

Artículo original

# Más allá del acceso: mujeres brasileñas racializadas y salud mental en Portugal

## Beyond access: mental health among racialized Brazilian women in Portugal

### Para além do acesso: mulheres brasileiras racializadas e saúde mental em Portugal

Izabela Pinheiro<sup>1</sup>   
 Mariana Holanda Rusu<sup>2</sup> 

Conceição Nogueira<sup>3</sup>   
 Joana Topa<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Contacto para correspondencia. Universidade do Porto (Porto). Portugal. izabelampinheiro@gmail.com

<sup>2,3</sup>Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Universidade do Porto (Porto). Portugal. marirusu@gmail.com, cnogueira@fpce.up.pt

<sup>4</sup>Universidade da Maia (Maia). Portugal. jtopa@umaia.pt

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** El flujo migratorio de mujeres brasileñas hacia Portugal se ha intensificado en las últimas décadas, impulsado por expectativas de seguridad, estabilidad y mejores condiciones de vida. Sin embargo, la realidad vivida a menudo contrasta con estas expectativas, marcada por la precarización laboral, el racismo institucional y la exclusión social, factores que generan malestar psicológico y motivan la búsqueda de apoyo psicológico. **OBJETIVO:** Comprender cómo las mujeres brasileñas racializadas experimentan la búsqueda y recepción de apoyo psicológico en Portugal, considerando los marcadores sociales de la diferencia, como género, raza, clase y nacionalidad. **MÉTODO:** Este estudio cualitativo, fundamentado en el feminismo interseccional y decolonial y en el construccionismo social, realizó quince entrevistas semiestructuradas con mujeres inmigrantes que buscaron atención psicológica después de la migración. Los datos se analizaron mediante análisis temático reflexivo. **RESULTADOS:** El análisis reveló que la búsqueda de atención emerge como respuesta a un sufrimiento estructural, causado por la brecha entre las expectativas de acogida y las experiencias de discriminación, soledad e inestabilidad. Las participantes enfrentaron múltiples barreras de acceso financieras, burocráticas y simbólicas, que evidencian la persistencia de jerarquías coloniales en los servicios de salud mental. En el encuadre terapéutico, la ausencia de competencias multiculturales resultó en experiencias de silenciamiento, incomprensión y revictimización. Como contrapunto, emergieron estrategias creativas de resistencia, como la atención online con profesionales brasileños/as y la articulación con redes comunitarias de cuidado. **CONCLUSIÓN:** El estudio contribuye a los debates contemporáneos sobre migración, salud mental e interseccionalidad, reforzando la urgencia de políticas públicas y prácticas clínicas culturalmente responsivas, comprometidas con la justicia social, la ética del cuidado y la descolonización de la psicología.

**PALABRAS CLAVE:** Estrés Psicológico. Racismo. Competencia Cultural. Discriminación Social. Psicoterapia.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** The migratory flow of Brazilian women to Portugal has intensified in recent decades, driven by expectations of security, stability, and better living conditions. However, lived reality often contrasts sharply with these expectations, marked by precarious employment, institutional racism, and social exclusion, factors that generate psychological distress and motivate the search for psychological support. **OBJECTIVE:** To understand how racialized Brazilian women experience seeking and receiving psychological support in Portugal, considering the social markers of difference, gender, race, class, and nationality. **METHOD:** This qualitative study, grounded in intersectional and decolonial feminism and social constructionism, conducted fifteen semi-structured interviews with immigrant women who sought psychological care after migration. Data were analyzed using reflexive thematic analysis. **RESULTS:** The analysis revealed that the search for care emerges as a response to structural suffering, caused by the gap between expectations of welcome and experiences of discrimination, loneliness, and instability. Participants faced multiple access barriers, financial, bureaucratic, and symbolic, that evidence the persistence of colonial hierarchies in mental health services. In the therapeutic setting, the absence of multicultural competencies resulted in experiences of silencing, misunderstanding, and revictimization. As a counterpoint, creative resistance strategies emerged, such as online therapy with Brazilian professionals and engagement with community-based care networks. **CONCLUSION:** The study contributes to contemporary debates on migration, mental health, and intersectionality, reinforcing the urgency of culturally responsive public policies and clinical practices committed to social justice, ethics of care, and the decolonization of psychology.

**KEYWORDS:** Psychological Stress. Racism. Cultural Competency. Social Discrimination. Psychotherapy.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** O fluxo migratório de mulheres brasileiras para Portugal tem se intensificado nas últimas décadas, impulsionado por expectativas de segurança, estabilidade e melhores condições de vida. No entanto, a realidade vivida muitas vezes contrasta com essas expectativas, sendo marcada por precarização laboral, racismo institucional e exclusão social, fatores que geram sofrimento psíquico e motivam a busca por apoio psicológico. **OBJETIVO:** Compreender como mulheres brasileiras racializadas experienciam a busca e o recebimento de apoio psicológico em Portugal, considerando os marcadores sociais da diferença, como gênero, raça, classe e nacionalidade. **MÉTODO:** Este estudo qualitativo, fundamentado no feminismo interseccional e decolonial e no construcionismo social, realizou quinze entrevistas semiestruturadas com mulheres imigrantes que buscaram acompanhamento psicológico após a migração. Os dados foram analisados através de análise temática reflexiva. **RESULTADOS:** A análise revelou que a busca por cuidado emerge como resposta a um sofrimento estrutural, provocado pelo descompasso entre expectativas de acolhimento e vivências de discriminação, solidão e instabilidade. As participantes enfrentaram múltiplas barreiras de acesso financeiras, burocráticas e simbólicas, que evidenciam a permanência de hierarquias coloniais nos serviços de saúde mental. No contexto terapêutico, a ausência de competências multiculturais resultou em experiências de silenciamento, incompreensão e revitimização. Como contraponto, emergem estratégias criativas de resistência, como o atendimento online com profissionais brasileiras/os e a articulação com redes comunitárias de cuidado. **CONCLUSÃO:** O estudo contribui para os debates contemporâneos sobre migração, saúde mental e interseccionalidade, reforçando a urgência de políticas públicas e práticas clínicas culturalmente responsivas, comprometidas com a justiça social, a ética do cuidado e a descolonização da psicologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estresse Psicológico. Racismo. Competência Cultural. Discriminação Social. Psicoterapia.

## Introducción

La migración de mujeres desde el Sur Global hacia el Norte Global se configura como un proyecto atravesado por expectativas de mejora en las condiciones de vida, seguridad y estabilidad. Sin embargo, la distancia entre las oportunidades imaginadas y las realidades vividas suele ser profunda, marcada por la inserción en empleos precarios y por múltiples obstáculos institucionales (Azevedo et al., 2022). En este contexto, muchas mujeres migrantes enfrentan condiciones laborales inestables y vulnerabilidad económica, dimensiones que inciden directamente en la producción de malestar psíquico (Alarcão et al., 2024). En Portugal, estas dinámicas se ven intensificadas por el avance de discursos antiinmigración y el fortalecimiento de sectores de extrema derecha, que legitiman narrativas excluyentes y profundizan la marginalización social (Stevens et al., 2024).

La fractura entre expectativa y experiencia produce formas persistentes de inseguridad, miedo e invisibilización, configurando sufrimientos psíquicos producidos por relaciones estructurales que no pueden reducirse a trayectorias individuales. Se trata de violencias estructurales que organizan jerarquías de valor entre vidas, atravesadas por la intersección de género, raza, clase y nacionalidad (Collins & Bilge, 2021; Crenshaw, 2017), y agravadas por barreras persistentes en el acceso a los sistemas de salud (Tourinho et al., 2024). Este sufrimiento no se distribuye de manera homogénea: las posiciones sociales producidas en la intersección de estos marcadores configuran vulnerabilidades diferenciadas y condicionan tanto las trayectorias migratorias como las formas de exposición a la exclusión (Collins & Bilge, 2021; Crenshaw, 2017). La migración se configura, así, como una experiencia ambivalente, capaz de abrir posibilidades de transformación, al mismo tiempo que expone a las mujeres a nuevas formas de violencia estructural (Azevedo et al., 2022; Lantz et al., 2023).

La racialización se comprende como un proceso histórico y social que produce jerarquías entre cuerpos e identidades, atribuyendo significados desiguales a elementos como el acento, la nacionalidad y las prácticas culturales (Kilomba, 2019; Vergès, 2020). Desde una perspectiva decolonial, todas las mujeres brasileñas están sujetas a procesos de racialización en el contexto portugués, siendo posicionadas como "otras" frente a normas eurocéntricas de pertenencia. No obstante, el color de piel se articula con otros marcadores, como el acento, la nacionalidad, el género y la clase, produciendo intensidades y formas diferenciadas de exclusión. Esta lectura desplaza las nociones de blanquitud y no blanquitud como categorías fijas y permite analizar el racismo como un proceso dinámico de producción de desigualdades, coherente con el marco decolonial e interseccional que orienta este estudio (Pereira, 2022).

La lengua compartida y los vínculos históricos entre Brasil y Portugal, frecuentemente movilizados como facilitadores de la integración, pueden operar como mecanismos que refuerzan formas sutiles de racismo bajo la apariencia de familiaridad (França & Oliveira, 2021). Estas dinámicas se expresan en prácticas cotidianas de descalificación y objetificación que restringen el acceso a derechos y condiciones de vida dignas, produciendo sufrimiento psíquico como expresión de una violencia interseccional. En este escenario, el malestar psíquico evidencia la persistencia de fronteras coloniales inscritas en los cuerpos y trayectorias de estas mujeres (Barata, 2022).

Frente a estas condiciones, la búsqueda de apoyo psicológico se configura como una forma de sostenerse frente a contextos de exclusión, frecuentemente activada en momentos de crisis marcados por experiencias de discriminación, aislamiento social y tensiones asociadas al proceso migratorio (Alarcão et al., 2024; Ryan et al., 2021; Teixeira et al., 2025). Evidencias internacionales indican que las personas migrantes, en particular las mujeres, presentan mayor vulnerabilidad al desarrollo de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático e ideación suicida en comparación con la población nativa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Los impactos psicosociales no pueden comprenderse al margen de las condiciones materiales de existencia, ya que se encuentran directamente vinculados a dinámicas de exclusión estructural que, con frecuencia, son medicalizadas en lugar de ser abordadas como determinantes sociales de la salud (Lantz et al., 2023). En este sentido, la búsqueda de atención psicológica trasciende la esfera individual y adquiere una dimensión política, al constituirse como afirmación del derecho a existir con dignidad, particularmente en contextos atravesados por desigualdades de género (Tourinho et al., 2024).

No obstante, el acceso a una atención psicológica culturalmente sensible sigue siendo limitado. En Portugal, las mujeres migrantes enfrentan listas de espera prolongadas, burocracias complejas y elevados costos en el sector privado (Inácio et al., 2025). A estas barreras se suman formas más sutiles de exclusión, ancladas en jerarquías coloniales y en modelos clínicos universalistas que desconocen las diferencias sociales y culturales (Pussetti et al., 2009). A pesar del principio de universalidad que orienta el Servicio Nacional de Salud (SNS), persisten asimetrías significativas, incluyendo barreras lingüísticas y culturales, desconfianza institucional, escasez de profesionales con formación intercultural y ausencia de protocolos que orienten prácticas culturalmente situadas (Inácio et al., 2025; Tourinho et al., 2024). Para las personas en situación migratoria irregular, estas barreras se intensifican, derivando con frecuencia en la negación de derechos básicos y en la evitación de los servicios de salud (Stevens et al., 2024). Dinámicas similares han sido observadas en contextos como el canadiense, donde personas migrantes racializadas enfrentan desigualdades persistentes tanto en el acceso como en la calidad de la atención en salud

mental, evidenciando que sistemas que se presentan como universales continúan operando a través de jerarquías raciales (Lin, 2023).

### **Entre la invisibilidad y la insurgencia: mujeres brasileñas racializadas y el apoyo psicológico en Portugal**

Entre aquellas que acceden a servicios psicológicos, muchas relatan encuentros con profesionales que presentan dificultades para comprender las especificidades de la experiencia migratoria y la manera en que género, clase, raza y nacionalidad se articulan en la producción del sufrimiento psíquico. La falta de competencia cultural se manifiesta en la minimización de experiencias de racismo y xenofobia, en la individualización de malestares socialmente producidos y en la reproducción de estereotipos dentro del espacio terapéutico (Pussetti et al., 2009). De este modo, espacios concebidos para la escucha y el cuidado pueden convertirse en escenarios de revictimización, donde el sufrimiento es reducido a síntomas individuales desvinculados de sus condiciones sociales de producción. Dinámicas similares han sido documentadas en otros contextos europeos, donde la ausencia de espacios empáticos limita la implicación de pacientes migrantes en los procesos terapéuticos (Radl-Karimi et al., 2022). Estas brechas evidencian los límites de los sistemas de salud mental para abordar las dinámicas de poder coloniales e interseccionales (Pereira, 2022).

Frente a estas condiciones, las mujeres migrantes han desarrollado estrategias alternativas de acceso al cuidado psicológico que desbordan las fronteras nacionales y tensionan la lógica institucional. La búsqueda de profesionales de la misma nacionalidad ya sea residentes en Brasil o en otros países, que ofrecen atención en línea se ha consolidado como una práctica transnacional, impulsada por la necesidad de espacios seguros y validantes. Compartir un mismo universo simbólico elimina la necesidad de traducir o justificar las propias experiencias, favoreciendo conexiones terapéuticas inmediatas y profundas (Pussetti et al., 2009). En este escenario, la lengua compartida y las referencias culturales comunes resultan centrales para la construcción de confianza y para la expresión emocional, especialmente entre mujeres brasileñas que buscan validación a través de sesiones en línea con profesionales de su mismo origen (Teixeira et al., 2025).

Las intervenciones mediadas por tecnologías digitales han sido asociadas con reducciones en el malestar psicológico entre poblaciones migrantes y refugiadas (Hynie et al., 2023), y la proximidad cultural y lingüística ha sido identificada como un factor que facilita el vínculo terapéutico y mejora la utilización de los servicios (Lin, 2023).

Estas prácticas se sostienen en redes informales de apoyo migrante, donde circulan recomendaciones, experiencias y saberes, y donde se construyen colectivamente repertorios de cuidado. Junto a la psicoterapia individual, los colectivos de personas inmigrantes y los grupos de apoyo entre pares funcionan como arreglos significativos de cuidado para estas poblaciones (Teixeira et al., 2025). Tales prácticas no solo responden a las limitaciones de los servicios portugueses, sino que también expresan formas de agencia que cuestionan las epistemologías terapéuticas eurocéntricas. Al articular circuitos de apoyo transnacionales y comunitarios, estas mujeres configuran trayectorias alternativas de cuidado basadas en la validación compartida y en el rechazo de prácticas que invisibilizan o patologizan sus experiencias (Pussetti et al., 2009; Pereira, 2022).

Aunque la literatura internacional sobre salud mental de personas migrantes ha crecido de manera significativa, gran parte de los estudios se ha centrado en el acceso a servicios, la prevalencia de trastornos y las barreras estructurales (OMS, 2025). Son menos frecuentes las investigaciones que analizan la calidad de la relación terapéutica y las experiencias vividas por las personas migrantes durante el proceso de atención psicológica (Pussetti et al., 2009; Radl-Karimi et al., 2022). Aún más escasos son los estudios que incorporan perspectivas interseccionales y decoloniales para examinar cómo género, raza, clase y nacionalidad configuran las posibilidades de escucha y cuidado clínico (Rocha-Jiménez et al., 2025). En el contexto portugués, a pesar del crecimiento significativo de la migración brasileña y del papel central de las mujeres en estos flujos, siguen siendo limitadas las investigaciones que abordan las experiencias de búsqueda y recepción de apoyo psicológico, así como las estrategias transnacionales y colectivas desarrolladas para enfrentar las limitaciones del sistema.

A partir de este escenario, el presente estudio investiga, desde una epistemología feminista interseccional y decolonial, la siguiente pregunta de investigación:

*¿Cómo experimentan las mujeres brasileñas racializadas el acceso y la implicación en el apoyo psicológico en Portugal, y de qué manera estas experiencias están configuradas por la intersección de género, raza, clase socioeconómica y nacionalidad?* A partir de esta pregunta, el estudio busca comprender cómo estas mujeres producen sentidos sobre sus trayectorias de acceso y experiencia en el cuidado psicológico, analizando cómo las desigualdades estructurales se inscriben en las relaciones terapéuticas y configuran las posibilidades de cuidado. Asimismo, se propone identificar las estrategias individuales, colectivas y transnacionales desarrolladas para enfrentar las limitaciones del sistema portugués de apoyo psicológico, ampliando los repertorios disponibles de cuidado. Este estudio contribuye al desarrollo de prácticas psicológicas culturalmente situadas y estructuralmente competentes, alineadas con compromisos de equidad, justicia social y reconocimiento de las epistemologías y experiencias de mujeres del Sur Global en contextos de movilidad.

## Método

Este estudio cualitativo, de carácter exploratorio, se orienta por un marco teórico que integra el feminismo interseccional y decolonial (Collins & Bilge, 2021; Crenshaw, 2017; Vergès, 2020) con el construccionismo social (Rogers & Willig, 2017). Este enfoque permite comprender la búsqueda de apoyo psicológico como una experiencia situada en la intersección de género, raza, clase y nacionalidad, reconociendo que el sufrimiento y el cuidado se producen en contextos históricos y políticos que configuran quién accede al apoyo terapéutico. La redacción del estudio siguió las recomendaciones del Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), que orientan la transparencia y el rigor en la presentación de investigaciones cualitativas (Tong et al., 2007).

Participaron quince mujeres brasileñas residentes en Portugal, que cumplían los siguientes criterios: (a) ser mujer brasileña residente en Portugal; (b) tener 18 años o más; y (c) haber recurrido a apoyo psicológico tras la migración. Las edades oscilaron entre 29 y 51 años ( $M = 37,1$ ;  $DE = 6,4$ ). Seis participantes se identificaron como negras, ocho como mestizas y una como blanca. Aunque todas, en tanto mujeres brasileñas en Portugal, están sujetas a procesos de

racialización, el registro del color de piel permitió captar la diversidad interseccional de las experiencias, reconociendo que la racialización opera con intensidades y formas diferenciadas. Todas se identificaron como mujeres cisgénero. El nivel educativo varió desde formación técnica hasta estudios de maestría. Doce participantes se encontraban empleadas y tres eran estudiantes. El tiempo de residencia en Portugal varió entre uno y veintiún años ( $M = 5,1$ ;  $DE = 4,9$ ). El número de participantes se consideró adecuado para generar interpretaciones densas y significativas, en coherencia con los supuestos epistemológicos del Análisis Temático Reflexivo, que prioriza la profundidad analítica sobre la saturación de datos (Braun & Clarke, 2021). Un resumen de las características sociodemográficas se presenta en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de las participantes*

Participante	Edad	Identidad étnico-racial autodeclarada	Identidad de género	Orientación sexual	Nivel educativo	Estado civil	Profesión	Situación laboral	Años en Portugal
IMG01	39	Mestiza	Mujer cis	Heterosexual	Maestría	Casada	Estudiante	Desempleada	5
IMG02	51	Mestiza	Mujer cis	Heterosexual	Formación técnica	Casada	Cocinera	Empleada	21
IMG03	40	Mestiza	Mujer cis	Heterosexual	Licenciatura	Casada	Estudiante	Desempleada	1
IMG04	42	Negra	Mujer cis	Heterosexual	Licenciatura	Casada	Esteticista	Empleada	5
IMG05	33	Negra	Mujer cis	Bisexual	Licenciatura	Casada	Limpiadora	Empleada	2
IMG06	33	Negra	Mujer cis	Bisexual	Maestría	Soltera	Estudiante	Desempleada	6
IMG07	46	Negra	Mujer cis	Heterosexual	Maestría	Soltera	Abogada	Empleada	4
IMG08	35	Blanca	Mujer cis	Heterosexual	Maestría	Casada	Empleada administrativa	Empleada	7
IMG09	34	Mestiza	Mujer cis	Heterosexual	Maestría	Casada	Abogada	Empleada	8
IMG10	32	Mestiza	Mujer cis	Lesbiana	Maestría	Soltera	Ingeniera	Empleada	2
IMG11	36	Mestiza	Mujer cis	Heterosexual	Licenciatura	Soltera	Consultora de TI	Empleada	6
IMG12	37	Negra	Mujer cis	Heterosexual	Licenciatura	Casada	Gerente de proyectos	Empleada	1
IMG13	33	Mestiza	Mujer cis	Heterosexual	Licenciatura	Divorciada	Ventas de TI	Empleada	3
IMG14	30	Negra	Mujer cis	Bisexual	Posgrado	Casada	Enfermera	Empleada	3
IMG15	29	Mestiza	Mujer cis	Heterosexual	Licenciatura	Casada	Gerente de nutrición	Empleada	3

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales semiestructuradas realizadas entre mayo y octubre de 2024, con una duración media de 90 minutos. Las entrevistas se llevaron a cabo en formato online y siguieron una guía compuesta por dos partes. Todas fueron conducidas por la primera autora, psicóloga e investigadora doctoral con experiencia previa en estudios cualitativos sobre migración y salud mental. El compartir la lengua y el trasfondo cultural con las participantes facilitó la construcción de vínculo durante las entrevistas, al tiempo que se mantuvo una atención reflexiva respecto a posibles asimetrías de poder y a la influencia de la posición de la investigadora en el proceso de investigación.

La primera parte de las entrevistas incluyó preguntas desarrolladas a partir de una revisión de la literatura sobre migración, salud mental y prácticas psicológicas culturalmente situadas, organizadas en dos ejes temáticos principales:

1. **Apoyo psicológico:** abordando las motivaciones para buscar ayuda, el proceso de acceso a los servicios y las experiencias en psicoterapia, incluyendo percepciones sobre la preparación técnica y personal de los profesionales, desafíos y logros dentro de la relación terapéutica, así como los impactos psicosociales del apoyo recibido (por ejemplo, “¿Qué te motivó a buscar apoyo psicológico después de migrar?”, “¿Cómo encontraste y accediste a este servicio?”, “¿El apoyo psicológico tuvo un impacto significativo en tu vida?”);

2. **Competencias multiculturales y recomendaciones:** explorando las percepciones de las participantes sobre el trabajo de psicólogos/as con poblaciones migrantes racializadas, así como sugerencias para mejorar las prácticas clínicas (por ejemplo, “Como mujer inmigrante racializada, ¿qué recomendaciones ofrecerías a profesionales de la psicología que trabajan con esta población?”).

La segunda parte de la guía consistió en un cuestionario sociodemográfico orientado a caracterizar el perfil de las participantes, incluyendo variables como edad, tiempo de residencia en Portugal, nivel educativo, estado civil, área profesional y situación laboral.

Para asegurar que el instrumento reflejara adecuadamente los objetivos del estudio, se aplicó el marco de validación cualitativa Vali-Quali, que permite evaluar el contenido y la semántica de guías de entrevista semiestructuradas. El proceso incluyó seis etapas integradas: elaboración inicial, revisión por expertos, análisis de resultados, pretest, refinamiento y validación, culminando en la versión teórico-empírica final del instrumento. La validez fue evaluada a partir de cuatro dimensiones: coherencia con los objetivos de investigación, alineación con los constructos teóricos, claridad del lenguaje y adecuación a la investigación cualitativa (Torlig et al., 2022). Dos especialistas (doctoras/es en Psicología Social) revisaron la guía en términos de claridad, relevancia y coherencia, y sus aportes fueron incorporados. Este proceso fortaleció el rigor metodológico del estudio al garantizar la consistencia entre el instrumento, los objetivos y el marco teórico.

Las participantes fueron reclutadas mediante muestreo por conveniencia y técnica de bola de nieve, a través de redes sociales y colaboraciones con colectivos de personas migrantes. El contacto inicial se realizó por correo electrónico o teléfono, momento en el cual se explicaron los objetivos del estudio y los procedimientos éticos. No se registraron rechazos entre las personas contactadas que cumplieran los criterios de elegibilidad. La participación fue voluntaria y formalizada mediante la firma de un consentimiento informado, garantizando anonimato, confidencialidad y protección de datos. El estudio contó con la aprobación de un comité de ética institucional. Con el consentimiento de las participantes, todas las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas de forma literal. Tras cada entrevista se elaboraron notas de campo para documentar aspectos contextuales, observaciones reflexivas y elementos que contribuyeran a la interpretación de las narrativas.

El análisis de los datos se realizó siguiendo los principios del Análisis Temático Reflexivo (Braun & Clarke, 2019), un enfoque que reconoce los significados presentes en las narrativas como construcciones situadas social y contextualmente, atravesadas por relaciones de poder. El proceso analítico siguió las seis fases propuestas por Braun y Clarke (2019): familiarización con los datos, codificación inicial, generación y revisión de temas, definición y denominación de los temas y elaboración del informe. Se utilizó el software MAXQDA (versión 24) para la organización y codificación del material.

La codificación inicial fue realizada por la primera autora, y los temas emergentes fueron discutidos de forma iterativa con las coautoras a lo largo del proceso analítico, favoreciendo el diálogo reflexivo y el refinamiento de las interpretaciones a partir de los datos. Durante todo el análisis se mantuvo una postura reflexiva, orientada a que los temas emergieran de las narrativas en diálogo con el marco teórico, permitiendo una interpretación crítica y situada de las experiencias.

Ancladas en epistemologías feministas y decoloniales, se desarrollaron prácticas reflexivas continuas, incluyendo la elaboración de memorandos analíticos y la interpretación colaborativa, con el objetivo de examinar críticamente cómo nuestras posiciones sociales influyeron en el proceso de investigación.

Aunque el compartir la lengua facilitó la construcción de vínculo, se mantuvo atención constante a las asimetrías de poder. En lugar de buscar eliminar la subjetividad, la postura reflexiva adoptada buscó hacer visibles las condiciones de producción del conocimiento, fortaleciendo así el rigor metodológico y la responsabilidad ética del estudio.

## Resultados

Desde una perspectiva feminista interseccional y decolonial, en articulación con el construccionismo social (Collins & Bilge, 2021; Vergès, 2020), el análisis de las narrativas de las participantes permitió identificar dimensiones interconectadas que atraviesan sus comprensiones sobre la salud mental, las dificultades enfrentadas y los impactos de la experiencia migratoria. Estos resultados dan cuenta de la complejidad de las trayectorias de mujeres brasileñas migrantes, configuradas por la articulación entre factores individuales, socioculturales e institucionales.

El análisis evidenció cómo el acento, la nacionalidad, el género y la clase operan junto al color de piel en la configuración de las experiencias que las participantes trajeron a las entrevistas, produciendo configuraciones distintas de vulnerabilidad y reconocimiento a lo largo de la muestra. A partir del análisis temático reflexivo, estos patrones de significado fueron organizados en los temas y subtemas presentados en la Tabla 2.

**Tabla 2.**  
Temas y subtemas

Temas	Subtemas
Migración, malestar psicológico y búsqueda de apoyo terapéutico	Impactos psicosociales de la migración y violencia estructural Vínculos terapéuticos previos y motivaciones para buscar psicoterapia La migración como ruptura y reconstrucción subjetiva
Acceso a los servicios de salud mental: barreras, redes y estrategias transnacionales	Barreras para la atención psicológica: violencia económica, burocrática y simbólica Redes terapéuticas transnacionales y comunitarias: vías alternativas
Experiencias de apoyo psicológico y recomendaciones para una práctica culturalmente sensible	El encuentro terapéutico: vínculo, escucha y rupturas Resultados e impactos del apoyo psicológico Hacia una psicología decolonial e interseccional: recomendaciones de las participantes

*Nota.* Los subtemas resumen patrones recurrentes identificados mediante análisis temático reflexivo (Braun & Clarke, 2019).

### Migración, malestar psíquico y búsqueda de apoyo terapéutico

Las participantes describen la experiencia migratoria como un acontecimiento transformador y ambivalente, en el que género, raza y estatus migratorio emergen como dimensiones inseparables que configuran el malestar psíquico y condicionan las formas en que el cuidado psicológico es accedido o reconstruido.

### Impactos psicosociales de la migración y violencia estructural

La llegada a Portugal activa nuevas formas de sufrimiento, marcadas por sentimientos de exclusión, soledad y dificultades de adaptación. Las participantes relatan obstáculos para la construcción de vínculos sociales y para el sostenimiento de sus propias referencias identitarias:

“Me deprimí porque no me gustaba la ciudad, porque no lograba construir relaciones con las personas, las personas no se relacionaban conmigo” (IMG01).

“Es bastante violento tener que dejar de ser quien eres en varias situaciones, ocultar o enmascarar rasgos de tu cultura, de tu apariencia, para poder adaptarte” (IMG06).

Estas estrategias de silenciamiento identitario, frecuentemente movilizadas como respuesta al racismo y a la xenofobia, inciden directamente en la salud mental. La articulación entre malestar psíquico y manifestaciones corporales aparece de forma explícita en diversas narrativas:

“Tuve una crisis de estrés, se me cayeron las pestañas, se me cayeron las cejas... dejé de maquillarme durante casi un año” (IMG05).

“Tuve que parar el coche y respirar, como: ‘Dios mío, necesito respirar, esto está muy mal’” (IMG14).

### **Vínculos terapéuticos previos y motivaciones para buscar psicoterapia**

Entre quienes ya habían iniciado procesos terapéuticos antes de migrar, el apoyo psicológico es situado como un recurso central para enfrentar la experiencia migratoria. La existencia de un vínculo terapéutico previo permitió anticipar y elaborar algunos de los aspectos más difíciles del desplazamiento:

“Yo ya sabía que iba a necesitar terapia; sabía que migrar no iba a ser fácil (...) ya lo tenía claro: no puedo dejar la terapia” (IMG06).

“La terapia me ayudó a tomar la decisión de salir de mi zona de confort y encontrar el coraje para migrar, porque era algo que siempre quise hacer pero nunca había tenido el valor” (IMG07).

En contraste, quienes atravesaron experiencias frustrantes con profesionales señalan la discontinuidad o la inadecuación del cuidado recibido:

“Mi primera psicóloga aquí estuvo bien, pero no estaba alineada con lo que yo necesitaba; la segunda fue increíble, marcó una gran diferencia” (IMG11).

La búsqueda de apoyo psicológico se vincula, en la mayoría de los casos, a experiencias de intenso sufrimiento emocional, asociadas a la desvalorización profesional, la pérdida de redes sociales, el racismo institucional y el agotamiento:

*Caí en una depresión profunda. Incluso pensé que tal vez sería más fácil desaparecer, que todo terminaría si yo ya no estuviera aquí. Pero sentí que tenía que salvarme. Eso fue lo que me llevó a buscar ayuda psicológica.* (IMG01)

“Era ir a terapia o romper un montón de platos y que me despidieran” (IMG05).

La pandemia de COVID-19 intensificó estos procesos, profundizando el aislamiento y el malestar psíquico:

“Fue un proceso doloroso para mí, con la pandemia y todo el mundo encerrado en casa, un ambiente caótico. Tuve que buscar una psicóloga porque no estaba bien” (IMG10).

En estos contextos, la terapia emerge como una forma de sostener la propia integridad frente a condiciones de inestabilidad prolongada.

### **La migración como ruptura y reconstrucción subjetiva**

Aun atravesadas por experiencias intensas de sufrimiento, muchas participantes resignifican la migración como una oportunidad de reconstrucción subjetiva y de fortalecimiento personal. En algunos casos, el desplazamiento aparece como posibilidad de ruptura con contextos previos vividos como opresivos y como apertura a nuevas formas de existir. El distanciamiento de los entornos familiares habilita procesos de autoexploración y transformación identitaria:

“Ya no soy la misma persona. La migración es más una transformación íntima. Miré hacia dentro de mí por primera vez” (IMG03).

*Siento que aquí crecí mucho más. Necesitaba salir de mi contexto en São Paulo, incluso de la iglesia, a la que estaba muy vinculada. Esa ruptura me dio la percepción de que la vida es mucho más compleja, con muchas experiencias. Me hizo entender que mi vida no se limita a la ciudad de São Paulo, a las personas de allí ni a una iglesia. Eso fue importante.* (IMG09)

La migración también posibilita la construcción de autonomía y agencia, especialmente en relación con dinámicas familiares y expectativas sociales:

“Ahora nadie va a gritarme, ahora nadie va a humillarme” (IMG04).

*Fue un punto de inflexión en mi vida, esta inmigración. Por fin logré afirmarme frente a mi familia. Me siento más fuerte, más firme. Soy una mujer de treinta y siete años, tomo las riendas de mi vida, nadie me va a decir qué hacer.* (IMG12)

El proceso migratorio, aun marcado por la adversidad, moviliza el desarrollo de recursos como la resiliencia y el coraje emocional:

*Siento que soy más resiliente, que aprendí mucho sobre cómo tratar con personas, con instituciones. En términos de interculturalidad también aprendí bastante. Eso me hizo una persona más abierta al mundo, menos temerosa. Siento que hoy me lanzo más a las cosas.* (IMG06)

“La migración me obligó a desarrollar una fuerte capacidad de agencia; soy mi mayor aliada” (IMG08).

Estas narrativas configuran la migración como un fenómeno ambivalente, simultáneamente fuente de sufrimiento y espacio de transformación. En la experiencia de atravesar contextos de opresión, las mujeres movilizan recursos de resistencia que permiten reconstruir formas de existir y de cuidarse. La migración se presenta así no como una trayectoria lineal, sino como un proceso complejo en el que coexisten desgaste y fortalecimiento, desafiando lecturas que reducen estas experiencias a la victimización y afirmando la agencia política y subjetiva de las mujeres migrantes.

### **Acceso a los servicios de salud mental: barreras, redes y estrategias transnacionales**

La búsqueda de apoyo psicológico se configura en la intersección entre diferentes capas de sufrimiento y la movilización de estrategias diversas para acceder al cuidado. Las narrativas de las participantes evidencian la articulación entre malestar psíquico, barreras estructurales y redes de apoyo que operan como formas de resistencia.

### **Barreras al cuidado psicológico: violencias económicas, burocráticas y simbólicas**

Las participantes describen múltiples obstáculos en el acceso al apoyo psicológico, configurados por dimensiones económicas, burocráticas y simbólicas que se entrelazan. Algunas relatan dificultades asociadas a la irregularidad documental y a un sentimiento más amplio de exclusión institucional:

“Siempre evité todo lo público aquí, son lugares donde te tratan mal” (IMG09).

“No tenía ningún documento, y hasta en lo relacionado con la salud era complicado” (IMG12).

El costo de la terapia privada y la dificultad para encontrar profesionales sintonizados con sus experiencias también aparecen como barreras significativas. Varias mujeres relatan interrupciones en los procesos terapéuticos por no poder sostenerlos económicamente:

*Después de algunas sesiones ya no podía pagar (...) Y además, yo traía temas de machismo, racismo, de lo importante que era el activismo en mi vida, de cómo necesitaba sentirme validada en ciertas cuestiones, y me sentía tan desvalorizada. Hubo una vez que la terapeuta dijo algo como: ‘Bueno, no todo es machismo’.* (IMG14)

La ausencia de una escucha culturalmente situada y la deslegitimación de experiencias interseccionales comprometen la continuidad del cuidado:

“La cuestión cultural, interseccional, de ser mujer, migrante, racializada, simplemente no era un tema. Y aunque lo mencionaras, no sabían cómo abordarlo” (IMG02).

“Cuestionó mi identidad. Hablé de ser una mujer negra en Portugal y de situaciones de racismo, y ella lo minimizó, esa frase clásica: ‘Ah, pero tampoco eres tan negra’” (IMG06).

Estos relatos evidencian una falta generalizada de preparación de los profesionales para abordar el sufrimiento psíquico de mujeres migrantes, cuyas experiencias son frecuentemente deslegitimadas. La escasez de profesionales con formación culturalmente situada y de espacios terapéuticos inclusivos contribuye a la reproducción del malestar y de las desigualdades en la atención en salud mental.

### **Redes terapéuticas transnacionales y comunitarias: trayectorias alternativas**

El acceso al apoyo psicológico se configuró a través de contextos formales e informales, incluyendo servicios públicos, terapia privada, grupos en línea y colectivos de base. Varias participantes relatan experiencias ambivalentes con el Servicio Nacional

de Salud (SNS) y con espacios universitarios, señalando condiciones precarias y dificultades para construir un vínculo terapéutico:

*Sentía que no lograba crear un vínculo (...) había mucha demanda, ¿sabes? Entonces, otra vez, era una cuestión de precariedad, ella no podía atender a todos los estudiantes que necesitaban terapia, así que las consultas eran muy espaciadas. Creo que eso dificultaba aún más la construcción de ese vínculo.* (IMG10)

“Fui una vez al sistema público de salud y no fue bien. Aunque tenía los papeles en regla, no es un espacio en el que me sienta segura” (IMG07).

Ante la insatisfacción con los servicios públicos, muchas mujeres buscaron alternativas en contextos privados o autogestionados. La terapia grupal y los colectivos entre pares fueron particularmente valorados por ofrecer experiencias de pertenencia y contención emocional:

“Ya hice terapia grupal antes. Y me gusta mucho. Me hace sentir muy bien” (IMG03).

“Vi un anuncio en Facebook, envié un mensaje y funcionó muy bien” (IMG09).

La identificación con profesionales que compartían aspectos de su identidad (género, raza, nacionalidad) fue central en la elección de terapeutas. En particular, psicólogas brasileñas negras fueron percibidas como facilitadoras de una escucha más empática y menos jerárquica:

“Busqué deliberadamente a una mujer negra. Tomar esa decisión fue importante para mí (IMG06).

“Mi terapeuta es brasileña y actualmente vive en Inglaterra” (IMG08).

Incluso cuando las profesionales no compartían estas características, algunas participantes destacaron el valor de una escucha no juzgadora: “Aunque es portuguesa, una mujer blanca, es muy acogedora... no invalida lo que traigo” (IMG14).

Estas experiencias muestran cómo la combinación de redes informales, servicios públicos y privados, y colectivos de base constituye un repertorio de estrategias para acceder al cuidado psicológico.

Este proceso suele estar marcado por dificultades, especialmente en el sistema público. Aun así, ciertos facilitadores, como el apoyo económico y emocional familiar, resultan fundamentales:

“Siempre mi familia. Tenerlos, poder contar con ellos, recibir una ayuda mensual para comida, alquiler y terapia, fue esencial” (IMG09).

Asimismo, las recomendaciones dentro de redes comunitarias operan como recursos clave para encontrar profesionales con una escucha sensible:

“Fue una recomendación (...) estaba muy mal, necesitaba ayuda” (IMG08).

Estas narrativas evidencian que, a pesar de las barreras institucionales, la movilización de redes personales y colectivas desempeña un papel central en el acceso al cuidado, constituyéndose como una forma de resistencia colectiva.

### **Experiencias de apoyo psicológico y recomendaciones para una práctica culturalmente situada**

Las experiencias de apoyo psicológico descritas por las participantes configuran un escenario heterogéneo, atravesado por contrastes marcados entre vivencias de acogida y experiencias de incompreensión. La calidad del vínculo terapéutico y la sensibilidad cultural emergen como elementos decisivos en la configuración del proceso psicoterapéutico.

Más allá de relatar sus experiencias, las participantes formulan recomendaciones que expresan tanto una demanda por transformaciones en la práctica clínica como una crítica colectiva a los límites de la psicología tradicional. En este sentido, señalan la necesidad de una práctica psicológica culturalmente situada, éticamente comprometida y políticamente implicada.

### **El encuentro terapéutico: vínculo, escucha y rupturas**

La construcción de la relación terapéutica aparece como un elemento central en las narrativas, estrechamente vinculada a la calidad de la escucha y a la capacidad del profesional para comprender las realidades de la experiencia migratoria. En algunos casos, la ausencia de sensibilidad cultural y el no

reconocimiento de las especificidades de la vida como mujeres migrantes racializadas dificultaron la posibilidad de apertura:

“Lo intenté, pero no conseguí abrirme. Ella no va a entender mi situación” (IMG04).

*Recuerdo el esfuerzo que hice, y no creo que al final haya entendido (...) Cuando hablaba del contexto migratorio, de ser mujer aquí, brasileña, no blanca, sin el pelo liso, cuando traía todo eso, me di cuenta de que no entendía el peso que eso tenía.* (IMG07)

“No creo que haya logrado construir un vínculo. Ella también era portuguesa, ¿no? Un estilo muy distinto a mi primera experiencia, y terminé abandonando la terapia” (IMG15).

En contraste, cuando hubo una escucha empática y un esfuerzo por comprender, incluso en ausencia de identificación directa, las participantes describen experiencias terapéuticas significativas:

“Entendía todo lo que yo traía, o al menos lo intentaba, aunque estuviera lejos de su propia realidad” (IMG10).

“Sigo con la misma terapeuta hasta hoy... ya me conoce bien” (IMG13).

Entre los elementos que favorecieron experiencias positivas destacan la continuidad del cuidado, la empatía profesional, la lengua compartida y el uso de herramientas terapéuticas que apoyan la regulación emocional:

“Era una persona muy agradable, amable, delicada... yo esperaba que fuera brusca, pero no lo fue” (IMG07).

“Ahora tengo más herramientas... las experiencias en terapia me dieron estrategias para autorregularme” (IMG15).

Sin embargo, muchas participantes enfrentaron dificultades significativas, especialmente cuando sus experiencias fueron minimizadas o interpretadas desde marcos universalizantes:

“Hubo algunas situaciones en las que me sentí mal... ella minimizaba las cosas... como, ¿cómo puedes haber sufrido racismo si ni siquiera eres negra?” (IMG07).

“Es muy difícil ponerse en el lugar del otro cuando no has vivido su realidad” (IMG14).

Incluso en contextos donde se estableció un vínculo positivo, persistieron limitaciones en la comprensión de la experiencia migratoria, evidenciando los límites estructurales de los enfoques psicológicos convencionales:

“No entiende realmente lo que significa ser una inmigrante latinoamericana aquí en Portugal” (IMG09).

Estas percepciones muestran que, más allá de la empatía, el desarrollo de competencias multiculturales resulta fundamental para sostener una práctica de escucha capaz de producir desplazamientos significativos en el espacio terapéutico.

### Resultados e impactos del apoyo psicológico

Los efectos del cuidado psicológico presentan variaciones significativas. En contextos marcados por la falta de comprensión, las participantes relatan experiencias de frustración, abandono del proceso terapéutico y profundización del aislamiento:

“Entonces, ¿soy yo la que está equivocada? Esto no va a funcionar. Lo agradezco, pero no, no es para mí” (IMG04).

“Fue terrible para mí... empecé a rendirme con todo” (IMG07).

En contraste, cuando se establece un vínculo empático y se reconoce la complejidad de la experiencia migratoria, los efectos se describen como profundamente positivos, favoreciendo la autoestima, la autonomía y la madurez emocional:

“Me salvó la vida. Pude reconocer mi potencial y abrazar mi complejidad” (IMG09).

“Ver todo lo que hemos avanzado con el tiempo es muy gratificante” (IMG13).

“Hoy soy una persona más emocionalmente regulada” (IMG15).

Estos relatos muestran que la calidad del vínculo terapéutico y la sensibilidad interseccional del

profesional constituyen factores decisivos en el impacto del cuidado psicológico en la vida de las mujeres migrantes.

### **Hacia una psicología decolonial e interseccional: recomendaciones de las participantes**

Las participantes subrayan la necesidad de una formación profesional que reconozca las dimensiones históricas, sociales y emocionales de la migración, alejándose de modelos clínicos descontextualizados. Señalan que el sufrimiento psíquico no puede comprenderse al margen de las violencias estructurales inscritas en sus trayectorias:

“Lo social tiene que entrar en la clínica. Los psicólogos son muy generalistas (...) el impacto de la migración, de lo social, y nadie se detiene a pensar en eso” (IMG01).

*Las mujeres ya llegan muy golpeadas... no se trata solo de de dónde viene, su nacionalidad, su raza, sino de lidiar con lo que siente, de ver qué está pasando dentro de ella (...) Saber escuchar es una de las mayores profesiones del mundo. (IMG02)*

Sus planteamientos apuntan hacia una práctica de escucha situada, crítica e interseccional, capaz de reconocer las marcas coloniales inscritas en los cuerpos y trayectorias de las mujeres migrantes. La descolonización de la práctica clínica se plantea como una exigencia ética. En este sentido, interpelan a los profesionales a reconocer sus propias posiciones y a evitar la reproducción de estereotipos racializados:

“Necesitan descolonizar la práctica psicológica. Intentar salir de su burbuja” (IMG06).

“Es muy importante prestar atención y superar los estereotipos” (IMG09).

Descolonizar el cuidado psicológico no implica únicamente incorporar nuevos contenidos en la formación, sino adoptar una postura clínica que legitime los saberes de sujetos históricamente marginados y que sostenga prácticas que no invisibilicen ni patologicen sus experiencias. Se trata, ante todo, de una transformación en la forma de posicionarse frente al otro. Las participantes describen una acumulación progresiva de exclusiones y violencias a lo largo de sus trayectorias migratorias, con efectos directos sobre su salud mental, destacando la necesidad de que el

cuidado psicológico reconozca estas múltiples capas de sufrimiento:

“La mayoría de las situaciones por las que pasan las mujeres son acumulativas (...) a veces se acumula tanto que terminamos quebrándonos” (IMG11).

Desde esta perspectiva, la neutralidad clínica es cuestionada y sustituida por una escucha ética, empática y políticamente situada:

“Humanidad, ponerse en el lugar del otro... aunque sea un poco” (IMG04).

“La empatía debería ser básica, sobre todo si alguien trabaja en salud mental” (IMG13).

El desplazamiento de la mirada clínica hacia una escucha más crítica se vuelve fundamental para construir vínculos terapéuticos que reconozcan, en lugar de silenciar, las trayectorias de estas mujeres. Asimismo, las participantes llaman la atención sobre el desgaste emocional asociado a la burocracia del sistema migratorio portugués. La invisibilización de estas experiencias cotidianas aparece como un factor que intensifica el sufrimiento psíquico:

“La gente no tiene idea de lo que es, burocráticamente, ser migrante... saber eso haría una diferencia” (IMG15).

Reconocer esta dimensión como parte de la escucha clínica resulta clave para no reducir el sufrimiento a una cuestión individual. La violencia burocrática también produce daño:

*Sean empáticos, estudien, busquen diferentes experiencias, no se limiten a lo que ya conocen. Cuanto más se expandan, más eficaces serán para trabajar con realidades sociales diversas. Validen lo que traemos, porque lo sentimos. (IMG14)*

En conjunto, las recomendaciones convergen en la defensa de una práctica psicológica más crítica y comprometida socialmente, capaz de reconocer las asimetrías de poder y las condiciones materiales que atraviesan la vida de las mujeres migrantes. Sus narrativas ofrecen contribuciones éticas y epistemológicas que cuestionan la neutralidad clínica y proponen una práctica situada y socialmente responsable. El desarrollo de competencias multiculturales e interseccionales emerge como

condición central para la construcción de espacios terapéuticos verdaderamente acogedores y transformadores.

## Discusión

La búsqueda de apoyo terapéutico entre mujeres brasileñas racializadas en Portugal se configura como un proceso complejo, atravesado por tensiones estructurales y simbólicas. Los resultados muestran que las dificultades en el acceso al cuidado psicológico y las experiencias de revictimización en el espacio terapéutico no son contingentes, sino producidas en la intersección de género, raza, clase y nacionalidad. El acceso a los servicios de salud mental se encuentra permeado por desigualdades interseccionales que reproducen jerarquías coloniales y configuran las posibilidades de escucha, vínculo y validación clínica (Collins & Bilge, 2021; Crenshaw, 2017; Kilomba, 2019; Rocha-Jiménez et al., 2025).

Las narrativas de las participantes sitúan los impactos psicosociales de la migración en una relación directa con la violencia estructural. El malestar psíquico descrito, manifestado en ansiedad, depresión y síntomas somáticos, emerge en el contexto de precariedad, barreras burocráticas y violencias cotidianas enfrentadas en Portugal. Este escenario se intensifica con el avance de discursos antiinmigración y el fortalecimiento de sectores de extrema derecha, que agravan la hostilidad dirigida a las poblaciones migrantes (Stevens et al., 2024). Estos hallazgos dialogan con estudios que evidencian el peso de las condiciones postmigratorias en la salud mental y muestran cómo la intersección de marcadores sociales produce vulnerabilidades específicas (Collins & Bilge, 2021; Crenshaw, 2017).

Para algunas participantes, los vínculos terapéuticos previos en Brasil resultaron fundamentales para atravesar el proceso migratorio, favoreciendo la estabilidad emocional y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Esta continuidad terapéutica transnacional constituye una contribución relevante del estudio, al mostrar cómo las mujeres movilizan activamente recursos para sostener su bienestar en contextos de adversidad estructural, configurando formas de cuidado y resiliencia frente a la precariedad laboral, la discriminación y las barreras institucionales (Azevedo et al., 2022; Teixeira et al., 2025).

En este sentido, la búsqueda de apoyo psicológico se presenta como una respuesta a condiciones estructurales de malestar, frecuentemente activada por experiencias de discriminación, precarización laboral y vulnerabilidad social (Alarcão et al., 2024; Ryan et al., 2021; Teixeira et al., 2025), intensificadas durante la pandemia de COVID-19.

La experiencia migratoria, no obstante, se configura como ambivalente. Si bien la migración hacia Portugal expone a las mujeres a nuevas formas de violencia estructural, también abre posibilidades de emancipación y fortalecimiento. Esta ambivalencia (Azevedo et al., 2022) sitúa el malestar psíquico como parte de procesos de renegociación identitaria (Lantz et al., 2023). Esta dimensión ambivalente se hace presente en los relatos analizados, donde las participantes articulan agencia y vulnerabilidad sin reducirse a posiciones de víctima.

Las barreras en el acceso a los servicios de salud mental revelan formas sistemáticas de exclusión, en las que se entrelazan obstáculos económicos, burocráticos, simbólicos y culturales (Inácio et al., 2025; Rocha-Jiménez et al., 2025; Tourinho et al., 2024). A pesar del discurso de universalidad, la realidad se configura a través de listas de espera prolongadas, falta de información y ausencia de políticas dirigidas a poblaciones migrantes (Inácio et al., 2025; Lin, 2023). La escasez de profesionales con formación multicultural refuerza un ciclo de vulnerabilidad que margina a las mujeres brasileñas, reproduciendo jerarquías raciales y de clase (Pussetti et al., 2009). Estas barreras se intensifican en situaciones de irregularidad migratoria (Stevens et al., 2024). En este escenario, los relatos de las participantes evidencian cómo la proximidad lingüística y cultural, lejos de garantizar acogida, puede sostener jerarquías racializadas en el acceso al cuidado (França & Oliveira, 2021).

Entre quienes lograron acceder al cuidado, las experiencias evidencian brechas profundas en términos de competencia cultural y estructural. Las dificultades para construir vínculos terapéuticos se relacionan con la incapacidad de los profesionales para reconocer el peso de la exclusión, la racialización y las dinámicas de género. La minimización del racismo, la individualización del sufrimiento social y la reproducción de estereotipos configuran procesos simultáneos de silenciamiento y revictimización (Inácio et al., 2025; Pussetti et al., 2009). En este contexto, el espacio terapéutico puede operar como

un lugar de exclusión simbólica, reproduciendo prácticas coloniales (Kilomba, 2019; Vergès, 2020) y desigualdades raciales y de poder (Barata, 2022; Pussetti et al., 2009; Radl-Karimi et al., 2022).

La calidad del encuentro terapéutico emerge como un elemento decisivo: allí donde se establecieron vínculos empáticos, los efectos fueron positivos, favoreciendo la autonomía y la madurez emocional. Estos hallazgos refuerzan que la competencia clínica no puede desvincularse de la sensibilidad cultural y política (Radl-Karimi et al., 2022).

Frente a estas condiciones, las participantes desarrollan estrategias transnacionales que reconfiguran las lógicas de acceso al cuidado. La búsqueda de psicólogas brasileñas en modalidad online constituye una forma de resistencia que desplaza las fronteras territoriales de los sistemas de salud, afirmando el derecho al cuidado y legitimando sus experiencias. La lengua compartida y las referencias culturales comunes facilitan conexiones terapéuticas más inmediatas. El apoyo familiar también emerge como un recurso clave para sostener el acceso a servicios privados. Estudios recientes indican que intervenciones mediadas por tecnologías digitales se asocian con reducciones en síntomas depresivos y ansiosos entre poblaciones migrantes (Hynie et al., 2023). Asimismo, la proximidad cultural y lingüística en la relación terapéutica ha sido identificada como un factor que reduce necesidades no atendidas y mejora el uso de los servicios (Lin, 2023). En este contexto, la terapia online en portugués con profesionales brasileños no solo funciona como una solución práctica frente a barreras institucionales, sino también como un espacio de validación emocional y sostén.

Estas prácticas configuran epistemologías de cuidado que cuestionan los modelos eurocéntricos dominantes, al articular redes transnacionales y comunitarias basadas en la validación mutua (Pereira, 2022). Más allá de la psicoterapia individual, muchas participantes recurren a colectivos y grupos de apoyo, construyendo redes de cuidado comunitario (Teixeira et al., 2025). Al producir espacios de resistencia fuera de las instituciones, estas mujeres tensionan las estructuras de poder que sostienen la exclusión (Vergès, 2020), amplían sus repertorios de cuidado y disputan la centralidad de la psicología clínica occidental.

Nuestros hallazgos muestran que la racialización en los encuentros clínicos opera con intensidades diferenciadas dependiendo de la intersección del color de piel con el acento, la nacionalidad, el género y la clase (Rocha-Jiménez et al., 2025; Teixeira et al., 2025). Para las personas inmigrantes brasileñas en Portugal, los estereotipos hipersexualizados circulan en las relaciones terapéuticas, afectando el vínculo y la adherencia al tratamiento (Barata, 2022; França & Oliveira, 2021), mientras que la ausencia de políticas de salud mental culturalmente situadas (Tourinho et al., 2024) deja estas dinámicas sin abordaje institucional. Las recomendaciones de las participantes convergen en articular un horizonte de práctica que desplaza la neutralidad clínica y centra una escucha situada, atenta a las condiciones materiales que configuran sus vidas. Sus propuestas no demandan únicamente un refinamiento técnico, sino una reorganización de las actitudes clínicas capaz de legitimar el conocimiento producido desde posiciones históricamente marginadas en el discurso psicológico.

## Consideraciones finales

Este estudio muestra que las experiencias de mujeres brasileñas migrantes racializadas con el apoyo psicológico en Portugal se configuran a partir de desigualdades estructurales interseccionales, ancladas en género, raza, clase y nacionalidad. El malestar psíquico emerge de condiciones materiales de exclusión y precariedad, mientras que la migración se presenta como un proceso ambivalente que, al mismo tiempo que expone a nuevas formas de violencia estructural, posibilita la agencia, la reconstrucción identitaria y la recuperación emocional. En este escenario, los vínculos terapéuticos previos establecidos en Brasil resultaron fundamentales para algunas participantes, al garantizar una continuidad del cuidado, dimensión aún poco explorada en la investigación sobre salud mental migrante.

Al situar en el centro las voces de una población escasamente representada en la literatura portuguesa e internacional, este estudio contribuye a una comprensión interseccional y decolonial de la salud mental de mujeres migrantes. Al desplazar el foco hacia la calidad del encuentro terapéutico,

y no únicamente hacia el acceso o la prevalencia (Inácio et al., 2025; Tourinho et al., 2024), el análisis visibiliza estrategias de resistencia como la terapia transnacional con profesionales brasileños y las redes comunitarias de apoyo, que operan como epistemologías alternativas de cuidado. Estas prácticas cuestionan supuestos eurocéntricos sobre el apoyo psicológico y tensionan las fronteras territoriales e institucionales de los sistemas nacionales de salud. No se trata únicamente de respuestas compensatorias frente a servicios insuficientes, sino de prácticas que validan las experiencias de estas mujeres y amplían sus repertorios de cuidado.

Los resultados evidencian que la salud mental se encuentra profundamente condicionada por dinámicas políticas e institucionales. Reconocer el malestar de mujeres migrantes racializadas implica considerar los efectos persistentes de la colonialidad en los encuentros clínicos, en el acceso a los servicios y en las relaciones terapéuticas (Kilomba, 2019; Vergès, 2020). Cuando los profesionales carecen de competencia cultural y estructural, individualizan el sufrimiento social, minimizan el racismo o reproducen estereotipos, el espacio terapéutico se convierte en un lugar de exclusión simbólica. En contraste, cuando la migración es comprendida como un proceso complejo y racializado, la psicoterapia favorece la autonomía, la autoestima y la estabilidad emocional. La competencia clínica no puede desvincularse de la conciencia cultural y política; la sensibilidad interseccional constituye un elemento central en la eficacia del cuidado terapéutico.

Las implicaciones para la práctica y las políticas públicas son significativas. Las recomendaciones de las participantes apuntan a la urgencia de transformar la práctica clínica hacia enfoques antirracistas y decoloniales capaces de abordar el malestar en su dimensión estructural. Esta transformación no se limita a la incorporación de contenidos multiculturales en la formación, sino que requiere una reconfiguración de las posturas clínicas, el desarrollo de una reflexividad crítica y la legitimación de los saberes producidos por comunidades históricamente marginadas. Las políticas de salud mental culturalmente situadas deben considerar las vulnerabilidades específicas de las poblaciones migrantes, especialmente aquellas en situación irregular, que enfrentan formas agravadas de violencia burocrática e institucional. Reconocer estos determinantes estructurales es fundamental

para la construcción de sistemas de salud mental más equitativos e inclusivos.

En última instancia, este estudio muestra que las mujeres migrantes no son receptoras pasivas de cuidado, sino agentes que desafían sistemas excluyentes y producen trayectorias alternativas de bienestar. Sus experiencias constituyen aportes éticos y epistemológicos al proceso más amplio de descolonización del cuidado en salud mental. En un contexto marcado por el avance de discursos antiinmigración y el fortalecimiento de movimientos de extrema derecha en Europa (Stevens et al., 2024), reconocer y sostener estas formas de agencia se vuelve una condición necesaria para avanzar hacia la justicia en salud mental.

### **Limitaciones y direcciones para futuras investigaciones**

Este estudio presenta algunas limitaciones que abren líneas relevantes para futuras investigaciones. La muestra estuvo compuesta por mujeres brasileñas residentes en contextos urbanos y con acceso estable a recursos digitales, lo que limita la transferibilidad de los resultados a poblaciones migrantes en zonas rurales o en condiciones de mayor precariedad. Asimismo, todas las participantes habían accedido a algún tipo de apoyo psicológico. Varias no lograron ingresar al sistema público de salud mental y recurrieron a servicios privados, lo que evidencia cómo las desigualdades de clase condicionan quién puede acceder al cuidado. Las mujeres sin acceso ni a servicios públicos ni a recursos económicos, posiblemente aquellas en situaciones de mayor exclusión estructural, no están representadas en este estudio.

Futuras investigaciones deberían incluir a profesionales de la salud mental para identificar brechas en competencias multiculturales y estructurales, así como profundizar en cómo se articulan clase, raza y migración en los contextos clínicos. El estudio de redes terapéuticas transnacionales, junto con investigaciones longitudinales y comparativas con otros grupos migrantes, permitiría ampliar la comprensión de cómo la racialización y los legados coloniales configuran el acceso al cuidado psicológico. Avanzar en esta agenda resulta fundamental para el desarrollo de prácticas en salud mental más inclusivas y socialmente comprometidas.

## Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres que compartieron sus historias.

## Contribuciones de las autoras

Las autoras declaran haber contribuido sustancialmente al trabajo en términos de concepción y diseño de la investigación; recolección, análisis e interpretación de los datos; así como en la redacción y revisión crítica del contenido intelectual. Todas aprobaron la versión final para su publicación y asumen responsabilidad pública por todos los aspectos del estudio.

## Conflictos de interés

No se declararon conflictos de interés de carácter financiero, legal o político relacionados con terceros (organismos gubernamentales, empresas, fundaciones privadas, entre otros) en ninguna etapa del trabajo, incluyendo financiación, diseño del estudio, elaboración del manuscrito o análisis de los datos.

## Indexadores

La *Revista Psicología, Diversidade e Saúde* es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#), [Latindex - Catálogo 2.0](#) y [LILACS](#).



## Referencias

- Alarcão, V., Candeias, P., Stefanovska Petkovska, M., Neves, J., Pintassilgo, S., Machado, F. L., Santos, O., Virgolino, A., Santos, R. R., Heitor, M. J., & Costa, A. (2024). Insights from the EQUALS4COVID19 study on migrant mental health in Portugal: A cross sectional mixed methods approach [Aportes del estudio EQUALS4COVID19 sobre la salud mental de personas migrantes en Portugal: Un enfoque mixto transversal]. *BMC Public Health*, 24, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19563-x>
- Azevedo, L. F. D., França, T., & Cairns, D. (2022). Es mejor ser pobre aquí: Procesos de toma de decisiones sobre migración y consideraciones políticas y de estilo de vida entre brasileños calificados en Portugal. *Migraciones*, 56, 1–16. <https://doi.org/10.14422/mig.2022.020>
- Barata, C. (2022). "Mix of races, bad uterus": Obstetric violence in the experiences of Afro Brazilian migrants in Portugal ["Mezcla de razas, útero defectuoso": Violencia obstétrica en las experiencias de migrantes afrobrasileñas en Portugal]. *Societies*, 12(3), 78. <https://doi.org/10.3390/soc12030078>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis [Reflexiones sobre el análisis temático reflexivo]. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide* [Análisis temático: Una guía práctica]. SAGE Publications.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade* [Interseccionalidad]. Boitempo.
- Crenshaw, K. W. (2017). *On intersectionality: Essential writings* [Sobre la interseccionalidad: Escritos esenciales]. The New Press.
- França, T., & Oliveira, S. P. (2021). Mulheres migrantes brasileiras como killjoys: Divulgando o racismo em Portugal "amigável" [Mujeres migrantes brasileñas como killjoys: Visibilizando el racismo "amigable" en Portugal]. *Revista Estudos Feministas*, 29(1), e63001. <https://doi.org/10.1590/18094449202100630001>
- Hynie, M., Oda, A., Calaresu, M., Kuo, B. C. H., Ives, N., Jaimes, A., Bokore, N., Beukeboom, C., Ahmad, F., Arya, N., Samuel, R., Farooqui, S., Palmer Dyer, J. L., & McKenzie, K. (2023). Access to virtual mental healthcare and support for refugee and immigrant groups: A scoping review [Acceso a la atención y apoyo virtual en salud mental para personas refugiadas e inmigrantes: Una revisión de alcance]. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(5), 1171–1195. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01521-1>
- Inácio, R., Gonçalves, R., Pires, J., Marques, M. J., & Dias, S. (2025). Access and utilisation of Portuguese mental healthcare services by migrant children and adolescents: Perceptions and experiences of families [Acceso y uso de los servicios portugueses de salud mental por niños, niñas y adolescentes migrantes: Percepciones y experiencias de las familias]. *Children and Youth Services Review*, 178, 108535. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2025.108535>
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano* [Memorias de la plantación: Episodios de racismo cotidiano]. Cobogó.
- Lantz, P. M., Goldberg, D. S., & Gollust, S. E. (2023). The perils of medicalization for population health and health equity [Los riesgos de la medicalización para la salud poblacional y la equidad en salud]. *The Milbank Quarterly*, 101(1), 61–82. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12619>

- Lin, S. L. (2023). Inequities in mental health care facing racialized immigrant older adults with mental disorders despite universal coverage: A population based study in Canada [Inequidades en la atención en salud mental que enfrentan personas mayores inmigrantes racializadas pese a la cobertura universal: Un estudio poblacional en Canadá]. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(9), 1555–1571. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad036>
- Pereira, D. F. (2022). *Decolonialidade e avaliação psicológica* [Decolonialidad y evaluación psicológica]. Vozes.
- Pussetti, C. (Coord.), Ferreira, J. F., Lechner, E., & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental: A construção da competência cultural* [Migrantes y salud mental: La construcción de la competencia cultural]. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Radl-Karimi, C., Nielsen, D. S., Sodemann, M., Batalden, P., & von Plessen, C. (2022). "When I feel safe, I dare to open up": Immigrant and refugee patients' experiences with coproducing healthcare ["Cuando me siento segura, me atrevo a abrirme": Experiencias de pacientes inmigrantes y refugiados en la coproducción de la atención sanitaria]. *Patient Education and Counseling*, 105, 2338–2345. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.009>
- Rocha-Jiménez, T., Torres, I., Cabieses, B., López Cevallos, D. F., & Mercado Órdenes, M. (2025). Intersectionality, racism, and mental health of migrants arriving at borders in Latin America: A qualitative study based on in depth interviews with key informants of the cases of Ecuador and Chile [Interseccionalidad, racismo y salud mental de personas migrantes que llegan a las fronteras de América Latina: Un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad]. *The Lancet Regional Health – Americas*, 44, 101040. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101040>
- Rogers, W. S., & Willig, C. (Eds.). (2017). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* [Manual SAGE de investigación cualitativa en psicología] (2nd ed.). SAGE Publications.
- Ryan, D., Tornberg Belanger, S. N., Perez, G., Maurer, S., Price, C., Rao, D., Chan, K. C. G., & Ornelas, I. J. (2021). Stress, social support and their relationship to depression and anxiety among Latina immigrant women [Estrés, apoyo social y su relación con la depresión y la ansiedad en mujeres inmigrantes latinas]. *Journal of Psychosomatic Research*, 149, 110588. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110588>
- Stevens, A. J., Boukari, Y., English, S., Kadir, A., Kumar, B. N., & Devakumar, D. (2024). Discriminatory, racist and xenophobic policies and practices against child refugees, asylum seekers, and undocumented migrants in European health systems [Políticas y prácticas discriminatorias, racistas y xenófobas contra niños y niñas refugiados, solicitantes de asilo y migrantes indocumentados en los sistemas de salud europeos]. *The Lancet Regional Health – Europe*, 41, 100834. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100834>
- Teixeira, I. N., Silva, P., Alckmin Carvalho, F., & Padilla, B. (2025). "We help each other through it": Community support and labor experiences among Brazilian immigrants in Portugal ["Nos ayudamos mutuamente": Apoyo comunitario y experiencias laborales de personas inmigrantes brasileñas en Portugal]. *Behavioral Sciences*, 15(9), 1283. <https://doi.org/10.3390/bs15091283>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32 item checklist for interviews and focus groups [Criterios consolidados para el reporte de investigación cualitativa (COREQ): Lista de verificación de 32 ítems para entrevistas y grupos focales]. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torlig, E. G. S., Resende Junior, P. C., Fujihara, R. K., Montezano, L., & Demo, G. (2022). Proposta de validação para instrumentos de pesquisa qualitativa (Vali Quali) [Propuesta de validación de instrumentos de investigación cualitativa (Vali Quali)]. *Administração Ensino e Pesquisa*, 23(1), 5–31. <https://doi.org/10.13058/raep.2022.v23n1.2022>
- Tourinho, L. O. S., Sotero, A. P. S., & Rodríguez, P. G. (2024). Migrações forçadas de mulheres e meninas e o direito à saúde: Uma análise comparada das experiências do Brasil, Espanha e Portugal [Migraciones forzadas de mujeres y niñas y el derecho a la salud: Un análisis comparado de las experiencias de Brasil, España y Portugal]. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(16), Artículo e162024104. <https://doi.org/10.61541/hhesqd76>
- Vergès, F. (2020). *Um feminismo decolonial* [Un feminismo decolonial]. Ubu.
- World Health Organization. (2025, September). *Refugee and migrant mental health* [Salud mental de personas refugiadas y migrantes]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health>

## Apéndice

### Guía de entrevista semiestructurada

Experiencias de mujeres inmigrantes y racializadas sobre el apoyo psicológico recibido en Portugal

Bienvenida

Dar la bienvenida a la participante, explicar el objetivo del estudio y reforzar que la participación es voluntaria. Informar que la grabación será utilizada únicamente con fines de transcripción. Los datos recogidos serán confidenciales y no se registrará ninguna información que permita la identificación de la participante. Los resultados serán utilizados exclusivamente con fines de investigación. Iniciar la grabación y solicitar el consentimiento oral.

#### 1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

##### Salud psicológica

- ¿Cómo evaluaría su estado actual de salud mental?
- ¿Accedió a algún servicio de salud mental en Brasil? En caso afirmativo, ¿cuáles y cómo fue la experiencia (por ejemplo, psicoterapia, atención psiquiátrica)?
- Si recibió apoyo en Brasil, en ese momento, ¿lo consideró útil? ¿De qué manera?
- ¿La migración a Portugal afectó su salud mental? En caso afirmativo, ¿de qué forma?
- ¿Qué aspectos del proceso migratorio considera que han afectado más su bienestar psicológico (por ejemplo, nostalgia, adaptación cultural, dificultades económicas)?
- ¿Ha vivido momentos particularmente difíciles desde su llegada? ¿Cómo los afrontó?
- ¿Ha experimentado algún tipo de discriminación en Portugal por ser mujer, inmigrante y/o racializada (por ejemplo, racismo, xenofobia, prejuicio)? ¿Podría describir algunas situaciones?
- ¿Cómo se sintió ante estas situaciones? ¿Buscó ayuda o apoyo posteriormente? En caso afirmativo, ¿de quién y cómo fue el apoyo recibido?
- ¿Cómo cree que estas experiencias han afectado su bienestar psicológico y su proceso de integración?
- ¿Conoce a otras mujeres inmigrantes y racializadas que hayan tenido experiencias similares?
- ¿Existen redes de apoyo o grupos en los que participe o que recomendaría a otras personas en situaciones similares?

##### Apoyo psicológico

- ¿Qué la motivó a buscar apoyo psicológico aquí en Portugal?
- ¿Cómo fue el proceso de búsqueda y acceso a estos servicios? ¿Dónde recibió atención y cómo fue su experiencia (por ejemplo, servicio público, consulta privada, instituciones)?
- ¿Cuáles eran sus principales demandas o motivos de consulta?
- ¿Considera que el/la psicólogo/a estaba preparado/a para atender sus necesidades?
- ¿Considera que el/la psicólogo/a estaba personalmente preparado/a para trabajar con poblaciones inmigrantes racializadas?
- ¿Qué piensa sobre la influencia de las creencias y valores personales de los psicólogos en la intervención con personas inmigrantes y racializadas?
- Durante el proceso terapéutico, ¿experimentó momentos que considera:
  - Desafiantes? En caso afirmativo, ¿podría describirlos?
  - Gratificantes? En caso afirmativo, ¿podría describirlos?
- ¿El apoyo psicológico tuvo impactos significativos en su vida? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron?

## Competencias multiculturales y recomendaciones

- Como mujer inmigrante y racializada, ¿qué recomendaciones daría a profesionales de la psicología que trabajan con esta población?
- ¿Hay algún otro punto que le gustaría añadir? ¿Algún aspecto de su experiencia que desee compartir?
- ¿Existe algún tema que no hayamos abordado y que considere importante mencionar?

**Entrevista realizada el:** \_\_/\_\_/\_\_      **Duración de la entrevista:** \_\_\_\_\_

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Edad: \_\_\_\_\_
- Nivel educativo: \_\_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_
- Identidad de género: \_\_\_\_\_
- Orientación sexual: \_\_\_\_\_
- Identidad étnico-racial (por ejemplo, blanca, negra, amarilla, indígena): \_\_\_\_\_
- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Nacionalidad: \_\_\_\_\_
- Ocupación/profesión: \_\_\_\_\_
- ¿Actualmente trabaja? \_\_\_\_\_
- Tiempo de residencia en Portugal: \_\_\_\_\_

Con esto, la entrevista concluye. Agradecemos nuevamente su participación, que es de gran valor y contribuirá significativamente a este estudio.

### NOTAS DE CAMPO

Durante la entrevista se registrarán notas relativas a elementos objetivos (lugar y hora de la entrevista) y a aspectos subjetivos que puedan surgir, como expresiones no verbales, estado emocional, silencios, posibles incomodidades o dificultades para abordar determinados temas, con el fin de contextualizar la entrevista para su posterior análisis.