de ciudadanos no húngaros en Hungría?” participaron algo más del 40 por ciento de los votantes que respondieron (el 98 por ciento) que no a la pregunta planteada. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2016/10/02/actualidad/1475417555_051144.html?rel=lom (consultado el 12/10/2016).

¹⁰ Resumimos lo recogido en Comisión Europea (2017a) Migración: Mes récord de reubicaciones desde Italia y Grecia. *Comunicado de Prensa*, Bruselas, 26 de julio de 2017. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-2104_es.pdf (consultado 26/07/2017).

¹¹ La *reubicación* es el mecanismo de respuesta de emergencia previsto en el artículo 78, apartado 3, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Consiste en trasladar a otros estados de la Unión a aquellas personas que ya se encuentran en alguno de los estados, en este caso, Italia, Grecia y Hungría, para que sean ellos quienes adopten las medidas de protección que procedan (Comisión Europea, 2015b).

¹² El reasentamiento consiste en acoger en el propio estado personas procedentes de fuera de la Unión Europea, manifestamente necesitadas de protección internacional con arreglo a los criterios de identificación del ACNUR (Comisión Europea, 2015b).

3. Se acordó la Declaración UE-Turquía, de 18 de marzo de 2016, que dispone que por cada sirio retornado a Turquía desde las islas griegas se llevaría a cabo el reasentamiento de otro sirio procedente de Turquía en la Unión Europea (en lo que se ha llamado mecanismo 1x1). Está aplicándose desde el 4 de abril de 2016.
4. El 13 de julio de 2016, la Comisión propuso un marco de reasentamiento de la Unión Europea permanente para establecer un conjunto común de procedimientos normalizados de selección de los reasentados.

A lo largo de los dos años que han culminado en septiembre de 2017, los estados miembros se comprometieron a la reubicación de 160.000 personas, 40.000 eran compromisos previamente adquiridos por los estados y 120.000 derivaban de las decisiones de septiembre de 2015, que fueron las repartidas en las cuotas que se muestran en la tabla 1 (se concede a cada Estado 6.000 euros por cada persona reubicada en su territorio).

En cuanto al reasentamiento, el plan acordado implicaba a más de 22.000 personas que necesitaban asistencia. La Unión Europea preparó un presupuesto para dos años para darle

cumplimiento (se habilitaron 50.000.000 euros para el período 2015-16 para dotar a los estados que participaran). De forma específica se acordó reasentar a través de Turquía, por ser el país que recorren la mayor parte de los refugiados en la llamada “ruta este”. Tras el acuerdo con este país, se expulsó masivamente a quienes habían llegado a las costas griegas. Según las instituciones europeas se buscaba realizar la entrada a Europa de una forma más ordenada y legal, reduciendo la acción de las mafias que actuaban con el tráfico de seres humanos por el Mar Egeo.

El mecanismo de reparto fue acordado en ambos casos con base a los siguientes criterios:

- a. el **tamaño de la población** (ponderación del 40 %);
- b. el **PIB** total (ponderación del 40 %);
- c. el **número medio de solicitudes de asilo** en los cuatro años anteriores (ponderación del 10 % con un límite máximo del 30 % de la población y un efecto del PIB en la clave para evitar repercusiones desproporcionadas);
- d. la **tasa de desempleo** (ponderación del 10 % con un límite máximo del 30 % de la población) (Comisión Europea, 2015a)¹³.

De este modo, el país con alta tasa de desempleo reubicaría a menos personas.

¹³ Comisión Europea (2015a). Crisis de los refugiados: la Comisión Europea toma medidas decisivas (preguntas y respuestas). Hoja Informativa, Estrasburgo, 9 de septiembre de 2015 http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-15-5597_es.htm (consultado el 24/07/2017).

Tabla 1. Desglose del régimen de cuotas comprometidas entre los Estados miembros: reubicaciones a 9 de septiembre de 2015 y reasentamientos a 20 de julio 2015

	Reubicaciones asignadas a 9/09/2015				Reasentamientos asignados a 20/07/2017
	<i>Italia</i>	<i>Grecia</i>	<i>Hungría</i>	<i>TOTAL</i>	
Austria	473	1529	1638	3640	1900
Bélgica	593	1917	2054	4564	1100
Bulgaria	208	672	720	1600	50
Croacia	138	447	479	1064	150
Chipre	36	115	123	274	69
República Checa	387	1251	1340	2978	400
Dinamarca	-	-	-	-	1000
Estonia	48	157	168	373	20
Finlandia	312	1007	1079	2398	293
Francia	3124	10093	10814	24031	2375
Germany/Alemania	4088	13206	14149	31443	1600
Grecia	-	-	-	-	354
Hungría	-	-	-	-	0
Islandia	-	-	-	-	50
Irlanda	-	-	-	-	520
Italia	-	-	-	-	1989
Letonia	68	221	237	526	50
Liechtenstein	-	-	-	-	20
Lituania	101	328	351	780	70
Luxemburgo	57	185	198	440	30
Malta	17	56	60	133	14
Países Bajos	938	3030	3246	7214	1000
Noruega	-	-	-	-	3500
Polonia	1207	3901	4179	9287	900
Portugal	400	1291	1383	3074	191
Reino Unido	-	-	-	-	2200
Rumanía	604	1951	2091	4646	80
Eslovaquia	195	631	676	1502	100
Eslovenia	82	265	284	631	20
España	1941	6271	6719	14931	1449
Suecia	581	1877	2011	4469	491
Suiza	-	-	-	-	519
TOTAL	15600	50400	54000	120000	22504

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos para las cifras de reubicaciones en la Comisión Europea (2015a). Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-15-5597_es.htm y datos para las cifras de reasentamientos en el Consejo de la UE (2015). Disponible en: <http://www.consilium.europa.eu/es/meetings/jha/2015/07/20/> (En cursiva, los estados “asociados” a la UE, incluido Gran Bretaña, que no forma parte de Schengen).

Tal reparto no se ha respetado pero, aunque se hubiera cumplido, no hubiera resuelto el problema dado que las cifras manejadas por el Consejo de la Unión no reflejaban en absoluto la gravedad de la situación. En un primer momento (mayo de 2015) solo se hizo previsión para 66.000 refugiados de los 120.000 que se pretendía. Posteriormente, la Unión Europea pactó el reparto que hemos reflejado en el cuadro superior. Los países que más refugiados tenían que aceptar fueron Alemania, Francia y España.

Sin embargo, el reparto por cuotas no ha llegado a cumplirse. Según datos de un informe presentado por el comisario Avramopoulos, el 28 de septiembre de 2016, en el primer año, no se llegó al 4 por ciento de cumplimiento. Aus-

tria, Hungría, Dinamarca y Polonia no aceptaron ni un solo refugiado mientras otros cinco países (Eslovaquia, Lituania, Irlanda, Estonia y Bulgaria) solo aceptaron de 3 a 86 personas refugiadas de las llegadas a Grecia, rechazando las llegadas a Italia. España ese primer año acogió a 363 personas, muy por debajo de Finlandia o de Portugal, que superaron los 500 reubicados¹⁴. A 31 de marzo de 2017, España ha acogido a 1.212 personas refugiadas, según datos del Ministerio del Interior¹⁵. No hacen falta más palabras para darnos cuenta de la falta de cumplimiento. A continuación ofrecemos los datos actualizados a julio de 2017, a solo dos meses de la fecha en la que los estados miembros acordaron terminar con las reubicaciones y reasentamientos.

¹⁴ Véase la prensa del día, valga como ejemplo: “El fracaso del reparto de refugiados” http://cadenaser.com/ser/2016/09/28/internacional/1475059306_986915.html ; “La UE solo se ha repartido el 3,5% de los refugiados que prometió hace un año” http://internacional.elpais.com/internacional/2016/09/28/actualidad/1475057959_651744.html (consultado el 20/1/2017).

¹⁵ Datos de la Oficina de Comunicación y Relaciones Institucionales del Ministerio del Interior, citados por http://www.huffingtonpost.es/2017/03/30/de-los-17-387-refugiados-que-espana-se-comprometio-a-acoger-en-2_a_22018585/ (consultado 4/4/2017).

Tabla 2. Número de personas reubicadas y reasentadas a 24 de julio de 2017

Estado miembro/ Estado asociado	REUBICACIONES		REASENTAMIENTOS	
	Comprometidas en Septiembre 2015	TOTAL reubica- ciones	Comprometidos según programa de 20 julio 2015	TOTAL asenta- mientos (progra- ma 20/07/215 y mecanismo 1x1 con Turquía)
Austria	3640	0	1 900	1802
Bélgica	4564	802	1 100	962
Bulgaria	1600	50	50	-
Croacia	1064	77	150	-
Chipre	274	124	69	-
República Checa	2978	12	400	52
Dinamarca	-	0	1 000	481
Estonia	373	141	20	20
Finlandia	2398	1814	293	293
Francia	24031	3945	2 375	1903
Alemania	31443	6927	1 600	1600
Grecia	-	-	354	-
Hungría	-	-	-	-
Islandia	-	-	50	50
Irlanda	-	459	520	520
Italia	-	-	1 989	1059
Letonia	526	321	50	25
Liechtenstein	-	10	20	20
Lituania	780	382	70	28
Luxemburgo	440	327	30	26
Malta	133	137	14	-
Países Bajos	7214	2152	1 000	1000
Noruega	-	1502	3 500	3421
Polonia	9287	-	900	-
Portugal	3074	1400	191	76
Reino Unido	-	-	2 200	2200
Rumanía	4646	710	80	76
Eslovaquia	1502	16	100	-
Eslovenia	631	207	20	-
España	14931	1093	1 449	631
Suecia	4469	974	491	491
Suiza	-	1094	519	519
TOTAL	120000	24676	22 504	17179 (7806 por el me- canismo 1x1 des- de Turquía)

Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de Comisión Europea (2017b). Disponible https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/proposal-implementation-package_en

Con estos datos hemos obtenido una fotografía fiable de la realidad estudiada, a partir de la que poder continuar, con estos datos, nuestra reflexión teórica.

2. La “crisis de los refugiados” y la seguridad

2.1. La seguridad desde la perspectiva teórica de la seguridad humana

Desde el punto de vista de los estudios sobre seguridad, es el enfoque de la seguridad humana el que ofrece un modelo explicativo de la situación de inseguridad que padecen los refugiados, y consonante con la propuesta de atención al refugiado de ACNUR, que exponemos al final de este subepígrafe.

La seguridad humana es un planteamiento teórico surgido por primera vez en el Informe Mundial de Desarrollo Humano (PNUD, 1994). En este informe se incluye la seguridad como concepto fundamental y garante del desarrollo humano. Específicamente nace para que sirva de marco de análisis de las desiguales relaciones entre desarrollo y subdesarrollo en distintas zonas del planeta. Su origen se encuentra en la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde solo se recoge en relación con la seguridad el derecho a la vida del artículo 3 y toda una serie de garantías procesales y judiciales.

La finalidad que persigue este nuevo concepto pasa por entender la seguridad como un derecho que vincula las situaciones de pobreza, hambre y todo tipo de carestía económica y problemas sociales con la inseguridad física o el peligro de perder la vida que sufren esas mismas poblaciones. La “seguridad humana”, en el marco de la Declaración Universal, es un derecho transversal, que se relaciona con el conjunto de los derechos humanos (Huesca, 1999).

Así, puede aplicarse esta teoría respecto a las personas que buscan refugio: su derecho a estar seguros (objetivamente) y a sentirse seguros (subjektivamente). Tal y como estableció el referido informe:

Desarrollo Humano es el proceso de ampliación de la gama de oportunidades de que dispone la gente. La Seguridad Humana significa que la gente puede ejercer esas opciones en forma segura y libre, y que puede tener relativa confianza en que las oportunidades que tiene hoy

no desaparecerán totalmente mañana (PNUD, 1994).

En él se entiende la seguridad humana en términos de tener expectativas positivas hacia el futuro. A su vez, en este documento se resalta la importancia de extender el concepto de seguridad —dentro de una perspectiva amplia y compleja— puesto que afecta a todos los ámbitos de la vida humana. Incluye como contenidos de la seguridad, además del de “estar libres del hambre, la enfermedad, el delito y la represión”, otros aspectos de la vida cotidiana de la gente que tienen que ver con el hogar, el empleo, la propia comunidad o el medio ambiente. Solo se hará posible la “seguridad humana” cuando se cubran las necesidades básicas de los individuos (Maslow, 1970) y se disfrute de esperanza.

Seguridad humana, según el informe *Seguridad Humana Ahora* (Comisión de Seguridad Humana de Naciones Unidas, 2003), significa:

- a. Proteger a las personas ante las amenazas fortaleciéndolas.
- b. Favorecer elementos básicos de supervivencia de las personas, dignidad y medios de vida.
- c. Supone distintos tipos de libertad: libertad frente a la pobreza, frente al miedo y libertad para actuar en nombre propio (se consigue mediante protección y potenciación de la persona).
- d. El cumplimiento de los derechos humanos es la garantía para alcanzar la seguridad humana.

En la propia filosofía y objetivos de ACNUR, se encuentra un planteamiento coincidente con nuestra reflexión, cuando se afirma que:

Un refugiado tiene derecho de asilo en condiciones de seguridad. Sin embargo, la protección internacional incluye algo más que la propia seguridad física. Las personas refugiadas deberían recibir al menos la ayuda básica y los mismos derechos que cualquier otro extranjero que sea residente legal. Así, los refugiados tienen derechos civiles básicos, incluyendo la libertad de pensamiento, de movimiento, y el derecho al respeto como persona. De igual forma, los derechos económicos y sociales se aplican a los refugiados al igual que a otros individuos... (ACNUR, 2017).

2.2. La seguridad de los refugiados en el centro de la reflexión

En los discursos tradicionales que relacionan seguridad y refugiados, estos se presentan como supuesta fuente de riesgos y de inseguridad para Europa. Esta idea se recoge en múltiples ocasiones en documentos oficiales sobre estrategia de seguridad (Mogherini, 2016). En ellos se incluye la crisis de refugiados como una amenaza para los países europeos.

Este artículo quiere cambiar el sujeto de estudio cuando se habla de la seguridad y de su reverso: la inseguridad. Defendemos que, desde la perspectiva de la seguridad humana anteriormente explicada, las personas refugiadas han de ser el centro de los esfuerzos de los países avanzados para perseguir la seguridad. Y, por otro lado, proponemos que no solo hay que pensar en los miedos de la población europea, sino que hay que centrarse en las personas que huyen y que han sufrido la violencia, la guerra y la acción de las mafias.

Por lo tanto, deberíamos trabajar para mejorar la seguridad de las personas refugiadas que, además de ser víctimas de una inseguridad objetiva, fruto de las situaciones ya enumeradas, son personas con una elevada percepción de inseguridad subjetiva. Esta inseguridad subjetiva (Huesca, 2007) tiene dos orígenes: el primero, el miedo a sufrir o volver a sufrir actos que hagan peligrar su propia vida, la de sus familias o del escaso patrimonio con el que viajan; el segundo, el miedo a lo desconocido, al futuro incierto que tienen por delante. En definitiva, esta última forma de inseguridad subjetiva es equivalente al concepto de incertidumbre.

A su vez, esta incertidumbre también tiene dos caras, la del contexto y la personal.

- a. Las incertidumbres de contexto llevan a pensar en las circunstancias generales que aquellos que son acogidos en los países europeos van a encontrar (altas tasas de paro, ausencia de ofertas de empleo, subida de precios por el aumento de la inflación, política de desahucios, alto precio de la vivienda, etc.). Razones que dificultan un futuro.
- b. Las incertidumbres personales o vitales, guardan relación con las vidas particulares de los individuos (pérdida del trabajo, conflictos familiares, enfermedad, ausencia de

ingresos, pérdida de la vivienda, etc.). Incertidumbres que aparecen a lo largo de la vida de cualquier ciudadano y que las personas refugiadas experimentan en un tiempo concentrado.

La suma de estas incertidumbres, unida al sentimiento de inseguridad al mirar hacia el futuro convierten al refugiado en un ser vulnerable. La incertidumbre está presente de forma extrema en las vidas de las personas refugiadas, “migrantes forzosos”, “de emergencia” o “de huida” (Castle, 2013; CEAR, 2016a; 2016b) tanto en el país de origen (Martagón y Morán, 2009) como en el trayecto migratorio como en los síntomas de inadaptación en el país de destino (Alba *et al.*, 2005).

Si para las personas refugiadas la salida de sus hogares fue traumática y extremadamente peligroso el tránsito; una vez en el destino, han de afrontar grandes incertidumbres. Hay que pensar que la estancia en los países de acogida nunca es definitiva, que se han de afrontar problemáticas diversas como las posibilidades de legalización o el reencuentro con la familia y que, se les plantea un futuro incierto respecto al desempeño laboral o la posibilidad de gestionar el proyecto migratorio en la sociedad de destino (Martagón y Morán, 2009). ¿Cuál es el papel de los trabajadores sociales en la superación de estos miedos e incertidumbres, es decir en la mejora de la seguridad de estas personas? A continuación se presenta la propuesta de intervención desde el Trabajo Social clínico que quiere aportar este artículo.

3. La intervención con personas refugiadas y el Trabajo Social clínico

Todos los elementos, enumerados como componentes de la seguridad humana en el epígrafe anterior, son conocidos para el Trabajo Social y no requiere más explicaciones para entender el vínculo entre esta forma de entender la seguridad y la necesaria intervención del trabajador social para alcanzarla. El Trabajo Social tradicionalmente se ocupa de intentar paliar las desigualdades que producen las distintas circunstancias sobre la vida de las personas. Sin embargo hacemos nuestras las preguntas que planteaba Teresa Zamanillo (2000) en una ponencia titulada *El trabajo social en la sociedad de la incertidumbre*: “¿de qué forma pueden

acompañar los trabajadores sociales a los individuos en su aislamiento para que puedan crear o reconstruir sus vínculos y sus redes de comunicación?" (p. 113). En nuestra opinión, la respuesta nos la puede ofrecer el enfoque del Trabajo Social clínico.

3.1. Delimitación y enfoques teóricos desde el trabajo social clínico con personas refugiadas

El Trabajo Social clínico se entiende como una especialidad habitual en el entorno europeo y americano; no así en el contexto español por lo que necesita aún ser explicado. El Trabajo Social clínico pretende conjugar una intervención psicosocial en la figura del profesional del Trabajo Social especializado en intervención terapéutica. En la misma intervención, tras el diagnóstico previo, se combina el ámbito psicológico y social. Su objetivo será acompañar al usuario en el restablecimiento del equilibrio personal y emocional en estrecha relación con el contexto social del que proviene, transita y se encuentra.

La Asociación Americana de Trabajadores Sociales ¹⁶define al trabajador social clínico como:

El que está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud. Por tanto, como profesional de la atención de la salud que es, va a proporcionar apoyo a individuos y familias (NASW) (citado en Ituarte Tellaeche, 1992, p. 5).

En España, Amaya Ituarte Tellaeche es el referente en el ejercicio de esta especialidad, en el reciente monográfico *Prácticas de Trabajo Social Clínico* (2017) lo define:

Es una práctica especializada del trabajo social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar al cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades

personales y los recursos de su contexto socio-relacional (p. 20).

Sintetizamos a continuación, los enfoques del Trabajo Social clínico que nos parecen de mayor utilidad para abordar las diferentes cuestiones psicosociales que subyacen en las personas protagonistas de desplazamientos forzosos, en la etapa de llegada a destino.

- a. El psicoanálisis busca acceder al inconsciente para la resolución de conflictos. En ocasiones las personas con alto grado de vulnerabilidad psicosocial vienen con profundos traumas, y trabajar sobre procesos inconscientes en tal estado podría agravar su situación si no se tienen los medios sociales adecuados y un compromiso consciente del intervenido. Intervenciones bajo este enfoque suelen ser de larga duración por lo que, en ocasiones, no son las más adecuadas al no disponer de un futuro en la relación de ayuda. Aun así, la pericia y experiencia del profesional sería determinante.
- b. El enfoque conductual se basa en cambiar la conducta y de esta forma cambiar las cogniciones, pensamientos, imágenes, creencias y, finalmente, la percepción del problema. Resulta eficaz en determinados contextos como los del aprendizaje, por ejemplo, de rutinas. Para las personas refugiadas no resultan del todo eficaces como único enfoque, pues en muchos casos, las recompensas que estas personas pueden llegar a obtener son muy limitadas (Mayor y Labrador, 1984).
- c. El enfoque cognitivo conductual, a través de diferentes técnicas de reestructuración cognitiva, trata de modificar los patrones existentes por otros más adaptativos. Se cambia la cognición y, por lo tanto, de ahí se cambia la conducta de forma que se consigue una nueva percepción del problema. Es recomendable para diferentes tipos de trastornos, aunque en el caso de las personas refugiadas es interesante su combinación con un componente humanista, ya que podría, por sí sola, resultar muy con-

¹⁶ *The National Association of Social Workers*, NASW, fundada en 1955, es el colegio profesional con más miembros del mundo, siendo un referente profesional.

centrada en resolver los problemas de la mente (fría), desligándose del componente emocional (Bandura, 1969).

- d. El enfoque humanista, cuyo objetivo es permitir al individuo ser más completo y creativo, libera bloqueos y asuntos inconclusos; persigue la autorrealización y el crecimiento personal. Actualmente podemos distinguir cuatro subenfoques denominados experienciales y son los basados en el psicodrama de Moreno (1966); la terapia centrada en la persona de Rogers (1975); la *Gestalt* de Perls (1975); y la bioenergética que se recomienda para trabajar emociones negativas reprimidas, tristeza, rabia, miedo, y poder llegar a la alegría esencial del ser de manera natural; la logoterapia de Victor Frankl (1991, 1994) que propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano y que su acompañamiento es fundamental para la recuperación integral de la persona.
- e. El enfoque transpersonal pretende acompañar a la persona en su propia crisis, más allá de cambios. Traspasar a la persona la confianza de que pueda volver a creer en otro ser humano. Dispone de sus técnicas para el desarrollo y crecimiento personal, así como en la resolución de conflictos; pero si por algo resulta la más efectiva para personas en estado de vulnerabilidad psicosocial, es porque sin duda es capaz de ofrecer un acompañamiento amoroso desde el tú a tú, de persona a persona (en este enfoque no hay expertos) (Grof, 1986,2000).
- f. La terapia sistémica considera que un problema es parte de un sistema. Desde aquí se pueden llegar a establecer relaciones y comprensiones hacia ellos mismos y hacia su sistema. La comprensión ya por sí misma es terapéutica aunque en muchas ocasiones no se llegue a la resolución de un problema (Feixas, 1991).
- g. La terapia breve estratégica (TBE). Este enfoque es de orientación socio-constructivista y en él se tienen en cuenta las diferentes perspectivas de la realidad (según los ojos de quienes la miran-perciben), así como los factores externos que influyen en ella. Desde esta perspectiva, se trata de cambiar

la percepción a través del sistema receptivo sensorial (Watzlawick y Nardone, 1997).

3.2. Intervención psicosocial desde el trabajo social clínico con personas refugiadas

En el abordaje integral psicosocial de los desplazados forzosos, desde nuestro punto de vista, un equipo multidisciplinar es fundamental para coordinar las intervenciones en aras de una eficiencia profesional y, por ende, de resultados: profesionales del Trabajo Social, Educación Social y Psicología con enlaces en la atención sanitaria fisiológica y psiquiátrica. En la intervención con estas personas, además de las funciones clásicas de aquélla, aparece una especialización en Trabajo Social clínico que integra labores de psicoterapia, tanto implícitas como explícitas; con su correspondiente diagnóstico, tratamiento viable o derivación al profesional de la psicología en caso de síntomas de tratamiento específico de esta profesión. En países como Estados Unidos, esta intervención de psicoterapia recae fundamentalmente en profesionales del Trabajo Social especializados en clínica.

Los tres momentos del proceso por el que pasa un refugiado - de salida, de tránsito y de llegada - pueden producir por distintos motivos incertidumbre e inseguridad en los sujetos, tal y como hemos señalado en la primera parte de este artículo. El proceso de abandono de un hogar, humano y territorial, encierra sufrimiento en las circunstancias que provocan la huida, por la decisión del abandono forzoso del hogar para sobrevivir. Se concreta un abandono afectivo, físico y de proyecto vital generando frustración, impotencia, angustia, tristeza, dolor, rabia, desesperanza. En el recorrido que se realiza durante el tránsito hacia "alguna parte", estas personas pierden su poder, sus modos y medios de vida, su identidad, su apoyo afectivo, así como el marco de reconocimiento social. En la inmediata llegada a un país desconocido se produce un choque cultural (Barreiro, 1993, pp.173-174), que genera reacciones físico-psico-sociales que se manifiestan en un duelo postergado con sensación de desamparo, lo que produce desarraigo social y cultural.

Profundizando un poco más en la última de estas situaciones de incertidumbre, la que se produce en el lugar de llegada, siguiendo a Vega Pascual (1996), concretamos tres etapas, en cada una de las cuales el trabajador social con especialización clínica se encontrará con

unas manifestaciones emocionales con las que trabajar, estrechamente relacionadas con la realidad social de la persona migrante.

a. En la primera etapa -de acogida- para la persona desplazada en condiciones forzosas todo cuanto le rodea es desconocido. Es probable que no tenga conocimiento del país al que llega ni de sus características culturales ni de la aceptación de su presencia, por lo que la sensación de inseguridad y desorientación son grandes. Convendría suavizar el impacto incierto de las circunstancias de la llegada. Inicialmente, en esta primera etapa, hay que procurar cubrir las necesidades básicas de la persona, aquellas que aparentemente requieren una actuación inmediata o de emergencia por parte del trabajador social. Podríamos decir que esta es la única fase cuya duración en el tiempo está más o menos delimitada, y podría oscilar entre uno y cuatro meses. Las características más comunes que presentan las personas refugiadas son: desorientación total; no saber dónde están ni qué va a ser de ellos; no saber tampoco dónde ni a quién recurrir en el país de acogida; miedo a lo desconocido y temor a ser devuelto a su país y a las represalias posteriores. También desconfianza hacia las instituciones oficiales del país de acogida, incluso de la información que se les proporciona o asistencia que se les pueda prestar. Estas personas es muy probable que presenten cuadros fisiológicos de extrema ansiedad y alteraciones nerviosas, provocadas por todas las circunstancias anteriormente mencionadas, las vividas en sus países, la ruptura, el desarraigo y el choque cultural. En esta etapa, el trabajador social clínico gestionaría los recursos para estas personas, tras el diagnóstico de sus necesidades psicosociales. El conocimiento de la primera ayuda psicológica (PAP) sería importante para mitigar la desorientación de la persona. Desde una perspectiva clínica, no es conveniente entrar en lo profundo de estas situaciones si la persona aún está en tránsito con un destino por definir, pero sería fundamental un acompañamiento sistemático, continuo

y especializado en su desembarco a través de escucha activa, y presencial que consiga ganar la confianza de la persona insegura, para restablecer unos niveles de incertidumbre razonables.

b. La segunda etapa sería la de asentamiento y adaptación. Al inicio de esta etapa, y hasta que se recibe la respuesta a la petición de asilo, el refugiado experimenta una fuerte sensación de incertidumbre, ansiedad y provisionalidad por su futuro próximo, sobre el que él no decide. Es en esta etapa cuando el refugiado va tomando conciencia de que el estatus sociocultural que tenía en su país en ocasiones va a sufrir un retroceso. En esta etapa, el refugiado valora si quiere o no quedarse, o bien si pretende reasentarse en un tercer país donde pueda pensar que tiene posibilidades de ser aceptado, a veces entran en pensamientos obsesivos (Vega Pascual, 1996, pp. 165-166). En esta etapa, sería interesante un acompañamiento a través del enfoque humanista transpersonal, generando espacios de tranquilidad donde se puedan desarrollar técnicas de relajación y de respiración para disminuir los niveles de ansiedad y estrés generado por la incertidumbre. Convendría la diferenciación de funciones, la social de la emocional, aunque en estrecha coordinación profesional, para que la persona refugiada no sienta condicionada la ayuda a través de recursos de supervivencia y gestión burocrática de su condición de refugiado, con su actitud en el momento de afrontar su estado emocional. En esta etapa, el trabajador social clínico ha de enfrentarse en su aproximación psicoterapéutica con casos de duelo y frustración unidos a los de incertidumbre y falta de seguridad, con episodios obsesivos y de extrema ansiedad.

c. La tercera etapa es la de inserción e integración. En ocasiones, se abren procesos de reunificación familiar que pueden provocar altos niveles de ansiedad en el refugiado y sentimientos de culpa por haber dejado en su país a su familia. Es importante prepararles para la llegada: la euforia inicial, hijos que no conocen a sus padres, actitudes

de rechazo de los hijos hacia el familiar que no vieron en mucho tiempo, posibles enfermedades físicas o psíquicas que no padecían anteriormente, etc. (p. 174). El trabajador social clínico se encuentra con casos en los que aún sigue sin abordarse el duelo, con sentimientos de culpa, no afrontamiento de la realidad, rechazo y evasión. Este alto nivel de tensión sostenido en el tiempo, dificulta la incorporación de la persona refugiada a la vida social. Una intervención psicosocial acompañada de herramientas basadas en la bioenergética, ayudaría a la expresión emocional a través de procesos corporales quizá menos agresivos que las intervenciones más de componente mental. La logoterapia de Victor Frankl sería también una aproximación interesante de acompañamiento terapéutico en la voluntad de encontrar un sentido de la vida, inserto en su nuevo contexto social. En definitiva, solo en la medida que el refugiado va alcanzando ese nuevo sentido vital, podemos decir que va mejorando su sentimiento de seguridad, desarrollando expectativas positivas hacia el futuro.

4. Conclusiones

La sociedad española y la europea, en general, se enfrentan a situaciones de extrema gravedad con la situación de los refugiados sobre su territorio. Es un fenómeno que no puede dejar indiferente a nadie. También los planteamientos teóricos y prácticos tradicionales se ven afectados y han de ser replanteados, o directamente sustituidos. En el ámbito de los estudios de seguridad, queda planteada la necesidad de cambiar el paradigma y realizar una reflexión desde los refugiados como víctimas y no como amenaza. Los refugiados son precisamente quienes se sienten más vulnerables e inseguros ante un futuro lleno de incertidumbres. Estas incertidumbres son las que es necesario abor-

dar desde el enfoque de la Seguridad Humana, en el sentido de convertir su seguridad en un derecho desde la comunidad internacional, en concreto desde Naciones Unidas. Pero también, son los efectos de esas incertidumbres en su situación bio-psico-social, los que llevan a la necesidad de un trabajo social clínico con estas personas.

Cuando nos hemos referido a “personas refugiadas”, en el epígrafe 3, en lugar del término refugiado ha sido conscientemente por la convicción de que la identidad que asemeja a todos los seres humanos es la condición de “ser persona”. El apellido “refugiado” alude a una característica entre otras muchas que define la identidad de un individuo como sujeto de derechos. Por ello la intervención que proponemos en Trabajo Social clínico es a la integralidad de la persona que toma unas carencias y dificultades como consecuencia de sus diferentes características, entre las que se encuentra la del refugio, que nos ocupa. Esta intervención integral, que, como opción más progresista, viene siendo abordada desde un enfoque multidisciplinar, en este trabajo planteamos que la opción más innovadora vendría de la mano de la interdisciplinariedad, que conjuga en simbiosis los aspectos psicosociales que afectan a la personas como consecuencia de las experiencias de procesos de vulnerabilidad social.

La intervención del trabajador social busca proporcionar la garantía de derechos y facilitar los mecanismos para la satisfacción de las necesidades básicas, que por falta de autonomía, esta población tiene dificultades en gestionar. La especialidad de Trabajo Social clínico atiende a facilitar la gestión socioemocional de la persona refugiada, que se encuentra en una situación de vulnerabilidad como consecuencia de las circunstancias del proceso migratorio forzoso. La función del trabajador social clínico concreta la intervención psicológica y social en la misma intervención integrada, entendiendo que la situación social y psicológica de la persona forma parte de un proceso que se retroalimenta, estando ambos aspectos en continua relación, interactuando.

5. Referencias bibliográficas

Alba Díez, M., Moles, B. y García, J. (2005). La salud mental e inmigración, *Monografías de psiquiatría*, 17(4), 2-14.

- Asamblea General de Naciones Unidas. (1950). *Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados*. Serie Tratados de Naciones Unidas, 2545, 189. Recuperado de: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/0005> (Consultado el 4/04/2017).
- ACNUR (2017). *Guía de preguntas*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/a-quien-ayuda/refugiados/quien-es-un-refugiado/> (Consultado el 29/04/2017).
- Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification*. Nueva York: Rinehart and Winsto.
- Barrero Ribera, A.M. (1996). Una propuesta metodológica para trabajo social con refugiados. *Cuadernos de Trabajo Social*, 6, 167-180.
- Cadena SER. (2016). *El fracaso del reparto de refugiados*. Recuperado de: http://cadenaser.com/ser/2016/09/28/internacional/1475059306_986915.html (Consultado el 20/01/ 2017).
- Castle, S. (2014). Las fuerzas tras la migración global, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 20, 235-260. Universidad de México
- CEAR. (2016a). *Más que cifras*. Recuperado de: <http://www.refugiadosmasquecifras.org/#cifras-ue> (Consultado el 10/12/2016).
- CEAR. (2016b). *Informe 2016: las personas refugiadas en España y en Europa*. Recuperado de: https://www.cear.es/wp-content/uploads/2016/06/Informe_CEAR_2016.pdf
- Comisión Europea. (2015a). Crisis de los refugiados: la Comisión Europea toma medidas decisivas (preguntas y respuestas). *Hoja Informativa*, Estrasburgo, 9 de septiembre de 2015. Recuperado de: http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-15-5597_es.htm (Consultado el 24/07/2017).
- Comisión Europea. (2015b) La Comisión Europea avanza en la Agenda de Migración. *Comunicado de Prensa*. Bruselas, 27 mayo 2015. Recuperado de: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5039_es.htm (Consultado el 26/07/2017).
- Comisión Europea. (2016). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al consejo sobre el estado de ejecución de las medidas prioritarias en el marco de la Agenda Europea de Migración*, 10 Febrero 2016, COM(2016) 85 final. Recuperado de: <http://www.refworld.org.es/docid/56e2ed634.html> (Consultado el 26/07/2017).
- Comisión Europea. (2017a). Migración: Mes récord de reubicaciones desde Italia y Grecia. *Comunicado de Prensa*, Bruselas, 26 de julio de 2017. Recuperado de: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-2104_es.pdf (Consultado el 26/07/2017).
- Comisión Europea. (2017b). *Report from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council: Fourteenth report on relocation and resettlement*. Bruselas, 26 de julio de 2017 COM(2017) 405 final. Recuperado de: https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/proposal-implementation-package_en (Consultado el 27/07/2017).
- Consejo de la Unión Europea. (2015). 3405th Council meeting Justice and Home Affairs Brussels, 20 July 2015 11097/15 *Provisional version presse* 49 PR CO 41. Recuperado de: <http://www.consilium.europa.eu/es/meetings/jha/2015/07/20/> (Consultado el 24/07/2017).
- El País.(2016). *La baja participación en el referéndum debilita el desafío xenófobo de Orbán a la UE*. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2016/10/02/actualidad/1475417555_051144.html?rel=lom (Consultado el 12/10/2016).
- El País. (2015). *La UE acuerda el reparto de 120.000 refugiados con cuatro países en contra*. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2015/09/22/actualidad/1442936990_887494.html (Consultado el 20/01/2017).
- El País. (2016). *La UE solo se ha repartido el 3,5% de los refugiados que prometió hace un año*. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2016/09/28/actualidad/1475057959_651744.html (Consultado el 20/01/2017).
- Eurostat. (2015). Recuperado de: <http://europedirect.europa.eu> (Consultado el 10/12/2016).
- Feixas, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, 2(6-7), 91-120.
- Flores, M. (2013). Derecho Internacional de los Refugiados. *Dipublicos*, 27 de marzo. Disponible: <https://dipublicus.wordpress.com/2013/03/27/derecho-internacional-de-los-refugiados/> (Consultado el 4/04/2017).
- Frakl, V. (1991). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frakl, V. (1994). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- Grof, S. (1986). *Psicología Transpersonal: Nacimiento, Muerte y Trascendencia en Psicoterapia*. Barcelona: Kairós.

- Grof, S. (2000). *La psicología del futuro. Lecciones de la investigación moderna de la consciencia*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Huesca González, A. (1999). El derecho a la seguridad en la base del desarrollo. *Revista Miscelánea*, 67, 75-96.
- Huesca González, A. y Ortega Alonso, E. (2007). *La percepción de la inseguridad en Madrid*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- IOM. (2016). Migration flows Europe: Arrivals and Fatalities. *Media Briefing*, 29 noviembre. Disponible en: <http://www.iom.int/newsdesk/20161129> (Consultado el 30/11/2016).
- Ituarte Tellaeche, A. (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI.
- Ituarte Tellaeche, A. (2017). *Prácticas de trabajo social clínico*. Valencia: Nau Llibres.
- Martagón Moreno, C. y Morán Carrillo, J.M. (2009). Investigación sobre los orígenes, circunstancias y expectativas que determinan la condición de refugiado. *Documentos de Trabajo Social*, 46, 57-84.
- Maslow, R. (1970). *Motivation and personality*. (2ªed.). Nueva York: Harper y Row. Recuperado de: <http://midgaardresearch.wordpress.com> (Consultado 10/05/2016).
- Mayor, J. y Labrador, F. J. (1984). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En: *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Mogherini, F. (2016). *Una visión común, una actuación conjunta: una Europa más fuerte. Estrategia global para la política exterior y de seguridad de la Unión Europea*. Bruselas: Comisión Europea.
- Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: FCE.
- ONU. Comisión para la Seguridad Humana. (2003). *La seguridad humana ahora*. Recuperado de: www.un.org (Consultado el 18/04/2016).
- ONU. Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. (2001). *Resolución 1368*. Recuperado de: www.un.org (Consultado 26/03/2016).
- ONU. Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio. (2004). *Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oficina de Comunicación y Relaciones Institucionales del Ministerio del Interior. (2017). Recuperado de: http://www.huffingtonpost.es/2017/03/30/de-los-17-387-refugiados-que-espana-se-comprometio-a-acoger-en-2_a_22018585/ (Consultado el 04/04/2017).
- Perls, F. (1975). *Yo, hambre y agresión*. México, D.F.: FCE.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1994). *Informe sobre desarrollo humano 1994: Nuevas dimensiones de la seguridad humana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rogers, C.R. (1975). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Vega Pascual, M.J. (1996). Fases de la intervención social con refugiados. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 4, 155-181.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (comps.) (1997). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Zamarrillo Peral, T. (2000). El trabajo social en la sociedad de la incertidumbre. En C.Escobar (ed.), *El trabajo social en la era de la incertidumbre. Actas del I Congreso de estudiantes de Trabajo Social*. (Salamanca: Universidad de Salamanca. Colección Aquilafuente 13, celebrado 26 y 27 de noviembre de 1999).