

Inclusión social, salud mental y bienestar emocional

PERSPECTIVAS ACADÉMICAS
E INTERVENTIVAS

Coordinación:

Esteban Agullo-Tomás
Jose Antonio Llosa Fernández
Sara Menéndez-Espina
Sofía Moreno Gutiérrez
Beatriz Oliveros Fernández
Pablo Puente Baldomar
María Luz Rivero-Díaz
Elena Rúa Arruñada
Loreto Ventosa Varona

EUROPEAN ANTI-POVERTY NETWORK



RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA
LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN



Inclusión social, salud mental y bienestar emocional

PERSPECTIVAS ACADÉMICAS
E INTERVENTIVAS

Inclusión social, salud mental y bienestar emocional: perspectivas académicas e inter-ventivas.

ISBN: **978-84-09-51497-7**

Depósito Legal: **AS 01556-2023**

Publica y edita:

EAPN – AS [Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Asturias]

C/ José López Ocaña, nº 5. Entresuelo A — 33401, Avilés [Asturias]

Editoras/es [Comisión de estudios y análisis de EAPN Asturias]

Agullo-Tomás, Esteban

Llosa Fernández, Jose Antonio

Menéndez-Espina, Sara

Moreno Gutiérrez, Sofía

Oliveros Fernández, Beatriz

Puente Baldomar, Pablo

Rivero-Díaz, María Luz

Rúa Arruñada, Elena

Ventosa Varona, Loreto

La cita de la contraportada pertenece a la Organización Panamericana de la Salud.

Diseño y maquetación: **Juaco Amado**



Financiación: Esta publicación cuenta con el apoyo económico de la **Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias**.



Licencia Creative Commons 4.0

Los textos publicados en este libro están sujetos a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons desde marzo 2014 (anteriormente Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada). Puede copiarlos, distribuirlos, comunicarlos públicamente y hacer obras derivadas siempre que reconozca los créditos de las obras (autoría, nombre del libro, institución editora) de la manera especificada por los autores o editores. La licencia completa se puede consultar en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

© 2023. Los derechos de autor de los capítulos de este libro corresponden a sus respectivos autores.

© 2020. Los derechos de autor de la presente edición corresponden a EAPN-AS.

ÍNDICE

ÍNDICE

Prólogo

Elena Rúa Arruñada, presidenta de EAPN Asturias

10

Parte 1: Bienestar, diversidad, educación y salud mental

13

■ BER[DE]CINE – DIARIOS DE RODAJE: Programa de creación audiovisual para personas con diversidad funcional

14

María Sol Álvarez Yenes¹ y María Valvidares Suárez²

¹ Asociación Cultural BERDE [berde@berde.org]

² Profesora contratada doctora de Derecho Constitucional, Universidad de Oviedo. Co-directora del Máster en protección jurídica de las personas y los grupos vulnerables [valvidaresmaria@uniovi.es]

■ Espacios de calma en Galicia

21

Lorena Boga García¹

¹ Fundación Ayuda en Acción [lboga@ayudaenaccion.org]

■ Mujer y Adicción: un Análisis de las Necesidades Específicas de Intervención

28

Verónica Concha González¹, M^a Dolores Méndez Méndez², Paloma Aranguren Rico³, Noelia Martínez Menéndez⁴ y Patricia Guerra Mora⁵

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [veronica.concha@sespa.es]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

⁴ Servicio Madrileño de Salud [nmmenendez@salud.madrid.org]

⁵ Servicio de Salud del Principado de Asturias [patricia.guerra@sespa.es]

■ Una propuesta de intervención existencial grupal para personas con trastorno mental grave

36

Luis Jesús Díaz Gutiérrez¹, Noelia Pablos Ballesteros², Laura Cano de Lera³ y Paloma Aranguren Rico⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [luisjesus.diaz@sespa.es]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [noelia.pablos@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [auracanodelera1@gmail.com]

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

■ Efectos de la pandemia en población con trastornos de salud mental preexistentes

43

Enrique Iglesias Martínez¹

¹ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [iglesiasenrique@uniovi.es]

■ **Salud mental y empobrecimiento en el contexto COVID-19: análisis de una muestra representativa de población en España** 52

Beatriz Oliveros Fernández¹, Esteban Agulló-Tomás², José Antonio Llosa Fernández³, Sara Menéndez-Espina⁴ y María Luz Rivero-Díaz⁵

¹ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (oliverosbeatriz@uniovi.es)

² Profesor Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (estomas@uniovi.es)

³ Coordinador del Grado de Educación Social en la Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (joseallosa@facultadpadreosso.es)

⁴ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (menendezsara@uniovi.es)

⁵ Doctoranda, Universidad de Oviedo (mariluzriverodiaz@gmail.com)

■ **Psicoterapia Grupal para la Intervención sobre el Estigma en Personas Diagnosticadas de Trastorno Mental Grave** 59

Cristina Pedrosa Duque¹, Paula Rancano Vázquez¹, Mónica Díaz Méndez¹, María Dolores Méndez Méndez¹, Patricia Guerra Mora¹ y Cristina del Canto Jiménez²

¹ Servicio de Salud de Principado de Asturias (cristina.pedrosa@sespa.es / paula.rancano@sespa.es / monica.diazm@sespa.es / mdolores.mendez@sespa.es / patricia.guerra@sespa.es)

² Servicio de Salud de las Islas Baleares (cristina.delcanto@ssib.es)

■ **Transitando hacia el bienestar psicológico. “Co-descubriendo caminos para superar las violencias con mujeres migrantes víctimas de trata y explotación sexual”** 68

Jose Manuel Suárez¹, Alicia Márquez¹, Silvia Pereira¹ y Lucía Sánchez¹

¹ Fundación de Solidaridad Amaranta (jose.suarez@fundacionamaranta.org / alicia.marquez@fundacionamaranta.org / silvia.pereira@fundacionamaranta.org / lucia.sanchez@fundacionamaranta.org)

Parte 2: Empleo y salud mental 79

■ **Las condiciones laborales como determinantes del síndrome de burnout: Cuando el problema no está en el trabajador** 80

Pablo Álvarez Murias¹ y Esteban Agulló Tomás²

¹ Universitat Oberta de Catalunya (uomuriaspablo@gmail.com)

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (estomas@uniovi.es)

■ **Determinantes del empleo en el suicidio: una mirada desde las expectativas e incertidumbres** 92

José Antonio Llosa¹, Esteban Agulló-Tomás², Sara Menéndez-Espina³, Beatriz Oliveros-Fernández⁴ y María Luz Rivero-Díaz⁵

¹ Coordinador del Grado de Educación Social en la Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (joseallosa@facultadpadreosso.es)

² Profesor Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (estomas@uniovi.es)

³ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (menendezsara@uniovi.es)

⁴ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (oliverosbeatriz@uniovi.es)

⁵ Doctoranda, Universidad de Oviedo (mariluzriverodiaz@gmail.com)

■ Hostilidad, trabajo decente y estrategias de ocultación: determinantes sociales de salud mental en personas empleadas LGTBI+ 104

María Luz Rivero-Díaz¹, Esteban Agulló-Tomás², Jose Antonio Llosa³ y Sara Menéndez-Espina⁴

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (mariluzriverodiaz@gmail.com)

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (estomas@uniovi.es)

³ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (joseallosa@facultadpadreosso.es)

⁴ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (menendezsara@uniovi.es)

Parte 3: Prevención y promoción de la salud mental 113

■ La Burbuja de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: Factores que la Construyen y Ayudan a su Permanencia 114

Paloma Aranguren Rico¹, Laura Cano de Lera², Luis Jesús Díaz Gutiérrez³, Noelia Pablos Ballesteros³ y Verónica Concha González⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias (paloma.aranguren@sespa.es)

² Servicio de Salud del Principado de Asturias (auracanodelera1@gmail.com)

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias (luisjesus.diaz@sespa.es)

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias (veronica.concha@sespa.es)

■ Suicidio en población vulnerable: factores de riesgo y protección 122

Andrea Berros Vallina¹ y María Luz Rivero-Díaz²

¹ Teléfono de la Esperanza (andreaberros@gmail.com)

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (mariluzriverodiaz@gmail.com)

■ El aislamiento social en las personas con Trastorno Mental Grave 131

Laura Cano de Lera¹, Noelia Pablos Ballesteros², Paloma Aranguren Rico³ y Luis Jesús Díaz Gutiérrez⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias (auracanodelera1@gmail.com)

² Servicio de Salud del Principado de Asturias (noelia.pablos@sespa.es)

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias (paloma.aranguren@sespa.es)

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias (luisjesus.diaz@sespa.es)

■ Mitos sobre la Crianza que Influyen Negativamente en el Desarrollo 137

Patricia Guerra Mora¹, María Dolores Méndez Méndez², Cristina Pedrosa Duque³, Noelia Martínez Menéndez⁴ y Verónica Concha González⁵

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias (patryguerra@hotmail.com)

² Servicio de Salud del Principado de Asturias (mdolores.mendez@sespa.es)

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias (cristina.pedrosa@sespa.es)

⁴ Servicio Madrileño de Salud (nmmenendez@salud.madrid.org)

⁵ Servicio de Salud del Principado de Asturias (veronica.concha@sespa.es)

■ Diseño de un grupo de apoyo para abordar la culpa en la primera maternidad: una propuesta socio-psicológica 147

Cristina Quinones¹

¹ Faculty of Business and Law, The Open University, UK (cristina.quinones@open.ac.uk)

■ Saludmentalubrismo. La conciencia de cuerdisimo como base para la transformación en salud mental 157

Tomás Corominas¹

¹ Hierbabuena. Asociación para la salud mental (tolocoro@gmail.com)

■ **Malestar Psicológico y Conductas de Autolesión en la Adolescencia.** 163

Análisis de Motivos, Factores de Riesgo y Protección

María Dolores Méndez Méndez¹, Verónica Concha González¹, Cristina Pedrosa Duque¹, Carlamarina Rodríguez Pereira¹ y Patricia Guerra Mora¹

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es / cristina.pedrosa@sespa.es / carlamarina.rodriguez@sespa.es / veronica.concha@sespa.es / patricia.guerra@sespa.es]

■ **Propuesta de intervención grupal en la etapa perinatal: descripción de un programa piloto** 172

Noelia Pablos Ballesteros¹, Miryan Martínez Jiménez² y Margarita Martínez Alonso³

¹ Hospital Valle del Nalón [noelia.pablos@sespa.es]

² Hospital Universitario Central de Asturias [miryan.martinez@sespa.es]

³ Hospital Universitario Central de Asturias [margarita.martineza@sespa.es]

Prólogo

Desde la Red Europea de lucha contra la pobreza y la exclusión social en Asturias, organizamos en 2022 la edición XVI del Simposio social, bajo el título: [“Salud Mental y bienestar emocional. Factores determinantes de inclusión social”](#), con el propósito de, seguir abordando temáticas que relacionan la conexión entre las condiciones materiales de vida de las personas y la falta de igualdad de oportunidades para romper la transmisión intergeneracional de la pobreza; y con la intención, de interpelarnos para ofrecer respuestas comunitarias, no dejando la responsabilidad de la búsqueda de soluciones en las personas de manera individual.

En esta edición, la temática elegida fue la relacionada con el derecho humano a la salud y el [Objetivo de Desarrollo Sostenible nº 3](#) [Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades], para reflexionar acerca del impacto que estas situaciones de vulnerabilidad, pobreza o riesgo de exclusión social, conlleva en la salud tanto física como psicológica de las personas, analizando los denominados determinantes sociales de la salud.

La propia [Organización Mundial de la Salud](#) constata que la exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental. Y que igualmente, durante la pandemia se han detectado brechas en la atención a la salud y un aumento de los casos de depresión, estrés y ansiedad.

Por todo ello, creemos que una clave para llevar a cabo el reto de implicar y coordinar desde diferentes ámbitos de intervención estas problemáticas, es la reflejada en la publicación [“Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida”](#) del Ministerio de Sanidad, que nos plantea promover la acción comunitaria como uno de los pilares de la promoción de la salud, entendida como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, y que justamente resalta que este proceso no puede ser algo meramente individual, sino que se relaciona con lo que se denomina Salud Comunitaria. La acción comunitaria es, por tanto, la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia.

Otro aspecto para la reflexión es el que expresa en relación a las inequidades en salud que afectan a las diferentes personas y grupos en función de distintos ejes de desigualdad: edad, género, clase social, etnia, migración, diversidad sexual, diversidad funcional y territorio; y a su vez, estos diferentes ejes cuando se entrecruzan entre sí [interseccionalidad].

Para intercambiar sobre todo ello, durante el simposio, contamos con espacios de talleres, comunicaciones, ponencias invitadas y mesas de diálogo que nos permitieron rescatar aprendizajes y revisar nuestros planteamientos relacionados con los análisis científicos y académicos, y las intervenciones en el campo de la salud mental y el bienestar emocional.

Este libro que tienes en tus manos, se suma a nuestra colección con línea editorial propia de la red, promovida desde su comisión de estudios, en su tercera entrega. Es fruto de la recopilación de parte de esos aprendizajes, y recoge el total de las comunicaciones presentadas, agrupadas en tres ejes de análisis: 1.- Educación, bienestar y diversidad, 2.- Empleo y salud mental y 3.- Prevención y promoción de la salud mental. Todas ellas contribuyen al objetivo del simposio de promover un espacio de intercambio para conectar investigación y acción, y así lograr construir fórmulas transformadoras e innovadoras de intervención y acompañamiento de las personas que participan en los proyectos y programas de las entidades, administraciones y de la propia red.

Gracias a todas las autoras, autores, participantes del simposio y entidades colaboradoras que habéis hecho posible la edición XVI del Simposio social y este libro.

Elena Rúa Arruñada, Presidenta de EAPN-AS

PARTE 1

Bienestar, diversidad, educación y salud mental

BER[DE]CINE – DIARIOS DE RODAJE:

Programa de creación audiovisual para personas con diversidad funcional.

María Sol Álvarez Yenes¹ y María Valvidares Suárez²

¹ Asociación Cultural BERDE [berde@berde.org]

² Profesora de Derecho Constitucional, Universidad de Oviedo. Co-directora del Máster en protección jurídica de las personas y los grupos vulnerables [valvidaresmaria@uniovi.es]

Resumen

BERDE trabaja desde sus inicios facilitando vías de acceso a la creación que desemboquen en la consolidación de un cambio estable para personas con diversidad funcional enmarcado en la creación artística y audiovisual.

En el 2022 se gestó BER[DE]CINE, con la intención de abrir un espacio de atención a esos lenguajes audiovisuales emergentes, enfrentándonos a una experiencia artística nueva. De ahí que DIARIOS DE RODAJE sea entonces, el resultado del primer taller piloto experimental, organizado por BERDE y creado por un grupo de nueve personas con diversidad funcional y presentado en el Festival Internacional de Cine de Gijón.

La finalidad del programa es experimentar dinámicas de aprendizaje que potencie las habilidades individuales en un grupo establecido, permitiendo la expresión creativa en formatos visuales, siendo la interrelación y la cooperación parámetros esenciales y que ello facilite comunicar y plasmar sus emociones o lo que necesiten contar.

www.berde.org

Marco teórico: el enfoque de derechos

La Constitución Española exige a los poderes públicos “promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social” (art. 9.2 CE). Vistas las dificultades para garantizar el disfrute de los derechos políticos y económicos, pocas palabras hacen falta para denunciar las escasas oportunidades que tienen las personas con diversidad funcional y psicosocial de disfrutar de un acceso a la cultura, y ello a pesar de que los principios de diseño universal y de la realización de los ajustes razonables necesarios han sido consagrados a nivel legislativo. La legislación específica sobre derechos de las personas con discapacidad ya estableció que el incumplimiento de la obligación de realizar ajustes razonables vulneraba el derecho a la igualdad de oportunidades¹.

¹ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

La reciente Ley 15/2022, integral para la igualdad de trato y la no discriminación incorpora de manera expresa, en el marco de la prohibición de discriminación, la denegación de los ajustes razonables, señalando -en línea con la citada Ley general de derechos de las personas con discapacidad- que constituye discriminación directa:

“la denegación de ajustes razonables a las personas con discapacidad. A tal efecto, se entiende por ajustes razonables las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación y garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos” [art. 6.1 a).

Nuestro marco normativo es claro: como personas, tenemos derecho a aspirar a una vida lo más plena posible, y no cabe duda de que, en ese libre desarrollo de nuestra personalidad, también protegido por la Constitución en su art. 10, las disciplinas artísticas y la cultura en general contribuye a nuestro crecimiento.

Esta mirada atenta a perseguir una igualdad y una libertad real que abarca todas las esferas vitales, alejada por tanto de la idea de cubrir solo las exigencias derivadas de la mera subsistencia, engarza perfectamente con los principios que en el ámbito internacional orientan los derechos humanos de las personas con diversidad funcional. La Convención de Naciones Unidas señala expresamente el derecho a “desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con diversidad funcional”, comprometiéndose los Estados firmantes -como España- a adoptar las medidas necesarias “para que las personas con diversidad funcional puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad”.

Todos los derechos reconocidos en la Convención se incardinan, como no podía ser de otra manera, en el paradigma de respeto a la autonomía personal, lo que nos debe alejar de cualquier enfoque paternalista a la hora de abordar los apoyos y ajustes que puedan necesitar las personas con diversidad funcional cuando se busca garantizar las posibilidades de desarrollar las capacidades artísticas.

El contexto creativo: Berde

El colectivo BERDE comparte plenamente el enfoque de derechos presente en la Convención, apostando por la libertad y la autonomía de cada persona -cada artista- con diversidad funcional, de manera que los miembros del colectivo que desarrollan las intervenciones acompañan, pero no dirigen, intervienen en la medida indispensable para facilitar el proceso creativo, otorgando a cada asistente la posibilidad de encontrar su propia voz artística, respetando así su libertad creativa y su individualidad.

Partimos de la convicción de que todas las personas tenemos los mismos derechos en la sociedad. Las personas con diversidad funcional se enfrentan a muchas formas de discriminación en las áreas de la educación, la formación y del empleo, del alojamiento, del acceso a servicios y a la información. A causa de la naturaleza de sus diferencias, la mayor parte de estas personas dependen de servicios de apoyo. Esto los hace especialmente vulnerables a la exclusión social.

Es desde esta perspectiva que nos planteamos la creación de un recurso específico y novedoso que busca convertirse en un referente. BERDE es un proyecto de arte, trabajamos con personas con diversidad funcional y nuestro cometido es acompañar a cada persona que forma parte del proyecto, en el camino que va de la expresión al lenguaje, siendo también propósito del proyecto dar proyección a estos lenguajes.

BERDE pretende ser un elemento clave para el cambio, la innovación, la transformación social, la promoción, la participación ciudadana, el acceso a la cultura, la democratización del arte, el intercambio de conocimiento, la formación de profesionales y la oferta de programas relacionados con la creación artística. BERDE realiza un trabajo de cooperación e interrelación a través de un equipo multidisciplinar, en materia de investigación y experimentación, desde ámbitos diversos, siempre respetando al otro, a otras miradas y formas de hacer, atento a no imponer ni dirigir, en definitiva, crear un espacio de libertad y de mucha escucha.

El arte no tiene limitaciones, sino que es la propia sociedad quien pone restricciones. Hasta bien entrado el siglo XX, las producciones artísticas desarrolladas por personas con diversidad funcional nunca fueron consideradas, ni las personas eran catalogadas como artistas, ya que no encajaban dentro de las producciones de instituciones artísticas, liderada por los museos, críticos, revistas, mecenas y el creciente, en este tiempo, mercado del arte.

Fue en 1945 cuando Jean Dubuffet acuñó el término *art brut*: arte marginal a la cultura, descubierto en obras extremadamente singulares; expresión de mundos interiores extraños a cualquier propósito, salvo obedecer a sí mismas únicamente. Los hospitales psiquiátricos fueron la primera fuente del *art brut*. Cuatro décadas después, la atención se dirigirá hacia las personas con discapacidad intelectual y surgen los primeros estudios de arte asistidos en Europa y América.

BERDE, al igual que los modelos europeos, proporciona el espacio en el cual se desarrollen los procesos de expresión creativa que se manifiestan fuera de las normas convencionales. Así, la persona creadora interpreta la realidad acorde a su sensibilidad e idiosincrasia cultural, caracterizándose por una urgencia expresiva, una directa inmediatez en la ejecución de la imagen como predominio de un impulso por plasmar una expresión, un destello de ideas que necesitan materializarse, un pensar visualmente, enriqueciendo a todo lo que es diferente.

La metodología utilizada está orientada al desarrollo de una forma de expresión creativa que se manifieste fuera de las normas culturales. Estas expresiones creativas no encajan dentro de las expectativas que del arte se han construido como ejercicio de habilidad, consciente y controlado, elaborado y manejado profesionalmente. Estas expresiones creativas se encuentran enraizadas en el sentimiento y la simbolización.

Esta novedosa metodología hace necesaria una reconceptualización de lo que consideramos arte y del propio proceso artístico. El método, se basa en el propio proceso creativo que se perfila como fenómeno central del proceso evolutivo del/ de la artista. Las técnicas que se implementan en su trabajo cotidiano van dirigidas al dominio de las diferentes disciplinas artísticas con relación al contenido emocional del carácter y la vida del creador, así como su situación en relación con su tiempo.

En definitiva, se trata de explorar los fundamentos creativos que subyacen a la creación de cualquier obra artística, intentando desarrollar todas las características propias del proceso,

al tiempo que se potencia a través de aspectos específicos que contemplan la singularidad de las personas a las que se dirige este proyecto.

Nuestro objetivo es alcanzar una visión global e integrada de las posibilidades del arte como instrumento de crecimiento y mejora personal, como medio de integración y desarrollo en grupos específicos. Utilizando técnicas artísticas para el autoconocimiento, la autodeterminación, el desarrollo y la comunicación personal, la mejora de la salud, la calidad de vida y el fomento de la creatividad artística de las personas con discapacidad intelectual.

BERDE se apoya en el conocimiento y trabajo de proyectos internacionales de larga trayectoria, centros que cuentan con una plantilla estable de artistas con dedicación profesional. Para todos ellos, el arte es su proyecto vital y para algunos, cuya obra convence a galeristas, coleccionistas y directores de museos, también es su medio de vida. Algunos de estos centros son: “Atelier Herenplaats” en Rotterdam, “Creative Growth Art Center” en Oakland, California, “Atelier Goldstein” en Frankfurt y “Project Ability” en Glasgow. Su objetivo es el desarrollo y el crecimiento personal a través del arte, y su centro de atención son los procesos artísticos, aunque la obra que allí se produce, cuando tiene calidad suficiente, se expone y entra en el circuito de galerías, coleccionistas, e incluso museos, lo que da opción a la profesionalización de aquellos que van teniendo éxito. Centros que funcionan con éxito fuera de nuestras fronteras desde hace varias décadas, demostrando que la experiencia artística puede ser una vía para desarrollar un proyecto vital completo e integrador.

■ **Foto 1.** Día Internacional de los Museos. Museo del Pueblo de Asturias.



El proyecto *BER[DE]CINE* – DIARIOS DE RODAJE

En el 2022 se gestó *BER[DE]CINE*, con la intención de abrir un espacio de atención y de escucha a lenguajes audiovisuales emergentes, enfrentándonos a una experiencia artística nueva. De ahí que *DIARIOS DE RODAJE* sea entonces el resultado del primer taller piloto experimental, organizado el equipo de BERDE y creado por un grupo de nueve personas

con diversidad funcional, que fue presentado en la **60ª edición del Festival Internacional de Cine de Gijón**.

Las sesiones se desarrollaron a partir de un proyecto personal, abierto y práctico, filmando y documentando sus realidades, en consonancia con sus destrezas e intereses personales. Dándose como resultado historias intimistas contadas desde la entraña, con la desnudez que trae la espontaneidad y llevadas a la pantalla.

La libertad de acción durante el proceso ha sido una de las claves del proyecto; el énfasis puesto en la práctica y en lo experimental han sido los pilares de todo el grupo. Formas de hacer que han permitido la interrelación con el arte, la escritura creativa, las imágenes y la conciencia del activismo sobre la base de generar un pensamiento crítico. Un espacio para situar nuestra propia acción, para repensar en esas relaciones inacabadas, no concluidas que existen entre la práctica creativa y las personas.

Teniendo en cuenta el camino recorrido que parte de la exclusión, así como de la estigmatización de todo aquello que no cumpla con un modelo normativo, tenemos la oportunidad de ampliar, asfaltar, desentrañar y posicionar ideas en pro de una aceptación real donde lo diverso tenga un lugar propio. Además de eliminar todo encorsetamiento de lo que es útil y relevante para la construcción de sociedades futuras. Pertenecer a este cosmos teniendo en cuenta que somos el resultado de un instante preciso, adecuado, oportuno que nos hace únicos como individuos.

Trabajamos desde el terreno de lo experimental y la práctica. Entendemos la producción artística y la práctica como un mismo hecho, aquel acto o expresión creativa que conllevan producción cultural crítica y que se materializa tanto en la producción de objetos, como de procesos de los que emergen otros relatos y nuevas maneras de relacionarnos con el arte. Una activación del acto creativo al dar pie a producciones de conocimiento nuevas en el propio proceso de aprendizaje.

Actualmente, nuestro lugar se encuentra en aquella formación real sin metodología, que nos haga partícipes y autónomos para interrelacionarnos con modelos, procesos, y prácticas nuevas en espacios artísticos. Espacios de interrelación donde puedan surgir diferentes conexiones e intereses que propicien tanto un intercambio de las propuestas de los artistas invitados como entre los propios participantes de los programas.

La finalidad del programa es experimentar dinámicas de aprendizaje que potencie las habilidades individuales en un grupo establecido, permitiendo la expresión creativa en formatos visuales, siendo la interrelación y la cooperación parámetros esenciales y que ello facilite comunicar y plasmar sus emociones o lo que necesiten contar.

Buscamos no solo una repercusión a nivel interno en los participantes del programa, sino también en las Instituciones donde actuamos, ahondando en los términos de participación y de proceso, generando cambios y haciendo visible nuestra presencia.

Trabajamos en un contexto de creación experimental, al que nuestro trabajo aporta:

Innovación: El objeto del proyecto implica una nueva mirada frente al otro y frente al acto de crear. En nuestro taller contamos con personas con dificultades a nivel cognitivo, pero por otro lado con facultades muy poco habituales. Cualquier acción que se dé será como mínimo espontánea, vendrá de un deseo o una necesidad interior y se dará naturalmente pegada al proceso. Tampoco cuentan los límites de las ideas ya existentes, hay lugar, por lo

tanto, a que en el diálogo aparezcan formas de combinar ideas de una manera no habitual, impredecible, innovadora.

Transdisciplinaridad: Partimos de la necesidad de poner un espacio en común en marcha que, de lugar a propuestas, metodología, técnicas, conceptos, en torno a la expresión artística como un medio innato de comunicación y como un puente que posibilita la aspiración de crear.

Horizontalidad: Generar nuevos modelos de relación junto a personas con diversidad funcional en torno a la cultura y la creación conlleva el germen de una transformación social y su último destinatario natural es la sociedad. El formato de la intervención permite ampliar la reflexión y el diálogo desde la unidad relacional hasta otros proyectos e instituciones.

BER[DE]CINE está diseñado para realizar acciones de carácter formativo y divulgativo en el ámbito audiovisual que contribuyan a la mejora de las condiciones sociales, económicas y profesionales de personas con habilidades diferentes. Se espera crear una mayor conciencia social sobre las posibilidades de inclusión de este colectivo, creando talleres relacionados con lo audiovisual hacia la realidad de este colectivo.

Este proyecto ha sido posible gracias al equipo de BER[DE]CINE, formado por la directora de cine documental Carlota Nelson, el artista audiovisual *Rogelio Rionda* y la fundadora del proyecto *María Sol Alvarez*, y a todas aquellas personas que de forma generosa han colaborado en el proyecto.

Consciente o inconscientemente, el artista con su óptica amplía la percepción de la realidad. Cualquier elemento representado, pensado y plasmado por el artista, aporta cierta información que expande nuestra visión.

Esto sucede con el Arte en general, pero cuanto más libre y alejada de las convenciones sea la mirada del artista, más profundo será el efecto producido en quien contempla su obra. En este sentido, es necesario que existan proyectos e iniciativas que visibilicen otras voces, como son las personas con diversidad funcional.

■ **Foto 2.** Equipo BER[DE]CINE, Jardín Botánico Atlántico de Gijón 2022.



Referencias

Educación y Acción Cultural Musac. (2010). *Experiencias de Aprendizaje con el Arte Actual en las políticas de la Diversidad*. Musac y Actar.

Fauchereau, S., Durán Ucar, D., Pijaudier – Cabot, J., Peiry, L., Solana, G., Bonet, JM., Rasle, J., Guigon, E., Pérez, C. (2007). *En Torno al Art Brut*. Arte y Estética.

INARTdis, Proyecto Europeo Erasmus+. (2022). *Promoviendo la inclusión a través del arte*. Guía para la construcción de espacios culturales.

Prinzhorn, H. (2021). *Expresiones de la locura, El arte de los enfermos mentales*. Cátedra.

Rhodes, C. (2004). *Outsider Art, Spontaneous Alternatives*. Thames & Hudson World of Art.

Espacios de calma en Galicia

Lorena Boga García¹

¹ Fundación Ayuda en Acción [lboga@ayudaenaccion.org]

Resumen

El cuidado y atención a la salud mental y el bienestar emocional durante la infancia, es uno de los grandes retos del sistema público de salud, máxime cuando se refiere a niños y niñas en riesgo de exclusión social. Los trastornos de salud mental se incrementaron tras la pandemia, teniendo un especial impacto negativo en la infancia vulnerable, por lo que en septiembre de 2020 surgió “Espacios de Calma” en Galicia, como proyecto de intervención en centros educativos, que tenía como objetivo fomentar la inclusión de niños/as en situación de pobreza o riesgo de exclusión social a través de la creación de espacios en los que infancia, familias y profesorado pudiesen recibir apoyos para afrontar las diferentes necesidades afectivo-emocionales que surgen en los entornos más afectados por las brechas sociales de desigualdad.

En este proyecto participaron 4 centros educativos públicos, tanto de ámbito rural como urbano, de la provincia de A Coruña, a través de cuatro ejes de trabajo: 1.- sesiones individualizadas que han permitido atender las necesidades psicoterapéuticas de niños y niñas en situación de vulnerabilidad, 2.- talleres dirigidos al alumnado sobre mediación y resolución de conflictos, 3.- talleres dirigidos a las familias para trabajar conjuntamente la crianza positiva y 4.- formación dirigida a profesorado para la adquisición de herramientas y metodologías para la gestión positiva de las emociones y el uso de la integración sensorial y los espacios sensoriales dentro del contexto de aula como herramienta de mejora del clima escolar.

Justificación del proyecto

Es una evidencia científica que la pobreza y la exclusión social marcan -con frecuencia de un modo decisivo e irreversible- el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de la infancia, además de afectar a su salud física y a sus oportunidades de interacción psicosocial. Según datos del último informe de la Red Europea contra la Pobreza [EAPN-España] de 2022 los riesgos asociados a la pobreza y/o exclusión en la población infantil han sido siempre más elevados que los que presentan otros grupos de edad, en un intervalo que se sitúa en siete puntos por encima de la tasa media y la más alta entre todos los grupos de edad.

Además, los niños y niñas de entre 0 y 14 años que viven en hogares con ingresos bajos son más propensos a presentar trastornos de conducta y problemas relacionados con la salud mental y emocional. Según los últimos datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud de España [ENSE]², las clases sociales más desfavorecidas registran puntuaciones más altas (lo que significa peor salud mental) en la dimensión ‘síntomas emocionales’ y una mayor

² Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [ENSE 2017], realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística.

prevalencia de hiperactividad y trastornos de conducta que los niños y niñas de hogares con ingresos más altos.

Según los resultados de la ENSE, las clases sociales³ I, II y III [que corresponden a hogares con ingresos altos] presentaron un 9,5% en riesgo de mala salud mental, frente al 16,2% en el caso de familias que se encuentran dentro de las clases IV, V y VI [que se corresponden con las de ingresos más bajos].

En lo referente a Galicia, los últimos datos del Informe presentado por Unicef “La infancia en Galicia 2018” nos muestran que esta región, tiene una incidencia mayor que la media española en lo que se refiere a trastornos emocionales y problemas con compañeros/as, lo que indica peor salud mental. Esto, sumado a la saturación de los servicios sanitarios de salud mental infantil que sólo llega a una atención paliativa en los casos más graves y previamente diagnosticados [dejando totalmente de lado el trabajo preventivo], y al alto coste de los servicios privados [inaccesibles para las familias de rentas más bajas] supone una desatención de la salud mental y del bienestar de los niños y niñas, reconocida como una de las áreas prioritarias que asumió en 2009 el Parlamento Europeo en la Declaración de Helsinki y del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar [Resolución 2008/22009. Informe A6-0034/2009].

Adicionalmente, a raíz de la COVID- 19 la salud emocional de la infancia y adolescencia se ha visto afectada. Según uno de los primeros estudios disponibles sobre el impacto emocional de la cuarentena de niños, niñas y adolescentes de España e Italia [Universidad Miguel Hernández], el 85,7% de las familias constataron cambios en el estado emocional y en el comportamiento de sus hijos e hijas.

Otra investigación internacional de Save the Children realizada en los meses de confinamiento, y que incluyó a España, revelaba que el 25% de las 2.000 familias de bajos ingresos entrevistadas en nuestro país estaban sufriendo niveles altos de angustia, y que sus hijos/as tenían miedo y preocupación sobre la situación.

A esto hay que sumarle que en los territorios de los centros que han formado parte del proyecto, el sector de servicios tiene un gran peso en la actividad económica, y este fue altamente afectado por la pandemia. Y es que una vez más, las familias más vulnerables son las que más han sufrido las consecuencias de esta crisis sanitaria, que ha supuesto la disminución o pérdida de ingresos por pérdida de empleo normalizado, trabajo en economía sumergida o ERTes; lo que ha puesto en situaciones críticas a miles de familias en España.

Los impactos en la salud mental asociados a estas vivencias pueden ser particularmente graves cuando los niños, niñas y adolescentes no tienen las necesidades básicas cubiertas, carecen de un entorno familiar y educativo protector, cuando son víctimas de violencia o abusos, y cuando arrastran otro tipo de experiencias traumáticas o de desarraigo, como es el caso de gran parte de la infancia que es parte de procesos de migración o refugio.

A lo anterior, se suma el progresivo deterioro que la sanidad pública ha sufrido en las últimas décadas, especialmente en las zonas rurales como consecuencia de la baja densidad de la población y los recortes. Cada vez son más los municipios rurales que no cuentan

³ Las categorías de clase social utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 son una propuesta efectuada por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología - SEEI3, donde se asigna la clase social según la ocupación, teniendo en cuenta la Clasificación Nacional de Ocupaciones [CNO2011].

con un servicio de pediatría la mayor parte de los días de la semana y, además, no existe un servicio de apoyo a la salud mental infanto-juvenil.

Tal y como se ha indicado anteriormente, sabemos que una mala salud emocional y los problemas de convivencia, tanto en el seno familiar como en el centro educativo, afectan directamente el aprendizaje, el relacionamiento y a la participación de los niños y niñas.

En este contexto, nace *Espacios de Calma*, un proyecto de atención psicoterapéutica emocional y relacional a nivel individual y grupal, que surge de la necesidad de abordar la salud mental y emocional infantil de manera prioritaria, impactada negativamente en mayor medida tras la pandemia, paliando una necesidad no cubierta en nuestro sistema público desde la mirada de la prevención, y que evidencia el gran vacío de recursos en materia de salud mental y emocional infantil.

Su componente diferencial ha sido abordar el bienestar mental y emocional infanto-juvenil de manera transversal e integral, atendiendo e interviniendo no sólo con el alumnado de los centros en los que se trabajó, sino también con los dos grupos principales de socialización del alumnado (centro educativo y familia) en un espacio como son las escuelas.

Este proyecto se planteó como una parte más del engranaje educativo que ayudara a responder frente a las necesidades educativas y afectivas del alumnado, permitiendo, además, que se normalice y se ponga en el centro la necesidad de cuidar, no solo la salud física y los procesos de aprendizaje, sino también el bienestar psico-emocional.

En este sentido, consideramos los centros educativos como un espacio privilegiado e idóneo de socialización que integra a toda la comunidad, fomentando la construcción de identidades compartidas y equilibradas, que permiten profundizar en el objetivo de la inclusión social, sobre todo en centros rurales que sufren de exclusión territorial y centros urbanos con alto porcentaje de alumnado en situación de vulnerabilidad.

Objetivo del proyecto

Objetivo general: Fomentar la inclusión de niños y niñas en riesgo de exclusión social y/o territorial a través de la creación de un espacio en el que la infancia, las familias y la comunidad educativa pueda afrontar las diferentes necesidades afectivo-emocionales que surgen en estos entornos.

Objetivos específicos:

- OE1. Atender las necesidades psicoterapéuticas de niños y niñas y adolescentes en situación de exclusión social y/o territorial de las comunidades educativas participantes.
- OE2. Formar al alumnado en habilidades sociales y gestión emocional para una convivencia positiva.
- OE3. Ofrecer un espacio de formación para trabajar con las familias parentalidad y marentalidad positiva, así como compartir dificultades y afrontar los retos de la educación de sus hijos/as.

- OE4. Acompañar a docentes de los centros educativos en la adquisición de herramientas y metodologías para la gestión positiva de las emociones y la resolución del conflicto a través de la mediación escolar.

Actividades del proyecto

El proyecto *Espacios de Calma* en Galicia surge en el 2020 y para ello, durante los cursos 2020-2021 y 2021-2022, se llevaron a cabo cuatro actividades complementarias entre sí, y que han permitido dar un enfoque integral a la intervención:

1. *Atención psicoterapéutica individual a niños y niñas*: a través de un equipo especializado en psicología infantil, se llevaron a cabo sesiones de atención individualizada con niños y niñas que necesitaban una atención a su salud mental y emocional específica, y que no contaba con los recursos suficientes para afrontar la situación. Además, sus familias participaron activamente, con sesiones específicas iniciales y de seguimiento para incorporar nuevas herramientas y dinámicas en los hogares.
2. *Talleres sobre habilidades sociales y gestión emocional*: a través de un equipo especializado en psicología infantil, se llevaron a cabo talleres formativos sobre gestión emocional, habilidades sociales, mediación y resolución de conflictos, así como acompañamiento a posibles conflictos internos de los propios grupos aula con el fin de mejorar el clima escolar y de convivencia.
3. *Talleres de crianza positiva*: se llevaron a cabo diferentes formaciones para padres/madres/ tutores/as legales en los centros educativos, que abordaron la crianza positiva, métodos de crianza, herramientas de autocontrol, etc.
4. *Formación a profesorado* sobre adquisición de herramientas y metodologías para la gestión positiva de las emociones y la resolución del conflicto para mejorar el clima escolar y de convivencia.

La evaluación del impacto del proyecto se realizó sobre estas cuatro actividades y en torno a dos niveles: el cuantitativo, que recogió las acciones realizadas, nº de profesorado, alumnado y familias beneficiarias; y el cualitativo, a través de una memoria narrativa de evaluación de las actividades.

Para esta última, se utilizaron diferentes herramientas: Para la actividad 1, se contó con un informe del equipo de intervención psicoterapéutica sobre la evolución de los menores y sus familias a través del trabajo realizado en las sesiones de psicoterapia y el análisis comparativo entre un cuestionario pre y post sobre la evolución de los niños y niñas en diferentes ítems. Además, para evaluar la evolución dentro del centro escolar, se realizó un cuestionario a los tutores/as del alumnado atendido. Por último, al finalizar las sesiones se realizó al equipo de intervención una entrevista en profundidad, con el fin de contrastar los resultados alcanzados en las sesiones y recoger propuestas de mejora.

Para las demás actividades, se mantuvo comunicación constante con los centros educativos, a través de reuniones, teléfono, correo electrónico y visitas de evaluación a las actividades a lo largo del curso escolar. Asimismo, se recogieron datos a partir de cuestionarios y dianas de evaluación dirigidas a las personas participantes [familias, profesorado y alumnado] con el fin de conocer su opinión y conocimiento adquirido en las actividades realizadas.

Alcance del proyecto y desarrollo de actividad

Espacios de Calma en Galicia se llevó cabo en 4 centros educativos públicos de educación infantil y primaria de la provincia de A Coruña, 3 centros educativos de ámbito rural y 1 de ámbito urbano. De ellos participaron:

- 267 niños y niñas
- 15 docentes
- 44 familias

Esta participación se desagregó en cada una de las actividades previamente mencionadas, desarrollándose de la siguiente forma:

La primera de las actividades consistió en la organización, ejecución y seguimiento de sesiones de **atención psicoterapéutica individualizada a 13 niños y niñas** de los centros educativos que cumplían los siguientes requisitos:

- Niños y niñas de familias en riesgo de exclusión social con ingresos económicos bajos.
- Niños y niñas con trayectorias vitales complejas (minorías étnicas en riesgo de exclusión, familias con separaciones/divorcios complejos, inestabilidad emocional familiar, familias monomarentales, problemas de salud mental en el núcleo familiar, adicciones, familias con trayectorias migratorias dificultosas o traumáticas, diversidad funcional...).
- Implicación por parte de las familias de los niños/as y adolescentes participantes en el programa.

Para su selección se realizó una triangulación de datos del equipo directivo, equipo de orientación y equipo docente; así como de los Servicios Sociales de referencia. Una vez seleccionados, se atendieron en horario de tarde en una clínica especializada en psicología infantil donde se hacían unas sesiones iniciales de valoración tanto del niño/a en cuestión, como con la familia, para evaluar la situación de partida. Tras esta fase diagnóstica, se continuó con su atención individualizada durante todo el año [puesto que siguieron acudiendo regularmente a sus sesiones durante las vacaciones]. Las sesiones podían ser de carácter semanal o quincenal, dependiendo de las necesidades de cada uno de los niños y niñas, realizándose 416 horas de atención psicoterapéutica individualizada, teniendo una media de 30 sesiones por niño/niña.

El desarrollo de estas sesiones estuvo totalmente coordinado con las familias, que colaboraron en todo momento para favorecer el bienestar de sus hijos e hijas, así como con los tutores/as y equipo de orientación del centro educativo, con el fin de afrontar esta situación de una manera integral que involucrase los dos ámbitos de socialización del menor. De esta forma, en las propias sesiones se han dado orientaciones y pautas a las familias para mejorar la intervención, y se han llevado a cabo tanto la formación específica para familias programada, como la formación de profesorado, teniendo resultados muy positivos para este alumnado.

La segunda de las actividades ejecutadas fue la realización de **talleres sobre habilidades sociales y gestión emocional**. Se llevaron a cabo un total de 104 talleres en los que participaron un total de 254 niños y niñas. Las temáticas variaron según las necesidades específicas de cada aula y la metodología se adaptó a la edad de cada grupo de alumnado. Así, las temáticas trabajadas fueron: emociones, gestión emo-

cional, habilidades sociales, inteligencia emocional, autorregulación de la conducta, empatía...

Todo este trabajo de organización, diseño, ejecución y seguimiento de los talleres se realizó en consonancia con la dirección y el equipo de orientación del centro y las necesidades demandadas por el claustro, siendo finalmente una formación muy bien valorada tanto por alumnado como por profesorado.

Con respecto a la tercera actividad, la formación sobre crianza positiva, se coordinó la organización, ejecución y evaluación de la formación con el centro educativo y con las respectivas Asociaciones de Madres y Padres. Para conseguir motivar la participación de las familias, se contó para la formación con una reconocida experta referente en educación positiva a nivel nacional, con el fin de hacer llegar de una manera amable este tipo de educación y que sirviese de enganche para futuras formaciones. Se realizaron 4 formaciones orientadas a cómo establecer límites sin necesidad de utilizar castigos y premios, cómo abordar los retos educativos desde el respeto mutuo, y herramientas para la autorregulación y el autocontrol. Todas estas formaciones se llevaron a cabo en las bibliotecas escolares de los centros educativos y se contó con la participación de un total de 44 familias.

La última acción del proyecto fue dirigida al otro grupo de socialización del alumnado en las comunidades educativas, el profesorado. Se **formó a 15 docentes en la adquisición de herramientas y metodologías para la gestión emocional y el uso de la integración sensorial y los espacios sensoriales dentro del aula como herramienta de mejora del clima escolar**, siendo una formación complementaria a la ofrecida por el Centro de Formación y Recursos de A Coruña en mediación y resolución de conflictos, y apoyada por la Facultad de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña, que realizó un estudio y diseño de espacios sensoriales en uno de los centros educativos participantes, entendidos como rincones con materiales sensoriales dentro y fuera del aula, con el fin de que resulten lo más funcionales y terapéuticos posibles. Para su ejecución, se ha contado con una formadora terapeuta ocupacional especializada en integración sensorial que en las 6 horas formativas ha vinculado la relevancia de los sistemas sensoriales en el contexto escolar y herramientas para, a través de esta metodología, incidir en la mejora del clima del aula.

Aprendizajes y conclusiones

Tras la realización de la evaluación del proyecto, los principales hallazgos permitieron afirmar que:

1. La realización de sesiones individualizadas con los niños y niñas, y el acompañamiento a sus familias, ha permitido atender sus necesidades psicoterapéuticas, produciendo en la totalidad de ellas y ellos mejoras en su salud emocional, en el rendimiento escolar, en la relación entre iguales y facilitando una disminución de la conducta disruptiva en el aula y en los hogares.
2. La puesta en marcha de los talleres dirigidos al alumnado sobre habilidades sociales y gestión emocional han posibilitado ofrecer a niños y niñas un espacio de trabajo sobre diferentes áreas tales como: habilidades comunicativas, buen trato entre iguales, acoso escolar, gestión emocional y autoestima, etc.; consiguiendo a través de ellas una mejora en el clima escolar.

3. Los talleres dirigidos a las familias han facilitado trabajar conjuntamente la parentalidad y marentalidad positiva, ampliando significativamente su conocimiento sobre herramientas que influyen en este estilo de educación. Así como, han permitido compartir dificultades y afrontar los retos de la educación de sus hijos/as.
4. Las actividades dirigidas al profesorado han permitido acompañar al personal docente en la adquisición de herramientas y metodologías para la gestión positiva de las emociones y el uso de la integración sensorial y los espacios sensoriales dentro del contexto de aula como herramienta de mejora del clima de escolar. Así, se ha mejorado el conocimiento del profesorado sobre cómo abordar desde estas estrategias posibles conflictos en el aula.

Con todo, se concluye que los resultados alcanzados contribuyeron exitosamente al logro del objetivo general del proyecto “fomentar la inclusión de niños y niñas en riesgo de exclusión social y/o territorial a través de la creación de un espacio en el que la infancia, las familias y la comunidad educativa pueda afrontar las diferentes necesidades afectivo-emocionales que surgen en estos entornos”, incluso por encima de lo previamente previsto, gracias a la actuación integral no solo con la infancia, si no con sus principales grupos de socialización.

Estos buenos resultados han propiciado que, el apoyo a los centros educativos para la adquisición de estrategias para la gestión emocional positiva y el refuerzo de competencias en habilidades sociales, se defina como elemento clave para la convivencia y la participación del alumnado, y sea parte de uno de los componentes prioritarios de Ayuda en Acción hasta 2024 a través de la estrategia de educación denominada “[Una escuela que rompe barreras](#)”, y un pilar fundamental de la intervención que se lleva a cabo en Galicia, fomentando un sistema educativo inclusivo que tiene en cuenta la diversidad de necesidades y capacidades del alumnado, facilitando su participación en la vida del centro en un clima de convivencia.

BIENESTAR, DIVERSIDAD, EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL

Mujer y Adicción: un Análisis de las Necesidades Específicas de Intervención

Verónica Concha González¹, M^a Dolores Méndez Méndez², Paloma Aranguren Rico³, Noelia Martínez Menéndez⁴ y Patricia Guerra Mora⁵

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [veronica.concha@sespa.es]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

⁴ Servicio Madrileño de Salud [nmmenendez@salud.madrid.org]

⁵ Servicio de Salud del Principado de Asturias [patricia.guerra@sespa.es]

Resumen

Hasta hace pocos años, cuando pensábamos en los problemas de adicción creíamos que era un problema que afectaba principalmente a los varones. En el momento actual, se conoce que la adicción es común a ambos sexos. Sin embargo, sigue siendo habitual que intervengamos sin atender a las necesidades y demandas propias de hombres y mujeres.

Los modelos sociales, ejercen una gran influencia en las relaciones que ambos sexos mantienen con las drogas haciendo que consuman de forma diferente y por motivos distintos.

Las mujeres con adicciones ya sean con o sin sustancia, sufren una doble penalización social y moral, por ser mujeres y por ser consumidoras, trasgrediendo los roles asignados a su género. Esta doble penalización redundará en una falta de apoyo del entorno social inmediato, familia incluida, a la par que provoca que oculten su consumo y por tanto tarden más tiempo en pedir ayuda o hacerlo público.

Estos dos factores dificultan que puedan acceder en igualdad de condiciones a servicios y/ o tratamientos relacionados con las adicciones, por ello, es importante generar dinámicas con perspectiva de género en la atención especializada a las toxicománias.

“Solo se ve lo que se mira y solo se mira lo que se está preparado para ver”

Alphonse Bertillon



Contexto Inicial: un problema invisibilizado

Las diferencias sociales asignadas a hombres y mujeres producen desigualdades que repercuten en un menoscabo de la salud, desarrollo y bienestar de las mujeres [Ortiz & Cla-

vero, 2014). Ambos sexos responden a expectativas y demandas distintas en relación con sus roles, que influyen en los comportamientos que realizan o en cómo los realizan [Guerra et al., 2018].

Estos modelos sociales también ejercen una gran influencia en las relaciones que los hombres y las mujeres mantienen con las drogas, haciendo que la forma de consumir y los motivos por lo que lo hacen sean diferentes [Sánchez, 2014].

Hasta hace pocos años, cuando pensábamos en los problemas de adicción les poníamos cara de varón. En el momento actual, se conoce que la adicción es común a ambos sexos. Sin embargo, no es hasta hace unos 30 años cuando se empiezan a estudiar las diferencias entre ambos con respecto a su forma de consumir. Aun así, sigue siendo habitual que intervengamos sin atender a las necesidades y demandas propias de cada sexo y que las mujeres que consumen pasen desapercibidas hasta que el problema es muy grave o está muy cronificado [Arostegui & Martínez, 2018].

La motivación de las mujeres hacia el consumo presenta diferencias con respecto a la de los varones. De forma frecuente también es diferente la forma de consumir, más habitual en soledad que en compañía y el tipo de sustancias utilizadas, abusando de forma más común de sustancias legales frente a las ilegales. Cuando las personas realizan programas de desintoxicación y deshabituación, la probabilidad de recaídas y los motivos para la misma también varían en función al sexo, estando en las mujeres la vuelta al consumo asociada a problemas en las relaciones interpersonales. [Ortiz & Clavero, 2012].

Además, las mujeres tardan más en llegar a los servicios especializados de atención a las toxicomanías. Se han desarrollado diferentes hipótesis de los motivos subyacentes a esta situación [Arostegui & Martínez, 2018; Ortega, 2020]:

- Las mujeres con adicciones ya sean con o sin sustancia, sufren una doble penalización social y moral lo que dificulta su acceso a los tratamientos. Este hecho redundante en una falta de apoyo del entorno social inmediato (familia incluida), a la par que provoca que oculten su consumo y por tanto tarden más tiempo en pedir ayuda o contar su problema.
- El estigma y emociones como la culpa, la vergüenza y el miedo aparecen como un fuerte factor que determina el hecho de que una mujer no pida ayuda en los servicios de atención. Esta dificultad se hace más patente cuando hay menores a cargo por miedo a la retirada de la custodia o a ser juzgada como “una mala madre”.
- A menudo las mujeres ejercen de cuidadoras principales en el núcleo familiar, esto repercute en que tengan más obstáculos para acceder a recursos especializados, que pueden requerir de intervenciones más intensivas o de ingreso (unidades de desintoxicación, comunidades terapéuticas o centros de día).
- Las mujeres presentan más dificultad para centrarse en su propio cuidado y a menudo lo viven como un síntoma de ser egoísta o “mala mujer”.
- Las instituciones se encuentran poco preparadas para responder a las demandas diferenciales entre hombres y mujeres. Los recursos han sido formados para que sus espacios sean ocupados por varones. Además, a menudo, los profesionales tendemos a no preguntar a las mujeres sobre el uso de sustancias,

fomentando que se perpetue su silencio y aumentando el tabú con respecto al mismo.

Estas dificultades para el acceso rápido a los tratamientos invisibilizan el problema de las adicciones en las mujeres, convirtiéndolo a los ojos de los y las profesionales de las adicciones, en algo anecdótico, en vez de en una realidad cada vez más presente, a la que atender.

Diferencias de Sexo en el Consumo de Sustancias

El uso de los psicofármacos

Los psicofármacos son la única sustancia adictiva en la que el consumo es mayor en mujeres que en hombres. La probabilidad de recibir un psicofármaco en consulta médica es un 55% mayor en las mujeres, manteniendo constantes otras variables (síntomatología, diagnóstico...). El género es por tanto un predictor significativo del uso de ansiolíticos y antidepresivos. Estas diferencias de sexo en el consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) se mantienen, tanto en población adulta como adolescente. [Sánchez, 2014].

Algunos estudios advierten que las mujeres experimentan hasta el doble de efectos secundarios que los hombres durante el tratamiento con tranquilizantes u otros psicofármacos. Las mujeres necesitan una dosis menor de tranquilizantes para obtener los mismos efectos terapéuticos, sin embargo, esta diferencia no suele ser tenida en cuenta a la hora de prescribir medicación [Sánchez, 2014].

Valls-Llobet y Loio [2014] alertan que las quejas de las mujeres en la primera consulta se consideran en un 25% de los casos como psicosomáticas. Por el contrario, las demandas masculinas son consideradas como más trascendentes [Guerra, et al., 2020]. Las mujeres también tienen más riesgo de simultanear el consumo de psicofármacos con alcohol, tanto en la etapa adulta como adolescente [Atención Integral sobre Drogas, 2022].

La rápida medicalización del malestar psicológico que plantean las mujeres puede dar un mensaje muy peligroso para ellas “el problema está en mí” funcionando como una tiritita momentánea que oculta y bloquea, en muchas ocasiones, la resolución de estos problemas. Esto puede provocar que las causas reales y subyacentes de estas quejas queden escondidas y desatendidas. En este contexto, el psicofármaco se puede convertir de forma peligrosa, en la única fuente de alivio de un malestar, que, si no se trata, necesitará cada vez de más dosis para reducirse.

De esta forma, el psicofármaco toma en la mujer un lugar protagonista en la adicción, al ser una sustancia permitida [legal], que no implica la carga de estigma de otras sustancias y que le permite, hasta que la adicción es muy grave, seguir cumpliendo con el rol de cuidadora [Sánchez, 2014].

Riesgos

Hombres y mujeres presentan riesgos diferentes por consumo de sustancias en diferentes esferas.

Desde el punto de vista biológico, la metabolización de algunas sustancias es más lenta en las mujeres, lo que hace que el riesgo de daño sea mayor. Esto hace que las mujeres

que consumen tengan más riesgo de sufrir daños en el hígado y cerebro y de contraer enfermedades cardíacas. En algunos estudios se ha encontrado que las mujeres registran mayores tasas de mortalidad y necesitan acudir con mayor frecuencia a los servicios de urgencias hospitalarias con demandas asociadas al abuso de alcohol o a los psicofármacos [Sánchez, 2014].

Algunos estudios señalan una prevalencia entre 3 y 5 veces superior de violencia de género en las mujeres con problemas de adicción en relación con población general [Sánchez, 2014]. La infancia de estas mujeres se ve en muchos casos, marcada por la presencia de los abusos sexuales. Este tipo de situaciones a menudo propicia que las mujeres acudan al consumo de sustancias para “mitigar” el sufrimiento provocado por estas vivencias. El estado de abstinencia puede reavivar los recuerdos traumáticos no elaborados, buscando de nuevo el consumo como método de regulación [Ortega, 2019]. Por otro lado, el consumo abusivo de sustancias también deja a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad a sufrir violencia física y psicológica y agresiones sexuales. Otro riesgo añadido sería el de tener relaciones sexuales sin protección, lo que se traduce en embarazos no deseados y un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual [Arostegui & Martínez, 2018].

Las mujeres víctimas de violencia en concurrencia con el desarrollo de una adicción sufren la falta de recursos existentes especializados y adaptados a ambas problemáticas en interacción [Arostegui (lboga@ayudaenaccion.org). Martínez, 2018]. En los recursos de adicciones usualmente no se interviene de manera específica sobre la sintomatología relacionada con la violencia de género y en la red de violencia, no se atiende la problemática del abuso de sustancias, siendo esta un motivo de exclusión para el ingreso o de expulsión de las casas de acogida en el caso de que se produjese una recaída. Afortunadamente, en los últimos años se están incluyendo cada vez más modificaciones en este plano dentro de comunidades terapéuticas y otros recursos especializados en la atención a las toxicomanías.

El acceso a tratamientos de adicciones en las mujeres

Diferentes estudios señalan diferencias en el acceso de hombres y mujeres a los tratamientos [Ortega, 2019]:

- Menor adherencia al tratamiento en las mujeres.
- Mayores dificultades de acceso y permanencia.
- Mayor deterioro al ingreso, a nivel psicológico, social y de salud.
- Presencia de pareja con problemas de consumo.

En los Servicios de Salud del Principado de Asturias [SESPA], la atención a las adicciones se realiza a varios niveles diferenciados:

- A nivel ambulatorio contamos con los Centros de Salud Mental [CSM] y las Unidades de Tratamiento a Toxicomanías [UTT].
- A nivel hospitalario, funciona como unidad de referencia autonómico la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Monte Naranco [Oviedo].

- Los ingresos en Comunidades Terapéuticas se conciertan siendo financiados por el SESPA.

Estos equipos cuentan con psiquiatras, personal médico especializado en adicciones y enfermería especializada en salud mental. Además, en las áreas sanitarias de Gijón y Oviedo, también se ha incorporado de forma reciente la figura del psicólogo clínico, que realiza intervenciones de forma individual, grupal y familiar. El resto de áreas sanitarias carecen de intervención psicológica dentro del programa de adicciones.

Atendiendo a los datos publicados por el Instituto de Estadística del Principado de Asturias sobre el acceso a los recursos del SESPA (Atención integral en materia de drogas, 2022):

- Sólo 2 de cada 10 personas que acceden a tratamiento en el servicio de adicciones son mujeres.
- El alcohol y la adicción a los psicofármacos despuntan como las sustancias que más se consumen entre las mujeres. Los psicofármacos son la única sustancia en la que el consumo es mujeres.
- El estado de salud inicial de la población admitida a tratamiento por adicciones en el año 2019 (N = 571) mostraba diferencias estadísticamente significativas, siendo el estado de salud pretratamiento peor en mujeres que en hombres. Se refleja la inequidad existente entre ambos sexos que interactúa con otras diferencias relevantes para el éxito del tratamiento (menos apoyo familiar, más responsabilidades familiares, peor situación laboral o peores ingresos económicos).
- Las mujeres que acceden a los tratamientos muestran una mejor respuesta que los hombres (más adherencia a los tratamientos, mayor porcentaje de altas terapéuticas, mayor mejora en el estado de salud).

Es importante tener en cuenta estos datos si queremos dar una atención diferencial a hombres y mujeres. Una conclusión importante, que se puede extraer de los mismos es que es fundamental la detección del problema en las primeras etapas, para evitar su cronificación, ya que cuando las mujeres llegan a nuestros servicios, lo hacen en un estado de elevado deterioro físico y mental [Díaz-Mesa, et al., 2018]. Al contrario de lo que apuntan otros estudios [Ortega, 2020], en nuestra comunidad, cuando las mujeres llegan a los recursos no sólo se adhieren mejor a los tratamientos, sino que, además, se llegan a beneficiar más de los mismos.

Perspectiva de género en los Tratamientos a las Adicciones

La Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA 2017 – 2024), y más en concreto el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 aprobado a principios de 2022, complementa los principios de sus 46 acciones y 135 actividades con un enfoque de género. Así, incluye el abordaje conjunto de la violencia de género y las adicciones en recursos asistenciales, con el fin de favorecer una asistencia especializada y adecuada a las mujeres adictas víctimas de esta violencia. También incorpora un análisis de las barreras de género en el acceso a recursos asistenciales, para mejorar la respuesta de la red asistencial.

Intervenciones piloto: grupos de psicoterapia con mujeres

Los grupos de psicoterapia con mujeres surgen a raíz de la incorporación de la figura del psicólogo clínico en el Área asistencial de Oviedo (área IV, SESPA) en noviembre de 2021. Están destinados a mujeres que se encuentren recibiendo atención en el programa de toxicomanías, en el contexto de la UTT o de los diferentes centros de salud mental. Las intervenciones se realizan en el Centro de Salud Mental del Naranco y la UTT, ambos situados en Oviedo. El equipo terapéutico está compuesto por una psicóloga clínica, una residente de psicología clínica y una enfermera especialista en salud mental. Los grupos tienen una frecuencia quincenal, siendo la duración de entre hora y media- dos horas. Para la elaboración de los contenidos no se ha utilizado ningún protocolo establecido, sino que se han ido realizando las sesiones ad hoc, en relación con las necesidades detectadas por las profesionales y las propias propuestas de las usuarias.

Los objetivos de trabajo terapéutico son los siguientes:

- Identificar los factores de género que han influido en los problemas de consumo o en sus procesos de recaída.
- Abordar la influencia de los estereotipos y el estigma en las mujeres que consumen.
- Verbalizar sentimientos y conductas silenciadas por la vergüenza, el miedo o la culpa.
- Introducir el aprendizaje de herramientas de autocuidado y regulación emocional.
- Trabajar la prevención de la recaída desde un modelo ecosistémico.
- Identificar y prevenir relaciones de violencia.
- Funcionar como red de apoyo comunitario.

De forma específica se trabajan los siguientes contenidos durante las sesiones:

- Sesión 1. Presentación. Abordaje del autocuidado y de mi propio dialogo interno.
- Sesión 2. Comportamientos autodestructivos y de abandono: Uso del consumo como anestesia emocional.
- Sesión 3. Límites personales e interpersonales. Relaciones de violencia I.
- Sesión 4. Relación con los otros. Relaciones de violencia II.
- Sesión 5. Identificación de situaciones de crisis.
- Sesión 6. Herramientas de gestión emocional.
- Sesión 7. Herramientas de autocuidado.
- Sesión 8. Devolución de mejoras y recursos propios. Despedida y cierre.

Al final de cada sesión se realiza una práctica de meditación u otro tipo de técnicas de regulación emocional, para favorecer la vuelta a la calma.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Se mantuvo una buena adherencia a la terapia grupal por parte de las participantes durante el total de las 8 sesiones. La evaluación cuantitativa fue positiva, siendo la nota media de puntuación de las sesiones de 9,6 sobre 10. A nivel cualitativo las participantes destacaron los beneficios de tener un grupo de apoyo en el que sentirse entendidas, identificadas y no enjuiciadas, para algunas de ellas este era el único espacio en sus vidas que cumplía estas características. Por otra parte, al final de las sesiones las participantes eran más conscientes y conectadas con sus estados emocionales, identificaban mejor las situaciones que antecedian el consumo y eran más conscientes de que a menudo el consumo pretendía dar respuesta a sentimientos de soledad, abandono, miedo o ansiedad. De los contenidos tratados, señalaron como fundamentales, la puesta de límites interpersonales y las técnicas de autocuidado y gestión emocional, destacando especialmente las prácticas de mindfulness.

Por último, nos gustaría acabar este capítulo, de la misma forma que acostumbramos a dar cierre a los grupos, recogiendo algunos deseos y metas que las usuarias plantean al final de su proceso terapéutico grupal:

- “Que los recursos adquiridos en el grupo (autocuidado, límites, dialogo interno y automatismos) se mantengan y trabajen para que la semilla implantada crezca fuerte y hermosa, al ser regada, podada y contemplada” [S. 45 años]
- “Equilibrio mental, para poder regular nuestras emociones, saber poner límites para que no nos hagan daño, ser empáticas, y por supuesto, que seamos felices, ya que la vida es muy bonita” [F. 38 años]
- “Que la paz, amor y felicidad, siempre estén dentro y fuera de ti, que nunca olvides lo mucho que vales, lo que has luchado y ganado y lo valiente que eres. Eres fuerte, perfectamente imperfecta y eso está muy bien, quíete mucho y déjate querer.” [N. 49 años]

Conclusiones

Es importante la incorporación de la perspectiva de género en los programas de la red asistencial de adicciones. Los profesionales debemos romper nuestros propios estereotipos. Entender que la atención a las mujeres requiere atender a dificultades y necesidades diferentes, mejora la calidad de nuestras intervenciones. Es fundamental que el acceso a los recursos sea igualitario y que los tratamientos sean integrales para que las mujeres dejen de ser invisibles en nuestros servicios.

El trabajo terapéutico a nivel grupal con mujeres facilita que el problema del consumo deje de ser algo de lo que avergonzarse y culpase, para pasar a ser algo de lo que ocuparse sin machacarse. Este tipo de experiencias permiten a las mujeres salir del aislamiento, que tan unido está a la forma de consumir propia del género femenino “a escondidas y en soledad”. Los grupos de mujeres generan red y vínculo, son espacio de comprensión, entendimiento y apoyo y dan respuesta al problema a un nivel comunitario. De esta manera, el contexto grupal funciona por sí mismo como espacio terapéutico.

Referencias

Arostegui, S., & Martínez, P. [2018]. Mujeres y drogas. En Deusto [Ed.], *Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto.

Blanco, P., Sirvent, C., & Palacios L. [2005]. Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5[2], 81-97. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83905205.pdf>

Díaz-Mesa, E. M., García-Portilla, P., Fernández-Artamendi, S., Saiz, P. A., Bascarán, T. B., Casares, M. C. S., Fonseca, E., Al-Halabí, S., & Bobes, J. [2016]. Diferencias de género en la gravedad de la adicción. *Adicciones*, 28[4], 221-230. <https://doi.org/10.20882/adicciones.829>

Simmons, K. P., Sack, T., & Miller, G. [1996]. Sexual abuse and chemical dependency: Implications for women in recovery. *Women & Therapy*, 19, 17-30. https://doi.org/10.1300/J015v19n02_03

Guerra, P., Povedano, E., & Fernández, M. [2018]. El problema del alcohol en las mujeres. Una revisión a través de Casos Clínicos. *Psicosomática y Psiquiatría*, 23[7], 28-37. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7483720>

Guerra, P., Concha, V., Martínez, N., Fernández, M., Revuelta Al., & Martínez M. [2020]. Reescribiendo la salud mental con perspectiva de género. Una necesidad urgente. En E. Agulló-Tomás et al., [Eds.], *Mujeres e inclusión social Investigación y estrategias de innovación y transformación social*. [pp. 106-109]. EAPN-AS <https://www.eapnasturias.org/download/inclusion-social-en-infancia-adolescencia-y-juventud-investigacion-e-intervencion-social/>

Instituto de adicciones. Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención [2005]. Comunidad de Madrid.

Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social [2017]. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/home.htm>

Observatorio Español de las drogas y las adicciones [2022]. *Estadísticas 2022. Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemaInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-ESTADISTICAS.pdf>

Ortega, E. [2020] Mujer y adicciones: hacia un cambio de perspectiva. Una necesidad urgente. En E. Agulló-Tomás et al., [Eds.], *Mujeres e inclusión social: Investigación y estrategias de innovación y transformación social*. [pp. 102-106]. EAPN-AS. <https://www.eapnasturias.org/download/inclusion-social-en-infancia-adolescencia-y-juventud-investigacion-e-intervencion-social/>

Ortiz, P., & Clavero, E. [2014]. Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta sociológica*, [64]. [https://doi.org/10.1016/s0186-6028\(14\)70485-2](https://doi.org/10.1016/s0186-6028(14)70485-2)

Sánchez, L. [2014]. Prevención del Consumo de Drogas Con Perspectiva de Género: Recomendaciones con base en la evidencia: Guía para el desarrollo de Programas de Prevención Alicante. Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2014_Guia_prevencion_genero_Diputacion_Alicante.pdf

Valls-Llobet, C., & Loio, N. [2014]. ¿Todas locas... o un gran negocio? En Taboada [Dir.] *Las voces que hay que oír* [pp. 22-24].

BIENESTAR, DIVERSIDAD, EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL

Una propuesta de intervención existencial grupal para personas con trastorno mental grave

Luis Jesús Díaz Gutiérrez¹, Noelia Pablos Ballesteros², Laura Cano de Lera³ y Paloma Aranguren Rico⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [luisjesus.diaz@sespa.es]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [noelia.pablos@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [auracanodelera1@gmail.com]

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

Resumen

La aparición en la vida de la persona de un trastorno mental grave supone un dramático vuelco en su proyecto vital, una ruptura con un posterior renacimiento, empezando la partida con cartas diferentes a las que tenía. Estas cartas son difíciles de jugar; a nivel sociocultural muchos de los demás jugadores ni siquiera las conocen realmente. No solo es la cuestión clínica la que concierne a este tipo de trastornos. Nos quedaríamos cortos si pretendiésemos que con solventar los síntomas todo se solucionaría. Si atendemos a lo importante, la voz de las personas que sufren estas experiencias, observamos como en sus relatos de recuperación personal no está en primer plano “curarse”, sino más bien convivir con el trastorno de la mejor manera posible, con esperanza y tomando las riendas de su vida. En la práctica real, es el sistema quien toma las riendas por ellos, les marca el camino a seguir, les guste o no. Esta intervención grupal, además de clínica, es una cuestión de justicia con ellos. Todos los seres humanos merecemos poder construir el sentido de nuestra vida o, al menos, poder planteárnoslo.

Introducción

En este capítulo se presentará una propuesta de intervención existencial grupal para personas con TMG. Con profundos tintes narrativos, y con la particularidad de la intervención grupal, se tratará de proporcionar un espacio seguro y de reflexión para estas personas con TMG para dialogar sobre hacia dónde vamos, hacia dónde va nuestra existencia, qué la determina, etc. Preguntas que gran parte de los seres humanos nos hemos hecho, y cuya falta de respuesta puede provocar altos grados de angustia.

El capítulo seguirá un orden claro y sencillo. En primer lugar, abordaremos los conceptos claves como son el trastorno mental grave y su recuperación, continuaremos reflexionando brevemente sobre lo existencial y lo narrativo, y finalizaremos describiendo todo lo concerniente a la intervención grupal.

Trastorno mental grave (TMG)

En primer lugar, sería conveniente una definición breve y concisa de lo que hablamos al hablar de trastorno mental grave. Así, se entiende que para cumplir esta definición la persona debe cumplir varios requisitos:

1. Presentar sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que genera problemas de captación y comprensión de la realidad, distorsiona la relación con los otros, supone o puede suponer riesgo para su vida y tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal.
2. Necesita un abordaje complejo, que incluye atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación, intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia y atención intersectorial (social, laboral, educativa y judicial).
3. Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

Según la CIE-10, las categorías diagnósticas recogidas bajo estos criterios abarcarían diversos trastornos de diferentes apartados:

- Bajo el apartado de “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo” encontraríamos la esquizofrenia [F20], el trastorno esquizotípico [F21], el trastorno delirante [F22], el trastorno psicótico compartido [F24], el trastorno esquizoafectivo [F25], otros trastornos psicóticos no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocidas [F28] y psicosis no especificada no debida a sustancia o afección fisiológica conocidas [F29].
- Bajo el apartado de “Trastornos del estado de ánimo [afectivos]” encontraríamos el trastorno bipolar [F31], el trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin rasgos psicóticos [F33.2] y el trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos [F33.3].
- Bajo el apartado de “Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto” encontraríamos el trastorno de personalidad paranoide [F60.0], el trastorno esquizoide de personalidad [F60.1] y el trastorno límite de personalidad [F60.3].

Recuperación

Una vez aclarado esto, ¿qué entendemos por recuperación? En la literatura sobre el tema hallamos innumerables definiciones, donde cada una pone el foco en cuestiones diferentes. En relación a ello, los planteamientos de William Anthony recogen una definición amplia e inclusiva:

“La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” [Anthony, 1993].

Observamos así que, en la recuperación personal (aquella definida por las propias personas sufrientes de la patología) lo que marca esta recuperación es el modo de vivir la vida de manera satisfactoria y esperanzadora a pesar de los límites que puedan existir por la patología [Williams et al., 2012].

Siguiendo esta línea, son interesantes los análisis de Andresen, Oades y Caputi [2003], quienes examinaron relatos personales sobre recuperación. Tras observar estos relatos, identificaron los siguientes componentes claves del proceso de recuperación:

- I. Encontrar esperanza y mantenerla, sobre uno mismo y el futuro.
- II. Reestablecer una identidad positiva que incorpore la enfermedad.
- III. Construir una vida con sentido y entender la enfermedad.
- IV. Asumir responsabilidad y control de la enfermedad y la vida.

En consecuencia, un principio rector de la recuperación, que rompe con lo que históricamente se consideraba “estar recuperado”, es que no significa necesariamente una “cura”. La persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad. El foco, por lo tanto, se amplía, ya no son solo los síntomas. Las personas necesitan reconciliarse con el problema que causa en sus vidas la aparición de los síntomas, e incorporar estas experiencias a un nuevo sentido de identidad personal. ¿Qué me ha pasado? ¿Qué significa? ¿Por qué ha pasado? (Shepherd, Bordman & Slade, 2008).

Lo existencial y lo narrativo

El enfoque que tiñe la intervención se asienta en bases existenciales y narrativas. Cuando la psicoterapia existencial se pregunta por el sentido de la vida, lo hace atendiendo a una imagen determinada del ser humano, subrayando ciertas características como son su libertad y finitud. Esta cuestión del sentido de la vida, en los inicios de esta corriente allá por el siglo XIX estaba influenciada, lógicamente, por la religión. Así, encontramos entre sus representantes principales diferencias marcadas:

- Por una parte, encontramos a autores como Rollo May o Viktor Frankl. May, a diferencia de la posición de su discípulo Yalom, pero en la misma senda que Frankl, interpreta el sentido de la vida desde lo que él entiende como una perspectiva puramente religiosa, al suponer que dicho sentido proviene de la aceptación de un sentido último y totalizador que nos saca de nuestra egocentricidad (Fernández, 2021).
- Por otro parte, encontramos una línea atea de la Terapia Existencial donde situamos a Irving Yalom. Denomina “significado cósmico”, entendiendo como la aceptación de que “existe un diseño previo, externo y superior al individuo” (Yalom, 1984, p. 506). Él entiende que el paciente no necesita encontrar ese significado cósmico para tener una vida mental saludable, aunque sí necesita construir un sentido de la vida para ello. Es decir, Yalom entiende que no hay significado en la totalidad, sino que lo único que es esencial al individuo es construir, que no encontrar, su propio significado.

En esta intervención grupal se ha optado por la corriente más próxima a Irving Yalom, tratando de construir ese significado con los participantes del grupo. Y para construirlo, la narrativa.

Respecto a lo narrativo, como teoriza Gonçalves, cada uno de nosotros vive una serie de acontecimientos vitales en torno a los que construimos un relato sobre nuestra biografía. Esta historia que nos relatamos se basa en una serie de elecciones, en las que resaltamos unos hechos y desdibujamos o hacemos desaparecer otros (Pubill, 2018).

En el criterio de selección de qué hechos contamos entran en juego muchos factores, donde la mayoría no son demasiado conscientes, como vivencias y decisiones formadas en momentos de estrés, no elaboradas o bien valores o creencias individuales, influenciadas por la cultura y sociedad en la que uno está inmerso. Esta biografía de lo vivido permite dar coherencia a un personaje que hemos construido. La narrativa que tenemos sobre nosotros mismos ejerce de filtro de las experiencias vividas, haciéndolas encajar en nuestro relato (Pubill, 2018).

Estructura y contenido del grupo

Ahora toca hablar de la intervención: se basa en una intervención grupal conducida por dos residentes de psicología clínica. Se establecieron 9 sesiones aproximadamente, abierto a modificaciones, con periodicidad de una sesión semanal, con duración de hora y media.

Los criterios de inclusión que elegimos son los siguientes: son 6 pacientes de ambos géneros, con capacidad reflexiva y con funciones cognitivas relativamente conservadas. Lo más importante es que tuvieran una ruptura biográfica marcada, con una vida estable anterior al debut del trastorno. Los demás criterios son más arbitrarios y podrían variar.

Teniendo esto en cuenta, ¿cómo intentamos hacerlo? Bajo esta base narrativa y existencial, el contenido de la intervención se fraccionó de forma cronológica, haciendo un recorrido biográfico desde el nacimiento hasta la actualidad. Desde una perspectiva existencial, el objetivo será la integración de la experiencia sufrida en la narrativa vital del paciente. Con vistas al futuro, pero centrados en el aquí y el ahora, buscamos acercarnos a los componentes antes nombrados de Andresen, Oades y Caputi: disminuir la desesperanza, mediante la elaboración de una identidad positiva que le permita retomar el control de su vida, así como construir su propio significado y sentido vital.

Sesión 1. El TMG como experiencia.

En la primera sesión, llamada “*el TMG como experiencia*”, intentamos dar una visión del trastorno poniendo el énfasis en la construcción sociocultural de éste. Desde el punto de vista construccionista las patologías y los problemas pierden su privilegio ontológico. No hay ningún problema más allá de la forma en que una cultura lo constituye como tal, por lo tanto, el diagnóstico o la etiqueta pierde su necesidad (Botella & Vall, 2019).

Así, exploramos el primer contacto con la red de Salud Mental, con los profesionales. Cómo fueron construyendo desde ese primer momento lo que les pasaba, cómo recibían la información por parte del sistema sanitario, de la familia o del entorno. Además, tratamos la conciencia de enfermedad, tan importante para los clínicos para la adherencia al tratamiento, relacionándolo con el estigma y el autoestigma. Esa conciencia de enfermedad que, además de ser cognitiva, es también emocional. ¿Qué impacto tiene en la identidad de la persona esa conciencia de enfermedad?

Sesión 2. El principio.

En la sesión 2, “*El principio*”, nos dedicamos a hablar de la infancia. ¿Qué nos hace ser niños? ¿Cómo pasamos a ser adultos? Explorando la experiencia de cada uno en el salto a la

edad adulta, y por qué pasó. Aprovechamos a su vez para explorar las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson, y la superación o no de las crisis de cada etapa. De la resolución positiva de la crisis emerge una fuerza o potencialidad, específica para aquella fase. De su no resolución emerge una patología o fragilidad específica para aquel estadio (Bordignon, 2005). Enfatizamos la adquisición de responsabilidades como hecho clave y la libertad al usar esa responsabilidad, con los problemas que puede suponer este manejo.

Sesión 3. El amor (I): amor fraternal.

Las próximas 4 sesiones giraron en torno a los vínculos sociales, al amor. Exploramos la forma de vincularse de cada uno, y cómo la habían desarrollado. Así, tenemos el **amor fraternal**, comprendiendo este el amor hacia los amigos y los hermanos. Dialogamos sobre qué criterios de selección tenían en la elección de amistades, qué expectativas, así como contrastar sus criterios ideales con sus experiencias propias reales. También la capacidad o no de confiar en los demás.

Sesión 4. El amor (II): el amor familiar: familia de origen.

Respecto al **amor familiar**, nos centramos en la familia de origen, en esas primeras figuras de apego. Cómo recibían este amor, de quién, cómo afectó esto a lo que somos hoy y a las relaciones actuales con esas figuras de apego y con el resto. También enfatizamos la transmisión intergeneracional de valores.

Sesión 5. El amor (III): el amor filial.

Dado que la mitad de los participantes tenían hijos, dedicamos una sesión al **amor filial**. ¿Cuidamos cómo nos cuidaron? ¿Intentamos darles lo mismo o lo que no nos dieron? Expectativas de la maternidad o paternidad, si se están cumpliendo. ¿Cómo consideran, subjetivamente, que lo están haciendo hasta ahora? ¿cambiarían algo?

Sesión 6. El amor (IV): el amor erótico.

Por último, abordamos el **amor erótico**, el relacionado con la pareja. En contraste con el amor fraternal o el amor filial, que tienen en común el no estar restringidos a una única persona, hallamos el amor erótico: exclusivo y no universal (Fromm, 2021). Se hace énfasis en las fases del amor, y en el progresivo cambio de los sentimientos de amor, proporcionando un papel activo y responsable en el amar, con los componentes de voluntad y compromiso. Teniendo en cuenta el estigma y el autoestigma, se proporciona un espacio para hablar de relaciones pasadas, presentes o futuras, y en cómo el trastorno mental grave puede afectar o ha afectado a ellas. En relación a ello, se explora la confianza en el otro en el ámbito sentimental, con sus posibles miedos.

Por otra parte, consideramos importante entender que para muchas de las personas que han recibido un diagnóstico de trastorno mental grave su Yo-sexual ha sido gravemente desterrado (incluso muchos son retornados a una posición de pasividad, casi infantil): sería interesante abordar en este bloque aspectos más relacionados con lo sexual, el cuerpo, la intimidad –tanto consigo mismos como con otros–...

Sesión 7. El duelo.

Trabajamos los duelos, centrados primero en duelos de personas no fallecidas. Como continuación de la sesión anterior, se centra más en el tema pareja, en la multiplicidad de

afrontamientos posibles de separación y desvinculación, tiempo requerido subjetivo, etc. Según la experiencia personal de cada uno y su realidad construida, fomentar posiciones diferentes, incluso enfrentadas, para dar la posibilidad de conocer la visión del otro, aceptarla y considerarla como alternativa válida.

Es destacable como todos los participantes de nuestro grupo relataron duelos complejos –tanto de seres queridos fallecidos, como de un aspecto de sí mismos, de relaciones...–, a veces no resueltos: esto subraya, por una parte, la necesidad de abordar este tema en profundidad en el “trastorno mental grave” y, por otra parte, de ofrecer en la experiencia grupal un inicio y cierre terapéutico cuidadoso y coherente, ya que corremos el riesgo de reproducir experiencias pasadas (no elaboradas, que incluso se pueden interpretar como abandonicas).

Sesión 8. La muerte.

Íntimamente relacionada con la sesión previa, en “la muerte” exploramos el modo de concebirla y afrontarla. Nos retomamos a su primera experiencia de muerte y el miedo morir, así como la angustia ante la misma, ante la finitud de la vida. A su vez, le damos un enfoque constructivista bajo la perspectiva de Neimeyer, enfocando la pérdida de la otra persona como un cambio de relación de presencia física a una conexión simbólica. Una reconstrucción de significados, particular y activo, con influencia de la cultura y las creencias espirituales de cada individuo (Neimeyer, 2019).

Sesión 9. La vida.

En la última sesión, “la vida”, de cierre de la intervención hacemos recapitulación de los temas abordados. Aquí, de manera más general y abierta, exploramos la satisfacción con su vida actual y si sienten la capacidad de poder cambiarla y, hacia donde la cambiarían, en caso de que desearan hacerlo. Como ya hemos mencionado, otorgamos gran importancia al cierre en esta recapitulación de lo tratado: señalar como terapeutas nuestras impresiones, preguntar y recoger sus preferencias, opiniones, posibles cambios...

Conclusiones

A nivel cualitativo, se aprecia en el discurso de los participantes del grupo contenidos narrativos que encajan claramente en los componentes de recuperación de Andresen. Respecto al primero, encontrar esperanza y mantenerla, M.M. comentaba: *“me aferro a la vida con uñas y dientes”*, y B. afirmaba: *“me gusta la vida, me gusta vivir”*. Con relación al segundo, reestablecer una identidad positiva que incorpore la enfermedad, A.I. declaraba: *“lo que me ha pasado me ha ayudado a ser como soy hoy”*. Quizás, para conseguir que aparezcan estos relatos de recuperación personal, pueda ser útil comenzar desde los primeros momentos del debut del trastorno proporcionando a los pacientes una explicación más amplia que integre el trastorno como una experiencia vital. Por otra parte, respecto al tercer componente, construir una vida con sentido y entender la enfermedad, M.M. refería: *“hablar de todos estos temas ha sido como revisar mi vida, como una película”*. Respecto al último componente, asumir responsabilidad y control de la enfermedad y la vida, A.I. declaraba: *“me podría quedar tirada en la cama, pero tengo que salir y hacerlo por mí”*.

Durante esta experiencia grupal, hemos podido reflexionar sobre la profunda necesidad que los pacientes tienen de ser escuchados, recogidos y tratados de forma integral, más allá de etiquetas diagnósticas y modelos enteramente psicoeducativos. Si bien no desde-

ñamos la utilidad de los mismos, comprendemos que no son suficientes para dar respuesta a la ruptura vital que la experiencia del trastorno mental grave supone... ruptura que puede configurarse como un duelo, el duelo del Yo anterior y de toda una concepción vital que se ve forzada a cambiar. Como hemos podido ver, esto requiere de un trabajo; un laborioso proceso en el que se debe encajar y colocar lo sucedido en una historia coherente.

Dicho esfuerzo merece acompañamiento, la presencia activa de otros –terapeutas y compañeros con los que uno se pueda identificar– que puedan escuchar y acoger estas difíciles experiencias, que ayuden a poner estructura, palabras –pues, sin palabras no hay orden posible: lo inefable no tiene cabida en la narrativa, solo da pie al vacío–.

Referencias

Andresen, R., Oades, L., & Caputi. [2003] The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.

Anthony, W. A. [1993]. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990´s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, [16], 11-23.

Bordignon, N. A., [2005]. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2[2], 50-63.

Botella García de Cid, L., & Vall Castelló, B. [2019]. Hacia una comprensión fenomenológica del proceso de construcción de significado: Aplicabilidad de la Rejilla de Evaluación Narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 30[114], 57-94.

Fernández Jiménez, L. C. [2021]. Sobre el sentido de la vida: la influencia de Paul Tillich en la psicoterapia existencial de Rollo May. *Límite [Arica]*, 15.

Fromm, E. [2021]. *El arte de amar* [1ª ed.]. Paidós.

Niemeyer, R.A. [2019]. Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43[2], 79-91.

Pubill, D. M. J. [2018]. *Guía para la intervención emocional breve* [1ª ed.]. Paidós.

Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. [2008]. *Hacer de la recuperación una realidad*. Servicio Andaluz de Salud.

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L. & Slade, M. [2012]. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47[11], 1827–1835.

Yalom, I.D. [1984]. *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

Efectos de la pandemia en población con trastornos de salud mental preexistentes

Enrique Iglesias Martínez¹

¹Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (iglesiasenrique@uniovi.es)

Resumen

El objetivo fue investigar el impacto en la salud mental de la pandemia, especialmente en personas con problemas de ansiedad y/o depresión previos, jóvenes, personas con medicación y mujeres. Para ello se realizó un estudio transversal con una muestra de 4.686 personas (3.500 mujeres y 1.186 hombres), en la que los participantes realizaron cuestionarios dirigidos a valorar la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo, considerándose relevante si ya habían recibido tratamiento o medicación para la ansiedad, depresión o algún otro problema de salud mental. Los resultados determinan que durante el confinamiento hubo un aumento de los niveles de ansiedad a nivel general y de forma particular en mujeres, jóvenes, y personas con algún problema previo de salud mental o con medicación previa. Estos datos obtenidos en el estudio proporcionan una referencia para observar futuras consecuencias de otras posibles pandemias. Se identifican factores asociados con un mayor nivel de impacto psicológico y un peor estado de salud mental, que se pueden utilizar para formular intervenciones psicológicas que permitan mejorar la salud mental de los grupos vulnerables.

Introducción

En general, se establece que las infecciones se asocian con un mayor riesgo de trastornos del estado de ánimo [Benros et al., 2013] y que los síntomas psiquiátricos entre algunos pacientes con trastornos psiquiátricos preexistentes empeoran [Fernandez-Aranda et al., 2020, Zhou et al., 2020]. Sin embargo, una revisión sistemática de Vindegaard y Benros [2020] revela que el conocimiento sobre el impacto de la COVID-19 en pacientes con trastornos psiquiátricos preexistentes es muy escaso, y el conocimiento sobre el impacto de pandemias/epidemias anteriores en este grupo también es muy limitado.

Es evidente que los efectos psicológicos y sociales directos e indirectos de la pandemia son generalizados y podrían afectar a la salud mental [Holmes et al., 2020], sin olvidar el componente de que las enfermedades infecciosas, a menudo desencadenan olas de miedo y ansiedad intensas que afectan al comportamiento y bienestar psicológico de la población general [Balaratnasingam & Janca, 2006]. No hay que dejar de lado, que en particular podría afectar de manera singular a población con antecedentes en salud mental o problema mental, independientemente del país del mundo y del sistema de salud [Vindegaard & Benros, 2020]. En esta línea, se observa que, en personas diagnosticadas previamente con trastornos de ansiedad y depresión, se encuentra que las preocupaciones, las ideas suicidas y la severidad de los síntomas fue muy superior [Hao, 2020] o que personas con un diagnóstico de depresión tenían un riesgo significativamente mayor de contagiarse y además duplicaban la ratio de mortalidad por COVID-19

con respecto a las personas que no tenían un diagnóstico psiquiátrico [Wang, Xu & Volkow, 2021].

Entre las consecuencias psicológicas más reportadas de la pandemia se encuentra la ansiedad [Duan & Zhu, 2020; Huang & Zhao, 2020]. El término ansiedad hace referencia a una anticipación de una amenaza futura [American Psychiatric Association [APA], 2013]. No obstante, Spielberger (Spielberger, 1966, 1972) considera que para conceptualizar la ansiedad correctamente hay que diferenciar entre la ansiedad como un rasgo de personalidad y como un estado emocional. Según Spielberger, la ansiedad estado, es un estado emocional inmediato y transitorio que se puede modificar en el tiempo y es percibido como una combinación de tensión, aprensión y nerviosismo, preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad rasgo hace referencia a un comportamiento predisposto del individuo a percibir un amplio número de situaciones como amenazantes, que es permanente en el tiempo, siendo una disposición, tendencia o rasgo. La situación especial y su influencia en variables como la ansiedad resulta de gran interés, ya que las necesidades de salud mental de los pacientes con confirmación de COVID-19, pacientes con sospecha de infección y personas en cuarentena han sido mal manejados [Xiang et al., 2020], siendo en muchos países la salud mental como unas de las áreas que menos se han trabajado durante este periodo [Lee, 2020].

Método

Participantes

Se registró una muestra de un total de 4.686 casos de los cuales 74,7% fueron mujeres ($n = 3.500$) y el 26.3% fueron hombres ($n = 1.186$), con una edad entre 18 y 72 años ($M=37.90$ años, $SD = 12.46$ años). La distribución por edades fue la siguiente, 932 casos entre 18 y 25 años; 1545 casos entre 26 y 35 años; 1210 casos entre 36 y 45 años; 602 casos entre 46 y 55 años y finalmente 397 casos con una edad de más de 55 años.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo proporcionando distribuciones de frecuencias relativas y absolutas para variables cualitativas, y medidas de posición y dispersión para las cuantitativas. Las relaciones entre variables cualitativas se valoraron con el test Chi Cuadrado de Pearson y el test de Fisher, según se verificase o no la hipótesis sobre frecuencias esperadas. Cuando se comparaban variables cuantitativas entre dos grupos se empleó el test t de Student para muestras independientes con la corrección de Welch ante varianzas distintas. Si los grupos a comparar eran 3 o más, se empleó el test ANOVA con el test post hoc de Tukey. Se construyó un modelo lineal multivariante para determinar los factores que se asocian a una mayor diferencia entre ansiedad estado y rasgo, y un modelo logístico binario en el caso de predecir la probabilidad de presentar ansiedad estado. Se estudia para la variable definida como la diferencia entre la ansiedad rasgo y estado, los factores asociados a ella, a través de un modelo lineal multivariante. El nivel de significación empleado fue 0.05. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa R [R Development Core Team], versión 3.6.0.

Procedimiento

Se adoptó un diseño de encuesta transversal, por conveniencia, para evaluar la respuesta psicológica inmediata durante el confinamiento en todo el territorio español. La encuesta

se envió a páginas de difusión de diferentes universidades y redes sociales. La recogida de información se realizó desde el 22 de marzo del 2020, (ocho días después del inicio del confinamiento en los hogares de la población española) hasta el 24 de mayo de 2020, en el momento que esta normativa se modificó por la Orden SND/442/2020, de 23 de mayo. El propósito consistía en recabar los datos en el periodo en el que el confinamiento de la población era más estricto salvo algunas excepciones consideradas de fuerza mayor.

Toda la muestra participó voluntariamente, dando su consentimiento después de haber sido informados sobre los objetivos y metodología del proyecto de investigación. Se respetó su anonimato y se garantizó la confidencialidad de los datos. No se les solicitó variables de identificación. Esta investigación sigue los requisitos y protocolos del Comité de Ética del Departamento de la Universidad donde se llevó a cabo y las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

Instrumentos

Se elaboró una hoja de registro que recogía información acerca de variables sociodemográficas tales como sexo y edad. También se les trasladó cuestiones sobre, si ha tenido o recibido alguna vez tratamiento o medicación para la ansiedad o depresión, problemas de salud mental, problemas de depresión, ansiedad o ambas. Se elaboró un listado multirespuesta en el que se podían marcar todas las respuestas que uno considerase.

Para recoger la variable de ansiedad se utilizó el *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI* (State-Trait Anxiety Inventory). Adaptación española [Buela-Casal et al., 2015]. La prueba consta de dos partes, con 20 preguntas cada una de ellas. La primera, *Ansiedad-Estado* [A/E], evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda, *Ansiedad-Rasgo* [A/R], señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Resultados

Estadística descriptiva y correlaciones bivariadas

Las estadísticas descriptivas se calcularon para las características sociodemográficas, si se han tenido problemas de salud mental, si se ha tenido o recibido alguna vez tratamiento o medicación para la ansiedad o depresión, problemas de depresión, ansiedad o ambos.

En primer lugar, se comprobó la presencia de la variable *Ansiedad-Estado*, encontrándose que, de los 4.686 casos registrados, se obtiene la siguiente distribución de frecuencias: Presencia A/E [74,88%] y Ausencia A/E [25,12%]. Respecto a la variable *Ansiedad-Rasgo*, presentan la siguiente distribución de frecuencias: Ausencia A/R [53,61%] y Presencia A/R [46,39%]. A continuación, respecto a la variable *¿Ha tenido problemas de salud mental?*, se obtiene la siguiente distribución de frecuencias: No [76,33%] y Sí [23,67%]. Por último, para la variable *¿Ha tenido o recibido alguna vez tratamiento o medicación para la ansiedad o depresión?*, se dispone de 4.676 casos registrados, ya que se produce un 0,21% de casos perdidos en esta magnitud. Se obtiene la siguiente distribución de frecuencias: No [63,79%], Sí, para la ansiedad [18,69%], Sí, para ambas [12,98%] y Sí, para la depresión [4,53%].

Respecto al Género y su relación con las distintas variables estudiadas, se encuentra que al realizar el análisis para estudiar la relación entre *¿Ha tenido problemas de salud mental?* y *Género*, se obtiene que sí existe asociación, las mujeres tienen más problemas de salud mental [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$]. Igualmente se realizó el análisis para estudiar la relación entre *Tratamiento ansiedad y género*, obteniéndose que sí existe asociación entre tratamiento de ansiedad y aumento de ansiedad [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$].

En relación con *la Edad* y la variable *¿Ha tenido problemas de salud mental?*, se obtiene que sí existe asociación [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$]. Los más jóvenes trasladan más problemas de salud mental. También se ha realizado el análisis para estudiar la relación entre *Edad* y *Tratamiento ansiedad*, obteniéndose que entre ambas variables sí existe asociación [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$].

Modelo logístico binario multivariante

Para valorar de forma conjunta todos los posibles factores asociados estudiados y la presencia de *Ansiedad-Estado*, se construye un modelo logístico binario. El modelo completo con todas las variables recogidas, se simplifica usando un método de selección paso a paso, obteniendo un modelo significativo según el test de razón de verosimilitud ($p < 0,001$), con un R²N agelkerke = 19%. Analizando los valores de los odds ratio [OR] de la tabla del modelo simplificado, se observa como aumenta el riesgo de tener ansiedad si se es más joven [diferencias entre todos los tramos de edad respecto a tener más de 55 años, salvo para 36-55 años que no se aprecian ($p = 0,607$)]. Tener problemas de salud mental, seguir un tratamiento para ansiedad y/o depresión también se asocian a un mayor riesgo (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre Edad, Problemas de salud mental, Tratamiento y Ansiedad Estado

	Coef	pvalor	QR	IC 95-	IC 95+
Edad De 18 a 25 años	0.794	0.002	2.213	1.329	3.691
Edad De 26 a 35 años	0.566	0.006	1.762	1.173	2.641
Edad De 36 a 45 años	0.477	0.016	1.611	1.093	2.368
Edad De 46 a 55 años	0.105	0.607	1.111	0.743	1.658
Problemas de salud mental	0.400	0.005	1.492	1.128	1.982
Tratamiento	0.616	<0.001	1852	1449	2376

Igualmente, se ha realizado el análisis para estudiar la relación entre *Género* y *Ansiedad-Estado*, obteniéndose que sí existe asociación [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$]. También se observó la relación entre *¿Ha tenido problemas de salud mental?* y *Ansiedad-Estado*, obteniéndose de nuevo que sí existe asociación [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$].

Para la valoración de la relación entre *¿Ha tenido o recibido alguna vez tratamiento o medicación para la ansiedad o depresión?* y *Ansiedad-Estado*, se obtiene que sí existe

asociación [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$] (Tabla 2). Por último, para analizar la relación existente entre *Tipo de tratamiento* y *Ansiedad-Estado*, se encuentra que sí existe asociación [test Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.001$] (Tabla 3).

■ **Tabla 2.** ¿Ha tenido o recibido alguna vez tratamiento o medicación para la ansiedad o depresión? y Ansiedad estado

	Ausencia A/E			Presencia A/E		
	n	% Col	% Fila	n	% Col	% Fila
No	1021	86,75	28,54	2.556	72,84	71,46
Sí	156	13,25	14,07	953	27,16	85,93

■ **Tabla 3.** Relación entre Tipo de Tto. y Ansiedad estado

	Ausencia A/E			Presencia A/E		
	n	% Col la	% Fila	n	% Col	% Fila
No	901	76,62 0	30,2	2.082	59,49	69,80
Sí, para ambas	81	6,89 4	13,3	526	15,03	86,66
Sí, para la ansiedad	145	12,33 9	16,5	729	20,83	83,41
Sí, para la depresión	49	4,17 1	23,1	163	4,66	76,89

Discusión

En el estudio se observa la existencia de un aumento general de ansiedad ante la crisis sanitaria [Elbay, Kurtulmuş, Arpacioğlu & Karadere, 2020]. De la misma manera, las mujeres también muestran haber sufrido más problemas de depresión y salud mental, y de haber estado en tratamiento por ello en mayor proporción que los hombres, estos hallazgos permiten una evaluación crítica de las políticas de activación que solo tienen un enfoque

individual (Iglesias-Martínez et al., 2023; Llosa et al., 2022). Asimismo, las mujeres poseen un mayor aumento del nivel de ansiedad estado, dato en la línea de trabajos que reportan que las mujeres presentaron tres veces más de ansiedad que los hombres durante los confinamientos (Wang, Li, Lu & Huang, 2020). Esto demuestra la importancia de arbitrar medidas de atención hacia ellas, ya que parecen ser población vulnerable, situación que parece agravarse en épocas de crisis socio laborales como las ocurrida durante la pandemia (Iglesias-Martínez et al., 2022). Estos resultados van en la línea de estudios previos que trasladaban que las mujeres se ven más afectadas negativamente por las pandemias (Kim et al., 2014).

De los trastornos evaluados en el estudio, se encuentra que el problema de salud mental más frecuente es la ansiedad, seguido de ansiedad y depresión y por último depresión, resultado acorde con estudios que encuentran que entre las consecuencias psicológicas más reportadas se encuentran la depresión, la ansiedad y la sintomatología derivada de esta (Li, Wang, Xue, Zhao & Zhu, 2020; Torales, O'Higgins, Castaldelli & Ventriglio, 2020). Por otra parte, destacar que en este trabajo se observa como la variable edad constituye un factor de riesgo, ya que los más jóvenes trasladan haber padecido durante más problemas de salud mental, principalmente ansiedad (Racine et al., 2021). Este dato preocupante debería hacer reflexionar sobre los problemas y el cuidado de la salud mental de este sector de la población (Losada et al., 2020).

Igualmente, las personas con algún problema de salud mental previo tienen más niveles de ansiedad y un mayor aumento de ansiedad estado a rasgo que las personas sin ningún problema de salud mental. En este sentido, las personas con alto grado de Ansiedad-Rasgo están más predispuestas a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad (Spielberger, 1966, 1972; Iglesias et al., 2021). Respecto a las personas que reciben o han recibido tratamiento para la salud mental, se constata que sufren unos niveles de ansiedad más altos, y más aumento de ansiedad estado a rasgo, respecto a personas que nunca han tenido tratamiento, dato que parece demostrar que las personas que reciben o han recibido tratamiento de salud mental, han experimentado un empeoramiento de los problemas de ansiedad existentes, resultado en la línea de estudios como (Hao et al., 2020).

También se observa que a mayor edad más frecuencia de medicación para el tratamiento de la salud mental, dato esperable, aunque es de destacar que en la franja de personas de 18 a 25 años existe un porcentaje elevado de jóvenes con ya tratamiento para tal fin, cifra que se ha visto incrementada durante los confinamientos y pandemia (Levaillant et al., 2021). Todos estos datos nos llevan a situarnos en la línea en que la toma de medidas para atajar esta situación tiene que ser reconocida como una prioridad mundial (Vinkers, 2020), en la que es necesario amparar acciones centradas que resten los efectos negativos en población con trastornos mentales (Wang, Xu & Volkow, 2021).

Es necesaria una intervención proactiva para proteger la salud mental de la población en general, pero más específicamente de los grupos vulnerables (Fiorillo & Gorwood, 2020; Sani et al., 2020).

Conclusiones y limitaciones

Este estudio contribuye a identificar factores ansiógenos relacionados con un deterioro de la salud mental. Se puede observar que el hecho de estar confinado y la pandemia ha aumentado los niveles de ansiedad más transitorios (*Ansiedad-Estado*) respecto a una propensión ansiosa, relativamente más estable (*Ansiedad-Rasgo*).

Se incide, por tanto, en la necesidad de desarrollar estrategias basadas en evidencia, para reducir los impactos psicológicos adversos y los síntomas psiquiátricos durante la pandemia. Las personas con problemas previos de salud mental con o sin tratamiento, las mujeres y la población más joven parecen ser poblaciones vulnerables y a las que por tanto hay que prestar más atención y cuidado, si estas condiciones adversas se reproducieran.

En el estudio se logra medir los síntomas de ansiedad asociados al COVID-19 en los momentos críticos de encierro y cuarentena. Aunque entre sus limitaciones, el estudio al contar con un muestreo por disponibilidad, no se tuvo control absoluto de los participantes. El resultado de esto fue, una participación mayor de mujeres que de hombres, sin embargo, se obtuvo un tamaño de muestra amplio de ambos sexos.

Referencias

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. [2013]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ [5th ed.]. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Balaratnasingam, S. & Janca, A. [2006]. Mass hysteria revisited. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(2), 171-174. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000214343.59872.7a>.
- Benros, M. E., Waltoft, B. L., Nordentoft, M., Østergaard, S. D., Eaton, W. W., Krogh, J., & Mortensen, P. B. [2013]. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for mood disorders: a nationwide study. *JAMA psychiatry*, 70(8), 812-820. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1111>.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos-Cubero, N. [2015]. *STAI Cuestionario de ANSIEDAD E stado-Rasgo*. TEA Ediciones.
- Danet, A. D. [2021]. Impacto psicológico del COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, [9], 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>.
- Duan, L., & Zhu, G. [2020]. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0).
- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E. [2020]. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research*, 290, 113130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>.
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., ... & Treasure, J. [2020]. COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 239. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. [2020]. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>.
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L. I., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., ... & Tam, W. [2020]. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown?

A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>.

Iglesias-Martínez, E., Rocés-García, J., & Bermúdez-Rey, M. T. (2021). Study on regular habits during confinement periods and their influence on anxiety [Estudio sobre los hábitos regulares en periodos de confinamiento y su influencia en la ansiedad]. *Studies in Psychology*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1950421>.

Iglesias-Martínez, E., Rocés-García, J., Jiménez-Arberas, E. & Llosa, J. A. (2022). Difference between Impacts of COVID-19 on Women and Men's Psychological, Social, Vulnerable Work Situations, and Economic Well-Being. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 8849. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148849>.

Iglesias-Martínez, E., Yáñez-Legaspi, P., Agulló-Tomás, E., & Llosa, J. A. (2023). Psychosocial Risk in COVID Context: The Impact of Economic Factors and Labour Protection Policy [ERTes] in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1824. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20031824>.

Kim, S. J., Han, J. A., Lee, T. Y., Hwang, T. Y., Kwon, K. S., Park, K. S., . . . Lee, S. Y. (2014). Community-based risk communication survey: Risk prevention behaviors in communities during the H1N1 crisis, 2010. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 5(1), 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2013.12.001>.

Lee, S. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 1-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>.

Levaillant, M., Wathelet, M., Lamer, A., Riquin, E., Gohier, B., & Hamel-Broza, J. F. (2021). Impact of COVID-19 pandemic and lockdowns on the consumption of anxiolytics, hypnotics and antidepressants according to age groups: a French nationwide study. *Psychological Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004839>.

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.

Losada, A., Márquez, M., Jiménez, L., Pedroso, M., Gallego, L., & Fernández, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>.

Llosa, J. A., Agulló-Tomás, E., Menéndez-Espina, S., Rivero-Díaz, M. L., & Iglesias-Martínez, E. [2022]. Self-Criticism in In-Work Poverty: The Mediating Role of Social Support in the Era of Flexibility. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 609. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010609>.

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. [2021]. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142-1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>.

Sani, G., Janiri, D., Di Nicola, M., Janiri, L., Ferretti, S., & Chieffo, D. [2020]. Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(6), 372. <https://doi.org/10.1111/pcn.13004>.

Spielberger, C. D. [1966]. CHAPTER 1 - Theory and Research on Anxiety I I Work on this chapter was facilitated by a grant [HD 947] from the National Institute of Child Health and Human Development, United States Public Health Service. I am indebted to students and colleagues at Duke U [C. D. B. T.-A. and B. SPIELBERGER (ed.); pp. 3–20]. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4832-3131-0.50006-8>.

Spielberger, C. D. [1972]. Chapter 2 - ANXIETY AS AN EMOTIONAL STATE I I am greatly indebted to Dr. Robert E. Lushene and Dr. W. George McAdoo for their contributions to this chapter, and to Professor Raymond B. Cattell for his comments on an earlier version that was prepared by C. [C. D. B. T.-A. SPIELBERGER (ed.); pp. 23–49]. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5>.

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. [2020]. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>.

Vindegård, N., & Benros, M. E. [2020]. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.

Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., ... & van der Wee, N. J. [2020]. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>.

Wang, B., Li, R., Lu, Z., & Huang, Y. [2020]. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging (Albany NY)*, 12(7), 6049. <https://doi.org/10.18632/aging.103000>.

Wang, Q., Xu, R., & Volkow, N. D. [2021]. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*, 20(1), 124-130. <https://doi.org/10.1002/wps.20806>.

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. [2020]. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).

Zhou, J., Liu, L., Xue, P., Yang, X., & Tang, X. [2020]. Mental health response to the COVID-19 outbreak in China. *American Journal of Psychiatry*, 177(7), 574-575. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030304>.

BIENESTAR, DIVERSIDAD, EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL

Salud mental y empobrecimiento en el contexto COVID-19: análisis de una muestra representativa de población en España

Beatriz Oliveros Fernández¹, Esteban Agulló-Tomás², José Antonio Llosa Fernández³, Sara Menéndez-Espina⁴ y María Luz Rivero-Díaz⁵

¹ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [oliverosbeatriz@uniovi.es]

² Profesor Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [estomas@uniovi.es]

³ Coordinador del Grado de Educación Social en la Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [joseallosa@facultadpadreosso.es]

⁴ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [menendezsara@uniovi.es]

⁵ Doctoranda, Universidad de Oviedo [mariluzriverodiaz@gmail.com]

Resumen

La situación de pandemia COVID19 supuso una limitación de relaciones sociales, suponiendo un riesgo para la salud mental de la población. Además, limitó la posibilidad de empleo y mermó los ingresos de muchas familias. Así lo muestra el índice de riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE), que se sitúa en niveles próximos a los de la crisis de 2008, con un 27,80% de población que se encuentra en situación AROPE en el año 2021. El objetivo de este trabajo de investigación es detectar las variables de empobrecimiento que han condicionado el empeoramiento del estado de ánimo tras el periodo de confinamiento. Se ha analizado una muestra representativa de la población residente en España a través de los datos EINSFOESSA 2021. Se ha trabajado a través de un modelo de regresión logística binaria, siendo la variable dependiente el empeoramiento del estado de ánimo, y las independientes aquellas relativas a la situación económica de las familias. Los resultados muestran que las variables relacionadas con procesos de empobrecimiento han tenido un papel significativo en el deterioro del estado de ánimo de la población. Cabe concluir que el riesgo de pobreza y exclusión social es un factor determinante para la salud mental, por lo que las políticas de renta han de comprenderse como elemento esencial entre las medidas de salud pública.

Introducción

Existe una correlación positiva entre los procesos de exclusión social y la aparición de problemáticas de salud mental: los problemas de salud mental son mayores en la población que se encuentra en situaciones más intensas de exclusión [Van Bergen et al., 2018; Villegas et al., 2021]. No obstante, en esta relación entre exclusión social y salud mental es difícil establecer una relación de causalidad.

Por una parte, diferentes estudios señalan que las personas con trastornos de salud mental tienen un mayor riesgo de acabar en una situación de exclusión. Uno de los elementos que generan esta relación es el estigma social que sufren los diagnosticados con trastornos de salud mental (en adelante TSM) y que supone un rechazo a nivel laboral y social. El

estigma que aún hoy en día tienen ciertos TSM y sus tratamientos terapéuticos, hace que muchas personas con un diagnóstico de salud mental acaben viviendo situaciones de exclusión social cronificadas. A este respecto, Duncan (2007) señala cómo, pese a existir un mayor conocimiento y sensibilización sobre estos grupos de personas, todavía se mantienen ideas falsas al respecto. Y sobre el constructo de estas ideas desajustadas acerca de lo que es la salud mental y lo que supone la convivencia con algún desajuste en ella, surgen actitudes negativas que conllevan procesos de estigmatización y discriminación (Duncan, 2007; Baumann, 2009).

Por otra parte, también se ha podido constatar que las situaciones de exclusión social generan problemáticas de salud mental, por el efecto que la privación tiene en la cronificación de la exclusión. Esta idea está tras la detección de que los TSM son más frecuentes en las poblaciones que viven situaciones más intensas de exclusión (Fryers et al., 2003). También Lázaro (2020) plantea que las dificultades en los entornos sociales que se habitan afectan de una forma intensa a la salud mental de los individuos. Flores y Ubritch (2014) señalan que la mayor prevalencia de enfermedades mentales entre las personas que están en situaciones de exclusión puede explicarse “[...] *por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales a la pobreza*” [p. 82].

En esta relación entre salud mental y exclusión hay diferentes elementos determinantes que incrementan la correlación que se ha señalado. Uno de ellos tiene que ver con las situaciones de pobreza, entendiendo la pobreza como la ausencia de los recursos materiales suficientes para la cobertura básica de las necesidades que permitan una vida digna y adaptada. También en la relación entre salud mental y pobreza existe un amplio consenso sobre que la pobreza no es únicamente una consecuencia del desajuste de la salud mental, sino también una causa. Por otra parte, los estudios epidemiológicos confirman que hay una estrecha relación entre TSM y clase social (Cazzaniga & Suso, 2015). La prevalencia de la psicosis, por ejemplo, es más elevada entre los trabajadores manuales.

Aunque es discutible que haya una asociación lineal directa entre renta disponible y salud mental, lo cierto es que la pobreza y el bajo estatus socioeducativo vinculado a ella restringen el acceso y el uso de servicios sociosanitarios que pueden actuar de manera preventiva. Estudios longitudinales sobre la prevalencia e incidencia de la depresión muestran que los nuevos casos aparecen con mayor frecuencia en los hogares más pobres, lo que indica que una parte de esas enfermedades pueden ser el resultado de las tensiones generadas por la privación relativa (Murali & Oyeboode, 2004).

En este sentido, Smith (2013) indica un elemento que es de especial trascendencia en esta relación entre salud mental y exclusión social: abordar las brechas entre las personas más integradas y las más excluidas, de forma que los profesionales de la salud mental puedan fortalecer su acción integral sobre estas. No es posible plantear alternativas terapéuticas homogéneas para grupos con experiencias vitales tan distantes y heterogéneas. Porque, obviamente, asociada a la presencia de una alteración de la salud mental en el hogar se encuentran las alternativas terapéuticas.

Una de las más habituales en el caso de los trastornos de salud mental tiene que ver con el consumo de fármacos y las psicoterapias. En este sentido, parece pertinente mencionar a Llosa (2017), quien parafraseando a Parker afirma que *“la inmediatez que provee el psicofármaco como herramienta de intervención no la logra la terapia clínica, lo que convierte al fármaco en un elemento perfectamente contextualizado en la sociedad neoliberal”*.

Y tiene sentido lo que señala este autor porque en la Encuesta de Salud se puede encontrar mucha información sobre consumo de fármacos y ninguna sobre el uso de la psicoterapia como alternativa real al tratamiento de los trastornos de salud mental. Alternativas ambas que son difíciles de sostener cuando el hogar está sometido a situaciones de privación y/o de falta de recursos.

El presente trabajo pretende ahondar en el impacto que tienen las situaciones de privación en el empeoramiento del ánimo, contextualizado en el contexto de crisis socioeconómica generada por la pandemia de la COVID-19.

Metodología

El diseño del estudio se planteó desde un enfoque transversal, descriptivo-exploratorio y analítico, a partir de una muestra de tamaño nacional.

La muestra utilizada en esta investigación corresponde a la utilizada para el Informe Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. Por cuestiones logísticas no se han recogido datos representativos de todas las Comunidades Autónomas, sólo de algunas⁴. Para cada Comunidad Autónoma con muestra específica, se recogió información sobre 600 hogares, 400 para hogares con algún indicio de exclusión y 200 para hogares sin indicios. La muestra total diseñada para España fue de 7.013 hogares (4.625 vulnerables y 2.388 integrados). Esto ha garantizado unos márgenes de error del 0,7% para la información de los hogares y del 1,2% para la información de la población.

La información fue recogida de manera presencial, entre el 11 de marzo y el 31 de mayo de 2021. Para el proceso de recogida de datos se utilizó la EINSFOESSA 2021, administrada presencialmente por un/a encuestador/a en los domicilios de las personas. En total se realizaron 400 rutas, repartidas en 262 municipios de España.

Las EINSFOESSA tienen una formulación histórica desde 2013, por lo que es posible establecer comparaciones en cuanto a algunas de las dimensiones de estudio. En cuanto a las preguntas sobre salud mental, el elemento diferenciador que presenta la EINSFOESSA 2021 en relación a las anteriores encuestas, es que las preguntas estaban referidas a personas concretas, de forma que se ha podido extraer información del número de personas del hogar diagnosticadas de un TSM y sus características.

En cuanto a la creación de las variables, para este trabajo se construyó una única variable dependiente definida como “Empeoramiento del estado de ánimo”.

Para el análisis de la muestra se utilizó el programa estadístico SPSS [vs. 23]. A través del análisis de regresión logística binaria, se pusieron en relación las variables para construir el modelo que explica la relación existente entre las mismas, a efectos del impacto que tienen determinadas variables sobre el empeoramiento del estado de ánimo. Se trabajó desde este modelo de regresión logística binaria, porque algunos elementos de la muestra motivaron su uso:

1. La muestra era lo suficientemente numerosa como para dar datos fiables con una significación menor a 0,05.

⁴ Se indica a continuación, las CCAA de las que se tienen datos representativos: Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Canarias, Madrid, Murcia y País Vasco.

2. Se tuvieron en cuenta un número suficiente de variables respuesta que pudieran explicar la variable dependiente [esto es, el empeoramiento del estado de ánimo en la población]. En total se ha trabajado con 9 variables independientes, todas las cuales han sido significativas y han dado resultados de interés estadístico e interpretativo.
3. La variable dependiente ha sido configurada de forma dicotómica. Para ello, se ha construido en base al empeoramiento del estado de ánimo uniendo dos niveles: ha empeorado un poco y ha empeorado mucho. Por ello, bajo la denominación “Empeoramiento del estado de ánimo” se integran aquellas personas que manifiestan que su estado de ánimo ha empeorado un poco y aquellas otras que manifiestan que su estado de ánimo ha empeorado mucho.

Se ha construido un modelo único en el que, en base de la Odds Ratio obtenida en la regresión, se han considerado factores de riesgo o factores de protección, en base a la profundidad interpretativa que se va a hacer de las OR obtenidas en la regresión logística. Se ha hecho, por tanto, una interpretación directa e inversa, lo que justifica la existencia de una única variable dependiente. Las OR se han analizado de la forma que se describe:

- Valores iguales o cercanos a 1: no existe relación entre las variables, por lo que la variable no se define como de riesgo/protección.
- Valores superiores a 1: existe una relación entre ambas variables, por lo que la variable se define como de riesgo.
- Valores inferiores a 1: existe una relación inversa entre las variables, de forma que la variable analizada podría cumplir una función inversa a la estudiada. En este caso, el fenómeno se estudia al calcular la inversa de la OR obtenida. De esta forma, se puede expresar mejor la fortaleza de la relación. En el modelo, se han cogido aquellos factores cuya OR era inferior a 1 y se han interpretado como factores de protección.

Resultados

Se han establecido dos análisis diferenciados en base a las características de los hogares: por una parte, se ha desarrollado el análisis en la población general, contrastando este con un mismo análisis en población en situación de exclusión social. En la tabla 1 se presentan los resultados que se han extraído de la regresión desarrollada en el análisis.

1. Resultados para la población general

Se pasa a describir los resultados obtenidos en el grupo configurado por el total de las personas que componen la muestra.

De las 9 variables independientes analizadas, dos no dan resultados de significatividad: encontrarse en una situación de pobreza severa (por debajo del 40% de la mediana de renta neta disponible por unidad de consumo) y percibir una pensión (tanto contributivas, como no contributivas).

Las otras 7 variables analizadas son significativas y tienen un comportamiento variable ante el empeoramiento del estado de ánimo de la población.

Tabla 1. OR en población general y población en situación de exclusión social

Variable	POBLACIÓN GENERAL			POBLACIÓN EN EXCLUSIÓN		
	p	OR	OR inversa	p	OR	OR inversa
POBR. SEVERA	,130	0,832	-----	,166	0,887	-----
POBR. MODERADA	,008	0,867	1,153	,230	0,906	-----
INGR. EMPLEO	,000	0,855	1,169	,318	0,929	-----
INGR. PENSIONES	,150	1,050	-----	,007	1,211	-----
SIN DEUDAS	,003	1,261	-----	,199	1,153	-----
SIN RETRASOS PAGOS	,000	0,678	1,475	,000	0,588	1,700
LLEGAN A FIN DE MES	,000	0,836	1,196	,001	0,490	2,040
MEJORA ECONOMÍA	,000	0,728	1,374	,003	0,540	1,851
NO NECESITA AYUDAS	,000	0,755	1,324	,000	0,756	1,322

La variable que se comporta de una forma directa y que se configura, por tanto, como un factor de riesgo es aquella que se ha configurado como ausencia de deudas. Hace referencia a aquellos hogares en los que no se ha asumido ninguna deuda (ni en pago de vivienda, suministros, créditos y/u otros) durante el año 2020. Esta variable obtiene una OR de 1,261, lo que implica que no haber contraído deudas durante 2020 ha expuesto a las personas a un empeoramiento significativo de su estado de ánimo.

El resto de variables analizadas se han configurado como variables de protección, en tanto que suponen una mejoría del estado de ánimo de las personas. Así, encontrarse en situación de pobreza (por debajo del 60% de la mediana de la renta neta disponible por unidad de consumo) no sólo no expone a las personas, sino que multiplica por 1,15 la protección. Por otra parte, encontrarse percibiendo ingresos procedentes del mercado laboral es altamente protectora, multiplicando esta protección por 1,2. Llegar sin dificultades a fin de mes también protege o, dicho de otra forma, mejora el estado de ánimo: en este caso, multiplica la protección por 1,2. No necesitar ayudas de terceros (familiares, amigos y/o entidades sociales) y sentir que la economía familiar ha mejorado también supone una protección, en este caso de valores muy similares (1,3 en ambos casos). Por último, la variable más protectora es la que tiene que ver con la ausencia de retrasos en los pagos para el mantenimiento de la persona/familia: en este caso, la protección alcanza un valor de 1,5.

2. Resultados para la población en situación de exclusión social

Los resultados de la población en situación de exclusión social tienen algunas particularidades que los hacen diferentes a los que se han presentado para la población general.

En cuanto a la significatividad de las variables testadas, en este caso son 4 las que alcanzan un valor superior a 0,005, por lo que se excluyen del análisis que se presenta: estar en situación de pobreza moderada (por debajo del 60% de la mediana), de pobreza severa (por debajo del 40% de la mediana), percibir ingresos por empleo y no tener deudas.

La única variable analizada que empeora el estado de ánimo es la percepción de una pensión (contributiva y no contributiva), que multiplica por 1,2 la posibilidad de que el estado de ánimo empeore.

Sin embargo, algunas variables analizadas se han configurado como factores protectores, de forma que su presencia, no sólo no empeora el estado de ánimo de las personas, sino que lo mejora. Y, en este caso, todas estas variables tienen que ver con la gestión económica autónoma. De hecho, no necesitar ayudas de terceros (familiares, amigos o entidades sociales) multiplica por 1,3 la posibilidad de mejoría del estado de ánimo; no asumir retrasos en los pagos (de vivienda, suministros u otros), lo multiplica por 1,7; sentir que su economía ha mejorado en el último año, incrementa el bienestar anímico multiplicándolo por 1,8 y llegar holgadamente a fin de mes duplica la protección.

Conclusiones

Esta pandemia ha afectado, como se ha mostrado en el apartado de resultados, el estado de ánimo de los individuos. Y se ha cebado especialmente con el estado de ánimo de los individuos más vulnerables, de aquellas personas que sobreviven en situaciones más adversas. Una idea que confirma la excelsa literatura científica disponible, que refiere una mayor afectación de las poblaciones más vulnerables y los hogares más empobrecidos.

En este sentido, algunos autores señalan el riesgo de que el impacto de la crisis generada por la pandemia contribuya a incrementar la pobreza y que esta dé origen a formas estructurales de fragilidad.

Los resultados muestran cómo las variables que se configuran como certezas económicas, no sólo no empeoran el estado de ánimo, sino que contribuyen a su mejoría. Es, por tanto, la certidumbre de prever la cobertura de la necesidad a medio plazo lo que funciona como un factor de protección del estado de ánimo y, por ende, de la salud mental. Por el contrario, la incertidumbre de no prever la cobertura de la necesidad a corto/medio plazo funciona como un factor de riesgo y expone a un estado de ánimo más frágil.

Referencias

- Baumann A. E. [2007]. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 19(2), 131–135. <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>.
- Cazzaniga, J., & Suso, A. [2015]. *Salud mental e inclusión social, situación actual y recomendaciones contra el estigma*. [Archivo PDF]. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>.
- Flores, R., & Ubritch, T. [coords.] [2014]. *Informe sobre exclusión y desarrollo social en el Principado de Asturias*. Cáritas Española Editores. http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/ccaa/06112014015005_7219.pdf
- Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. [2003]. Social inequalities and the common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>.

Llosa, J.A., Menéndez-Espina, S., Agulló-Tomás, E., Rodríguez-Suárez, J., Lasheras-Díez, H., & Saiz Villar, R. (2019). La psicopatologización del trabajo: el estado de malestar del sujeto responsable. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 80, 82-97. <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/jallosa.pdf>.

Van Bergen, A., Wolf, J., Badou, M., Wilde-Schutten, K., Ijzelenberg, W., Schreus, H., Carlier, B., Hoff, S., & Van Hemert, A. (2018). The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 3[29], 575–582. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143>.

Villegas, C., Ibabe, I., & Arnoso, A. (2021). People at risk of social exclusion: Mental health, structural-economic factors and sociocultural factors. *International Journal of Social Psychology*, 36(1), 122-148. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1840235>.

Psicoterapia Grupal para la Intervención sobre el Estigma en Personas Diagnosticadas de Trastorno Mental Grave

Cristina Pedrosa Duque¹, Paula Rancano Vázquez¹, Mónica Díaz Méndez¹, María Dolores Méndez Méndez¹, Patricia Guerra Mora¹ y Cristina del Canto Jiménez²

¹ Servicio de Salud de Principado de Asturias [cristina.pedrosa@sespa.es / paula.rancano@sespa.es / monica.diazm@sespa.es / mdolores.mendez@sespa.es / patricia.guerra@sespa.es]

² Servicio de Salud de las Islas Baleares [cristina.delcanto@ssib.es]

Resumen

Los usuarios de la red de salud mental, y en concreto, las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave sufren una afectación doble, por un lado, la propia sintomatología, y por otro el estigma. Varios estudios indican que la interiorización del estigma se vincula a mayor problemática depresiva, ansiosa, desesperanza y menores expectativas de recuperación. Por ello se presenta una experiencia de terapia grupal cuyos objetivos fueron mejorar aspectos relacionados con el estigma y disminuir el estigma internalizado y fomentar la normalización. Se aplicaron cinco sesiones de una hora semanal, para nueve pacientes de 18-70 años en régimen de hospitalización 24 horas y hospital de día. Mediante una escala de satisfacción con la experiencia grupal diseñada ad hoc, los usuarios consideraron de media que el tratamiento mejoró entre bastante y mucho su nivel de información sobre el estigma. La satisfacción con la intervención fue de seis sobre 10. El estigma y, en concreto, el internalizado, son aspectos de gran importancia en los procesos de recuperación de los usuarios de los servicios de salud mental. Trabajar a favor de la integración y normalización en sus contextos está relacionado con la disminución en el nivel de malestar y la disminución de recaídas.

Introducción

Los Trastornos Mentales Graves (TMG), según la definición propuesta por del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, son “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

Según la última Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales de 2009 sobre las intervenciones psicosociales en TMG, este grupo incluiría diversas categorías de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE- 10 de la Organización Mundial de la Salud: Trastornos esquizofrénicos (F20.x), Trastorno esquizotípico (F21), Trastornos delirantes persistentes (F22), Trastornos delirantes inducidos (F24), Trastornos esquizoafectivos (F25), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29), Trastorno bipolar (F31.x), Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

[F32.3], Trastornos depresivos graves recurrentes [F33] y Trastorno obsesivo compulsivo [F42].

Atendiendo a los últimos datos publicados de la Encuesta de Salud Mental (Ministerio de Sanidad, 2020), la prevalencia global de los problemas de Salud Mental es del 27.4% [30% en mujeres, 24% en hombres]. Si nos centramos en las categorías que se incluirían como TMG, la psicosis en conjunto afecta al 1.2% de la población (incluye psicosis afectiva, esquizofrenia, psicosis no especificadas y psicosis orgánica); los trastornos de la personalidad se encuentran en menos del 1% de la población, así como el trastorno obsesivo compulsivo.

Una de las características que definen los TMG es el nivel de discapacidad que genera y las limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida de la persona, ya sea de manera continua o intermitente. Esto puede darse por problemas en el área del empleo, la posible necesidad de apoyo económico, dificultad para mantener las redes de apoyo social, la posible necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria o por los comportamientos sociales inadecuados que requieren intervención desde el ámbito sanitario o desde el Sistema Judicial.

Por todo lo anterior, y de acuerdo con la propuesta del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2022- 2030, se hace patente la necesidad de realizar un trabajo multidisciplinar y un abordaje integral dirigido a alcanzar la inserción en la comunidad de la forma más autónoma posible incluyendo intervenciones dirigidas a la estabilización psicopatológica, los cuidados, el trabajo con las familias, la rehabilitación psicosocial, el apoyo social y comunitario, el alojamiento y la inserción laboral. Desde el modelo centrado en la recuperación, las intervenciones psicosociales aparecen en las guías como parte fundamental del tratamiento para este tipo de problemas, como otros enfoques y herramientas terapéuticas aparte de las farmacológicas o como estrategias sinérgicas. Estas intervenciones son fundamentalmente la psicoeducación para mejorar el autocognocimiento sobre el proceso de trastorno mental que está experimentando la persona, las intervenciones familiares, y las cognitivo-conductuales para aspectos relativos a las presentaciones sintomáticas.

Uno de los aspectos que se suele incluir en las intervenciones psicoeducativas es el estigma, pero menos frecuente ha sido la inclusión de aspectos específicos de lo que se ha llamado estigma internalizado o autoestigma.

Las personas que sufren un TMG sufren una doble afectación. Por un lado la propia de la sintomatología del trastorno en cuestión y por otra parte la del estigma de la sociedad que acaba internalizándose.

Estigma, Trastorno Mental Grave y Estigma Internalizado

La Real Academia Española define estigma como “marca o señal en el cuerpo” o como “desdoro, afrenta o mala fama” en otra de sus acepciones. Estas definiciones ya señalan que el estigma es algo que de alguna manera visible y, además, un concepto no muy positivo.

Una de las definiciones más completas sobre el estigma la aportaron Ottati et al. (2005). Para estos autores, el concepto de estigma va más allá del etiquetado negativo, y lo enten-

dieron como un proceso de construcción social dinámico que se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social:

- **Cognitivo:** aquí se hablaría de los estereotipos, las creencias compartidas sobre algún tema en cuestión.
- **Emocional:** en este aspecto se encontrarían los prejuicios, la valoración que se hace del estereotipo, que llevaría a una actitud hostil o de desconfianza.
- **Conductual:** se referiría a los aspectos relacionados con la discriminación, los comportamientos de rechazo, crítica y trato injusto, así como comportamientos de sobreprotección.

Para entender por qué el estigma se implanta y se mantiene en la sociedad se hace necesario entender qué funciones cumple. Se ha recogido en la literatura más clásica que entre las funciones más importantes se encontrarían: facilitar la percepción de los acontecimientos que nos rodean simplificándolos, aumentar la percepción de control de las situaciones y disminuir la ansiedad asociada permitiendo anticipar posibles peligros, preservar el orden establecido socioeconómico, conservar la identidad personal y aumentar el sentido de pertenencia.

Cuando nos referimos al estigma asociado al trastorno mental grave, Corrigan [2000] indicaba cuatro aspectos que influían en el proceso de estigmatización: síntomas psiquiátricos como hablar solo o conversar sobre temas poco habituales de una forma poco comprensible sin estructura, pobres habilidades sociales, apariencia física llamativa o descuidada y las etiquetas atribuidas o autoatribuidas sobre “tener” un trastorno mental.

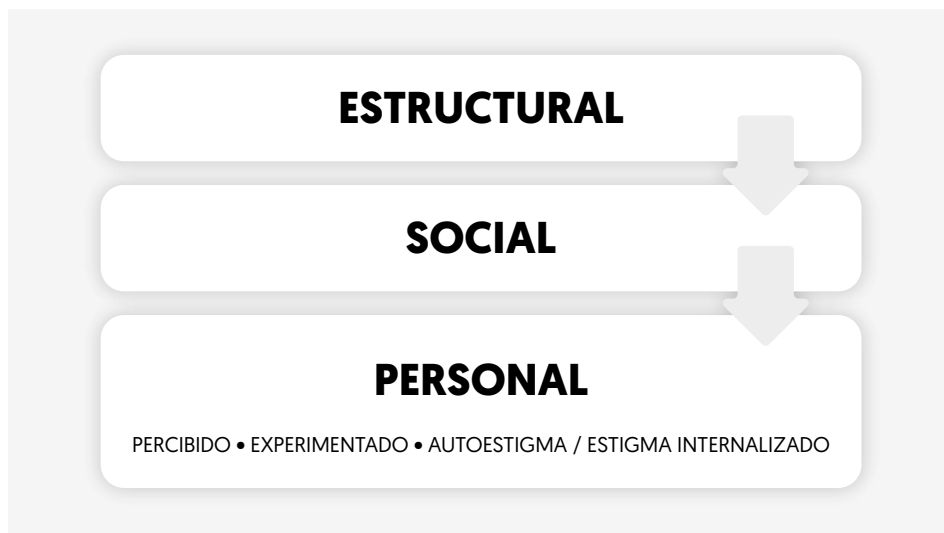
Dentro de las creencias estereotipadas más comunes sobre TMG se encuentran:

- **Carácter violento y peligrosidad**
- **Carácter impredecible y dificultad para controlar sus impulsos**
- **Carácter dependiente e incapacidad**
- **Culpabilidad en relación con su propio problema de salud mental por acción u omisión**
- **Carácter crónico e irrecuperabilidad**

Estas creencias generan una serie de emociones relacionadas con miedo, enfado o desconfianza, y se acompañan de comportamientos de rechazo generalmente y, en algunos casos de sobreprotección y tendencia al paternalismo.

En el estigma relacionado con los TMG, algunos autores como Livinston [2010] y Gerlinger [2013] lo enfocan desde una perspectiva en niveles:

■ **Figura 1.** Niveles del estigma en trastorno mental grave



Cuando se habla de nivel estructural se alude a las reglas, leyes y procedimientos políticos que restringen los derechos y oportunidades. El nivel social se refiere al estigma que se encuentra en la población general y que respalda y actúa en función de los estereotipos. Por último, dentro del subtipo personal encontraríamos el percibido [sentirse rechazado], el experimentado [experiencias concretas de discriminación] y el internalizado o autoestigma [interiorización de los estereotipos].

Livingston et al. [2010] definieron el autoestigma como “un proceso subjetivo, inculcado en un contexto sociocultural, que se caracteriza por sentimientos negativos sobre uno mismo, comportamientos desadaptativos y una transformación de la identidad o una adherencia a los estereotipos, que resultan de una vivencia individualizada acerca de la propia experiencia de percepción o de la anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental”.

Según recogen publicaciones que estudian la relación entre el autoestigma y el impacto negativo que provocan, se encuentra que, en líneas generales, a mayor nivel de estigma internalizado hay mayor sintomatología depresiva y ansiosa [Birchwood et al., 2007; Gerlinger et al., 2013; Han y Kim, 2018], que hay un aumento de malestar emocional y sufrimiento asociado, con mayores niveles de desesperanza [Gerlinger et al., 2013; Livingston & Boyd, 2010], así como una disminución en las expectativas de recuperación [Díaz-Mandado et al., 2015]. Recientemente se está investigando sobre cómo un trastorno mental grave puede afectar a la identidad, siendo el estigma internalizado un tipo posible de configurador a tener en cuenta en el desarrollo de intervenciones [Conneely et al., 2021].

Objetivos

Los objetivos de la intervención psicoterapéutica grupal diseñada fueron mejorar el conocimiento sobre trastorno mental grave y el estigma, disminuir el estigma internalizado y fomentar la normalización.

Método

Se elaboró una intervención psicoterapéutica grupal formada por cinco sesiones de una hora de duración y de frecuencia semanal. Se diseñó para un máximo de 14 usuarios de 18-70 años en régimen de hospitalización 24 horas y hospital de día en dispositivo intermedio de Salud Mental de Oviedo.

El enfoque del grupo era psicoeducativo, contextual y experiencial en el desarrollo de las sesiones.

■ **Tabla 1.** *Contenido de las sesiones*

SESIÓN 1: Psicoeducación sobre el estigma ■ Dinámica grupal introductoria: “¿Alguna vez os habéis sentido discriminados por tener un diagnóstico de salud mental?” ■ Trabajo individual y grupal sobre creencias asociadas a TMG mediante el cuestionario adaptado al español Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) ■ Explicación teórica sobre el estigma
SESIÓN 2: Proceso de estigmatización y mitos I ■ Explicación de proceso de estigmatización ■ Creencias estereotipadas típicas ■ Dinámica: contenido audiovisual ■ Debate sobre creencias detectadas
SESIÓN 3: Proceso de estigmatización, mitos II y autoestigma ■ Dinámica: “¿Por qué creéis que surge el estigma?” ■ Funciones del estigma ■ Trabajo con listado de mitos en formato grupal ■ Concepto de autoestigma ■ Tarea semanal DAFO
SESIÓN 4: Afrontar el estigma ■ Revisión tarea DAFO ■ Impacto negativo del estigma internalizado ■ Estrategias de afrontamiento ■ Tarea semanal: identificar situaciones personales estigmatizantes
SESIÓN 5: Cierre y repaso ■ Revisión tarea identificación de situaciones ■ Revisión de conceptos ■ Narrativa de recuperación ■ Cuestionario post-grupo y cierre

En la primera de las sesiones sobre psicoeducación, se realizó trabajo exploratorio por medio de la adaptación al español del cuestionario de estigma internalizado en la enfermedad mental realizada por Bengochea-Seco et al. [2018], originaria de Ritscher [2003]. Algunas de las frases que utiliza la escala son: “me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental”, “me siento culpable por tener una enfermedad mental”, “la mayoría de las veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental”, “la gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental” o “cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar”.

En la segunda sesión sobre los procesos de estigmatización y creencias sobre TMG, posterior a una parte teórica, se realizó una dinámica de identificación de creencias estereotipadas por medio de medios audiovisuales, con la proyección de dos clips de películas que en su contenido tienen protagonistas con TMG. Este trabajo sobre creencias se continuó en la tercera sesión con trabajo sobre mitos sobre los TMG mediante dinámica grupal sobre si algunas afirmaciones eran verdaderas o falsas. Algunos de los mitos trabajados fueron: 1. Las personas con diagnóstico de trastorno mental son violentas y peligrosas; 2. Las personas con diagnóstico de trastorno mental no se recuperan nunca; 3. Las personas con diagnóstico de trastorno mental necesitan que otras personas tomen todas las decisiones por ellos, no pueden decidir por sí mismas; 4. Las personas con diagnóstico de trastorno mental son impredecibles y extrañas; 5. Las personas con diagnóstico de trastorno mental tienen la culpa de tener el trastorno.

En la cuarta sesión se incidió sobre fortalezas personales y áreas de mejora, así como sobre estrategias de afrontamiento.

Y en la quinta y última sesión se realizó un repaso de los contenidos y se trabajó sobre narrativas de recuperación en primera persona, una en formato audiovisual y otra en formato narrativo.

Resultados

Participaron un total de 14 usuarios de la red de Salud Mental, de los cuáles finalizaron la terapia grupal nueve personas [cuatro hombres y cinco mujeres].

Para la recogida de datos sobre la valoración de la intervención grupal se aplicó un cuestionario de satisfacción elaborado ad hoc que incluía una escala de cambios.

Los resultados que se encontraron tras la aplicación fueron los siguientes:

■ **Tabla 2.** Resultados del cuestionario de valoración de la experiencia grupal

Aspecto valorado	Puntuación media
Nivel de información adquirida [-1 peor – 3 mucho mejor]	2.7 [Mucha mejoría]
Percepción de mejoría [0 nada- 4 mucho]	2.3 [Algo]
Cumplimiento de expectativas [0 nada- 4 mucho]	2.4 [Algo]
Satisfacción con la experiencia grupal [0- 10]	6
Escala de cambios [0 nada- 5 mucho]	2.8 [Bastante]

En algunas preguntas abiertas que incluía el cuestionario utilizado, se preguntó sobre qué les había resultado más útil dentro del grupo. La mayor parte de los participantes indicaban que la experiencia grupal en sí misma, el hecho de disponer de un lugar y un contexto facilitador donde expresar miedos al respecto y poder compartir vivencias que de otra manera quedan guardadas.

Conclusiones

Un área tan compleja como la rehabilitación psicosocial en las personas diagnosticadas de trastorno mental grave implica la acción de diversos profesionales y desde diversos ámbitos. Y es en el proceso de rehabilitación psicosocial donde, además de otros muchos aspectos sobre los que intervenir, uno de los fenómenos menos investigados hasta el momento ha sido el estigma internalizado, que parece tener un papel muy importante en la recuperación de estas personas.

Incluir intervenciones concretas específicas o como módulos dentro de programas más amplios parece, según los resultados obtenidos y en la línea de las publicaciones que se han hecho al respecto, que ayudan en la percepción de mejora de estas personas, así como ayudan a normalizar sus vivencias personales y desmitificar creencias internalizadas que perjudican sus expectativas de recuperación, cuestión que les resta agencia sobre el proceso en la implicación y motivación por los tratamientos.

Como limitaciones de este trabajo, y de cara a mejorar en futuras ocasiones, estaría la necesidad de incluir mediciones pretratamiento y postratamiento sobre el estigma internalizado, así como medidas de psicopatología y calidad de vida. También consideramos que realizar seguimiento a largo plazo de las intervenciones podría ofrecer más información sobre los aspectos de mayor utilidad para estas personas.

Con base a lo expuesto, a modo de síntesis:

- La intervención psicológica sobre el estigma y, en concreto, el estigma internalizado, resulta de gran importancia en los procesos de recuperación de los usuarios de los servicios de Salud Mental, y es valorada positivamente por los mismos.
- Trabajar a favor de la integración y normalización está relacionado con la disminución en el nivel de malestar y posiblemente con la prevención de recaídas.
- Potenciar las fortalezas y abordar los aspectos más vulnerables es fundamental para la mejora de la visión que tienen los usuarios sobre su propio papel en la recuperación.

Referencias

Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozuza, B., & Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala internalized stigma of mental illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 244-254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>.

Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. [2007]. Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1025-1037. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.011>.

Conneely, M., McNamee, P., Gupta, V., Richardson, J., Priebe, S., Jones, J. M., & Giacco, D. [2021]. Understanding identity changes in psychosis: A systematic review and narrative synthesis. *Schizophrenia Bulletin*, 47(2), 309-322. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa124>.

Corrigan, P. W. [2000]. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>.

Depla, M. F. I. A., de Graaf, R., van Weeghel, J., & Heeren, T. J. [2005]. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2), 146-153. <https://doi.org/10.1002/gps.1264>.

Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I. y Periañez, J. A. [2015]. Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 101. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15165>.

Díaz Mandado, O. [2015]. *Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI)*. Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. [2013]. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>.

González Domínguez, S. [2019]. *Estigma y salud mental: estigma internalizado* [Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/59687/>.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. [2009]. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N°2007/05. <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-de-intervenciones-psicosociales-en-el-trastorno-mental-grave/>.

Han, J. H., & Kim, C. K. [2018]. Comparisons of the clinical variables between high and low self-stigma group in the outpatients with schizophrenia. *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 21(1), 28. <https://doi.org/10.16946/kjsr.2018.21.1.28>.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. [2010]. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.

Markowitz, F. E. [1998]. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335. <https://doi.org/10.2307/2676342>.

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. [2005]. Social psychological model of mental illness stigma. En P. W. Corrigan [Ed.], *On the stigma of mental illness: Practical strategies for*

research and social change. [pp. 99-128]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-004>.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>.

Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. (2021) Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2.

BIENESTAR, DIVERSIDAD, EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL

Transitando hacia el bienestar psicológico. “Co-descubriendo caminos para superar las violencias con mujeres migrantes víctimas de trata y explotación sexual”

Jose Manuel Suárez¹, Alicia Márquez¹, Silvia Pereira¹ y Lucía Sánchez¹

¹ Fundación de Solidaridad Amaranta [jose.suarez@fundacionamaranta.org / alicia.marquez@fundacionamaranta.org / silvia.pereira@fundacionamaranta.org / lucia.sanchez@fundacionamaranta.org]

Resumen

Se busca generar un aporte para el abordaje del bienestar psicológico de las mujeres víctimas de trata y explotación a partir de la reflexión teórico-práctica de la Fundación de Solidaridad Amaranta.

Comprendiendo la salud desde una concepción integrada e integral, resulta necesario abordar las inequidades y desigualdades desde actuaciones multinivel y desarrollar políticas públicas que atiendan a las situaciones de precariedad y/o vulnerabilidad, impulsando recursos y oportunidades en las comunidades de las que las mujeres forman parte, contribuyendo a garantizar el acceso al derecho a la salud.

El trabajo se desarrolla en el marco del acompañamiento social mediante programas, proyectos y servicios que buscan acompañar integralmente desde diversas disciplinas procesos de incorporación social. En la atención individualizada, coexisten actuaciones interdisciplinarias guiadas por el modelo de atención centrado en la persona para la promoción del bienestar psicológico.

Todo ello supone generar espacios y relaciones alternativas que permitan un trabajo a medio-largo plazo de co-descubrimiento de los recursos y capacidades personales y del contexto en el que se encuentran, promoviendo la sensación de seguridad, autonomía y control de su propia vida, así como la movilización de las mujeres hacia su propio bienestar, a través de proyectos de vida autónomos libres de violencia.

Transitando hacia el bienestar psicológico. “Co-descubriendo caminos para superar las violencias con mujeres migrantes víctimas de trata y explotación sexual”

A través de esta comunicación buscamos realizar un aporte para el abordaje del bienestar psicológico de las mujeres víctimas de trata y de explotación sexual, a partir de la reflexión teórico-práctica de la Fundación de Solidaridad Amaranta.

Las inequidades y desigualdades en salud, que conforman el escenario en el que se desarrolla la vida, requieren del desarrollo de actuaciones multinivel que incidan sobre los ejes de desigualdad, interviniendo desde una concepción integral e integrada de la salud. Desde esta perspectiva, ocupa un lugar protagonista el desarrollo de políticas públicas que posibiliten un abordaje integral de las situaciones de precariedad y/o vulnerabilidad, e impulsen recursos y oportunidades en las comunidades de las que las mujeres forman parte, pudiendo beneficiarse de ellas y contribuyendo a garantizar el acceso al derecho a la salud.

Al hablar de salud nos referimos al completo bienestar físico, mental y social definido por la OMS, para el cual es imprescindible la garantía de disponibilidad y acceso universal a servicios de salud de calidad, y también a la intervención de la sociedad para asegurar que los distintos determinantes de la salud contribuyan a su continua mejora [Comité de Derechos Económicos, 2000].

Específicamente, entendemos el *bienestar psicológico* en base a la definición que Ryff [1989] concretaba en seis dimensiones: *autoaceptación* de los aspectos personales positivos y negativos; *relaciones positivas* con otras personas y capacidad para generar redes de apoyo; *autonomía* para conservar la independencia y la sensación de control de la propia vida; *dominio del entorno* para seleccionar espacios facilitadores para la cobertura de necesidades; *propósito de vida* para reanudar los proyectos de vida y marcarse metas y; por último, el crecimiento personal y la constancia para el *despliegue de potencialidades*. Por tanto, el trabajo para alcanzar el bienestar psicológico desde de la Fundación Amaranta se desarrolla a través distintos programas, proyectos y servicios que buscan acompañar de manera integrada procesos de integración personal e incorporación social de estas mujeres, atendiendo a la globalidad [Corera, 2004].

Trabajamos con mujeres cuyos proyectos de vida están atravesados por las violencias y las discriminaciones, y de manera fundamental con mujeres víctimas de trata y explotación sexual. Aunque con perfiles muy diferentes, podemos hablar de mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y 35 años, migrantes procedentes de América Latina, África Subsahariana y Este de Europa, y sostenedoras principales de la familia.

Intervenimos desde el marco del acompañamiento social como referencia para la intervención profesional, en los niveles de atención individual, grupal y comunitaria, orientando la acción hacia la prevención, asistencia y protección de las mujeres víctimas de trata y explotación sexual y que busca en última instancia mejorar la calidad de vida de las mujeres [Pérez-Eransus, 2004].

Dentro de las actuaciones individualizadas, la intervención se enmarca en un modelo de atención centrado en la persona, a través de un abordaje de las violencias que, de manera integrada, afecta a diferentes disciplinas. Realizar acompañamientos para la incorporación social en el nivel de atención individual supone aplicar el modelo de gestión de casos, que recoge la unificación de las responsabilidades sobre cada caso atendido en un mismo profesional o equipo, que es responsable de la gestión del caso, de la coordinación de las respuestas diversas que deban ofrecerse, con una continuidad temporal y una asignación importante de capacidades de decisión al profesional de referencia [Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, 2002].

Además, intervenimos desde un modelo educativo con raíz humanista que da sentido a la experiencia pedagógica de la Congregación de Adoratrices a través de sus prácticas y principios, donde valores como el amor, la liberación y el encuentro guían e inspiran las prácticas pedagógicas [Pedagogía del Amor].

Este compromiso de situar a las mujeres en el centro, desde una perspectiva de derechos humanos y género y un análisis interseccional, obliga a dirigir los esfuerzos hacia la restitución de sus derechos, siendo el abordaje de la salud como derecho el pilar fundamental para transitar hacia el bienestar psicológico.

Existen diferentes enfoques de trabajo que es necesario adoptar para entender las violencias por motivos de género y sus consecuencias cuando se interviene en el acompañamiento de mujeres migrantes que han sido víctimas de diferentes formas de violencia basadas en el género, que no deben entenderse de forma independiente, sino desde una perspectiva holística e interseccional. Trabajamos con mujeres han sufrido múltiples violaciones de derechos humanos, por tanto, nuestras prácticas deben ir orientadas a la defensa y promoción de derechos, asegurando que las mujeres sean tratadas con dignidad, igualdad, equidad y respeto en los diferentes espacios donde se construye el bienestar. Así mismo, un enfoque sensible al género evita el riesgo de ampliar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo de relieve los riesgos de violencia y maltrato contra las mujeres en todas las esferas políticas, económicas y sociales. Además, resulta imprescindible en el abordaje de las violencias hacia las mujeres por motivos de género la comprensión de la forma en la que las diferentes discriminaciones y opresiones en la historia vital de las mujeres se interrelacionan y generan impactos particulares a través de un análisis interseccional (Viveros, 2016).

Dentro de esta atención integral, el acompañamiento psicoterapéutico en el abordaje psicosocial, contextual y funcional de los impactos de las violencias sobre la identidad de las mujeres, ante situaciones de adversidad o vulneración de derechos se integra junto a otros modos de intervenir, incorporándolos de manera más saludable en la experiencia de cada una, facilitando así la promoción de su bienestar psicológico. Todo ello permite generar espacios y relaciones alternativas que permiten un trabajo a medio-largo plazo de co-desarrollo de los recursos y capacidades personales y del contexto en el que se encuentran, promoviendo la sensación de seguridad, autonomía y control de su propia vida, así como la movilización de las mujeres hacia su propio bienestar, a través de proyectos de vida autónomos libres de violencia. Estas interrelaciones y vínculos personales, grupales y comunitarios sirven para mejorar la adaptación ante situaciones adversas, de manera que las redes de apoyo se configuran como un elemento potenciador del bienestar que proporciona soporte en caso de necesidad.

Elementos que impactan en el bienestar psicológico de las mujeres

En la intervención con mujeres víctimas de trata y explotación sexual y en sus narraciones hemos observado la presencia, de manera recurrente, de elementos que impactan y afectan directamente en el bienestar de las mujeres, y que requieren de un abordaje que de manera integrada aglutine todas las disciplinas que entran en juego en el bienestar, sin fragmentar la atención y acompañamiento.

En el cuadro se recogen aquellos que tienen que ver tanto con sus malestares, como con su recuperación e incorporación social y están relacionados con la manera en la que ellas se han ido construyendo y, por tanto, con todas las personas, los entornos y las situaciones que las han ido atravesando. Gracias al acompañamiento y a la relación, se irán conociendo y abordando la mayoría de ellos, esenciales para comprender la manera de funcionar de cada una de las mujeres y para adaptarnos a sus necesidades durante el proceso.

■ **Fuente:** Elaboración propia



Situar a las mujeres dentro de su propia cultura, conocer los entornos donde han nacido, las situaciones familiares y culturales que han estado presentes y las *historias de apego* con sus cuidadores o personas significativas, van a facilitarnos el poder acercarnos con prudencia a la *construcción de su identidad*, de sus maneras de vincularse y, de este modo, ajustar la manera de acompañarlas.

A lo largo de las *etapas del ciclo vital* de las mujeres, se dan situaciones que comprometen o permiten que se den las tareas asociadas a cada etapa según la cultura de origen. Estas circunstancias pueden estar marcadas por la seguridad y la calma, pero también por la *adversidad*, la *negligencia* y/o la *violencia*. Estas impactan de manera diferente en el bienestar psicológico de cada mujer en función de la disponibilidad de los *saberes*, *aprendizajes*, *redes sociales* y *comunitarias* y *creencias espirituales*. En las situaciones en las que haya disponibilidad de recursos, las exigencias van a repercutir positivamente, reforzando la *sensación de competencia* y *control* sobre su propia vida, y en las que no, impactarán negativamente, generando *malestares* y *síntomas*. Algunas de estas circunstancias que frecuentemente impactan de manera negativa a las mujeres con las que trabajamos son: las experiencias adversas o de violencia, las relaciones familiares, las construcciones de la *sexualidad*, los *viajes migratorios*, las *relaciones afectivo-sexuales*, las *gestaciones*, los *embarazos*, los *puerperios*, la *falta de oportunidades* y/o *medios económicos*, la falta de *redes de apoyo*...

A partir de todo ello, se dibujará una manera de verse a sí mismas, a los demás y al mundo, que funcionará de base para aprender a moverse en los distintos entornos. De tal manera que aprenden a poner en marcha las *estrategias de regulación emocional* y de *autocuidado* que son útiles para desempeñarse y sobrevivir en las distintas esferas y tareas en las que estén inmersas. En muchas ocasiones, mantener esas estrategias aprendidas en otros contextos futuros, será lo que ocasione los *malestares* y los *síntomas*,

pues se volverán disfuncionales en este nuevo escenario seguro, dificultando el acceso al bienestar psicológico.

A través del acompañamiento por parte del equipo multidisciplinar se atenderá a estos elementos para identificar necesidades y co-crear habilidades, aprendizajes, estrategias, saberes y competencias alternativas más funcionales en la globalidad de la vida de las mujeres, en todos los ámbitos en los que estén en contacto en el contexto de acogida. Todo ello afectará de manera positiva a sus procesos de incorporación social, favoreciendo la adquisición de *sensación de control* sobre sus propias vidas y acercándose a *rutinas* y recursos que faciliten una *vida autónoma* en la que reanudar los *proyectos migratorios*.

Abordaje integrado e interdisciplinar del bienestar psicológico

Las acciones para abordar todos los elementos que impactan en el bienestar psicológico de las mujeres, se van a desarrollar desde diferentes áreas complementarias: social, salud, jurídica, psicológica, educativa y formativo-laboral, con el horizonte de alcanzar una incorporación real en la sociedad de acogida. Para ello, y debido a la complejidad de los fenómenos mencionados, es necesario implementar marcos de análisis complejos, que permitan comprender de manera multicausal las diferentes realidades de las mujeres.

Desde estas premisas se coordinan las actuaciones que se realizarán específicamente por parte de cada profesional dentro del equipo multidisciplinar. De tal forma que la manera en la que se viene abordando el bienestar psicológico está basado en estas acciones complementarias y no en intervenciones aisladas por parte de las psicólogas. Es tarea de este equipo trabajar para co-crear con las mujeres un plan de trabajo que facilite la construcción de un escenario de vida facilitador de este bienestar psicológico. Para ello, el plan abarcará distintos itinerarios de incorporación socio comunitaria destinados a cubrir los ámbitos comentados, teniendo en el horizonte el acceso a un mayor bienestar psicológico.

Se entiende que el modelo de acompañamiento social es la metodología que guía el trabajo del equipo multidisciplinar, supone un apoyo global, que incluye todos los ámbitos de la vida de las mujeres y permite el abordaje de manera integrada de todas las necesidades que presenten. Será el equipo el que apoye y trabaje sobre estas necesidades, con la intención de dar sentido al cambio, a la transformación y a generar recursos para romper las barreras que les impiden el avance en sus propios proyectos futuros. Para superar esas barreras se deben emplear metodologías participativas que prevengan y reduzcan el estigma, otorgando autonomía y responsabilidad a la persona con su proceso en el entorno. Es la comunidad la que permitirá el acceso a oportunidades, haciendo frente a la inequidad que produce la desigualdad social. Facilitar que las mujeres participen de otros espacios presentes en la sociedad, generando arraigo en la comunidad, facilitando el acceso a derechos, que impactan directamente, tanto en el bienestar de las mujeres como en la comunidad [Pérez-Eransus, 2004; Clemente-Villar, 2020].

Abordaje del bienestar psicológico en el equipo multidisciplinar

Los elementos que afectan al bienestar psicológico se abordan dentro del equipo multidisciplinar de manera integrada. De esta forma, las labores asociadas a la figura de la psicóloga en el equipo, tendrán en cuenta la interdisciplinariedad, pues las acciones serán

algunas veces más específicas y otras, se llevarán a cabo en relación con las demás disciplinas. Las profesionales de la psicología también ocupan un lugar importante en los equipos, como promotoras del desarrollo de competencias en las mujeres y también en las/os profesionales, para facilitar el vínculo terapéutico y para capacitar a otras compañeras en la potenciación de habilidades para el acompañamiento. El objetivo es generar un efecto multiplicador y sumar los beneficios que producen en el bienestar psicológico el conjunto de las disciplinas.

Habilidades del equipo multidisciplinar para el abordaje del bienestar psicológico:

Algunas de las habilidades que es esencial que presenten las personas que conforman el equipo multidisciplinar a la hora de abordar las situaciones para la promoción del bienestar psicológico son: escucha activa, empatía, aceptación incondicional, autenticidad y alianza terapéutica. A través de la *escucha activa* se recibe, procesa y da significado a las conversaciones, para hacerlo de manera adecuada, se debe conocer y regular la comunicación analógica y digital de las profesionales, así como los pensamientos y emociones que surjan durante el acompañamiento. De tal manera que se produzcan miradas, expresiones faciales, sincronía postural y expresiones verbales colaboradoras en los encuentros con las mujeres (Ruiz & Villalobos, 1994; Zamorano & Valdés, 2018). En segundo lugar, la *empatía*, a través de la cual conocer el marco de referencia de las mujeres, comprendiendo la manera en la que experimenta sus sentimientos, percepciones y acciones. Todo ello sin necesidad de fusionarse con ella, situándonos en una posición en la que sirvamos de sostén, ayudando a calmar, entender o descubrir otras miradas (Beck et al., 1979; Beck et al., 1989; Araya-Véliz & Jalife, 2017). La *aceptación incondicional* nos permitirá utilizar una actitud no valorativa con la que aceptar a las mujeres tal como son, sin juicios, como personas merecedoras de dignidad y atención, independientemente de las decisiones, acciones o verbalizaciones que lleven o hayan llevado a cabo (Magro et al., 2021). Por último, hacer referencia a la *alianza terapéutica*, como manera de generar una relación de confianza, para que perciban los espacios compartidos con las profesionales del equipo como espacios seguros. Se debe tener en cuenta la competencia transcultural de acompañamiento a las mujeres, que preestablece la comprensión de cosmovisiones de las identidades culturales para conectar con ellas, con sus culturas, su manera de comunicarse, sus idiomas y sus valores. Una alianza que se construye en los gestos sensibles de respeto meticuloso hacia el país, su gente, su cultura, sus normas de convivencia, o cualquier otra realidad. Esto se materializa en el esfuerzo para escuchar, observar, ser receptivas a las ambigüedades y evitar los juicios (de valor); también para comprender la perspectiva de las mujeres, las cuales en ocasiones pueden no ser compartidas, pero sí respetadas con disposición de apertura, prudencia y horizontalidad (Corbella & Botella, 2003; Escudero, V., 2009; Mosquera et al., 2016).

Ámbitos del abordaje del bienestar psicológico:

Fundamentalmente se realiza el trabajo con las situaciones de vida de las mujeres individual o grupalmente, por parte de las diferentes profesionales del equipo.

1. INDIVIDUAL

1. Acompañamiento psicosocial:

Se trata del apoyo interdisciplinar transversal desde el que el equipo se posiciona con las mujeres para generar un vínculo que permita que vivan sus procesos con apoyo instrumental, emocional y relacional. Se trata de una actividad de sostén llevada a cabo por todas las profesionales del equipo cuan-

do las mujeres se encuentran en situación de vulnerabilidad [por ejemplo, las educadoras en el espacio residencial o las abogadas en los acompañamientos para gestionar trámites jurídicos]. Trata de brindar un marco de seguridad y confianza donde facilitar el bienestar psicológico a través de diferentes acciones: expresar y validar emociones y vivencias, aclarar la realidad que está viviendo, apoyar y dar sugerencias e información, dialogar sobre su desarrollo, destacar sus propios recursos. [Beristain, 2012; Vargas & Dorony, 2014; Vicioso & González, 2021].

2. Abordaje en crisis:

Según Fernández-Mouján [1999], una crisis es un momento que supone una caída de las estructuras que sostenían nuestro eje de continuidad y la posibilidad de crear algo nuevo que pueda desplegar un desarrollo ulterior, a partir de la situación estresante asumida. Una crisis puede suponer crecimiento [a nivel personal, relacional y/o espiritual] o deterioro dependiendo de la severidad, la frecuencia y la naturaleza del suceso estresante, los recursos personales para enfrentarla, los recursos sociales presentes en el momento de la crisis y las competencias para acceder a diversos recursos. Por tanto, el apoyo psicológico cobra gran importancia en los momentos en los que las situaciones psicosociales son tan estresantes para las mujeres, que es necesario incluir la intervención en un momento puntual de elevada activación:

1. *Primer orden o primera ayuda:* ayuda inmediata otorgada por el profesional socioeducativo disponible cuando ocurre la crisis, y cuyos objetivos serían el restablecimiento inmediato de la capacidad de enfrentamiento y estabilidad emocional, la evaluación de riesgos y la vinculación a los recursos de ayuda [Angulo et al., 2019].
2. Segundo orden: ocurre una vez que la crisis inmediata ha pasado y se explora que no haya riesgos. Esta puede ir encaminada a la derivación a otro nivel de atención, centrada en la reconstrucción de la narrativa en relación al evento crítico, favorecer recursos o herramientas destinadas a la búsqueda de calma o seguridad o a acciones relacionadas con asuntos jurídicos, educativos, laborales, prestaciones, etc. [Ferrel Ortega et al., 2020; Gómez y García, 2021].

3. Psicoterapia:

Es específica de la profesional de la psicología, que acompaña a las mujeres en el trabajo conjunto sobre el impacto ontológico que han tenido algunas de sus experiencias vitales y en el descubrimiento y la construcción de potencialidades y competencias. Es un procedimiento que está integrado dentro de las acciones del equipo multidisciplinar para el abordaje psicosocial, contextual y funcional de los impactos que tienen en la identidad de las mujeres las situaciones vividas de trata y explotación, de adversidad o de vulneración de los derechos. Este acompañamiento se centra en el desarrollo de recursos o factores amortiguadores de las dificultades, así como en el trabajo con las situaciones de la biografía que han sido estresantes o difíciles y que actualmente siguen repercutiendo en la funcionalidad de la vida diaria. La potenciación de los recursos y la integración de dichas experiencias de dificultad de manera más funcional y saludable en la biografía, serán acciones que se sumarán al resto de acciones del equipo. Todas ellas repercutirán de manera simultánea y complementaria en las acciones llevadas a cabo por las demás profesionales del equipo multidiscipli-

plinar, promoviendo sensación de seguridad, autonomía y control de su propia vida y la movilización de las mujeres hacia su propio bienestar [Alonso et al., 2021; Milozzi y Marmo, 2022].

2. GRUPAL:

1. Trabajo grupal:

Metodología de trabajo realizada a través de encuentros en espacios colectivos donde se convoca a las mujeres para tareas diversas, relacionadas con cualquiera de las disciplinas desde las que se abordan las situaciones [laboral, educativa, psicológica, social...]. Las profesionales de la psicología tienen un papel de gestión de las acciones que se llevan a cabo en el grupo o de potenciadoras de las actuaciones de las profesionales de las otras disciplinas, así como, facilitadoras de los vínculos que se den en estos espacios. En estos encuentros, se van a aprender, desarrollar y potenciar saberes que afectan al bienestar psicológico de las mujeres. Además, se generan espacios colectivos de diálogo donde se comparten experiencias comunes, preocupaciones, aprendizajes y estrategias, recursos comunitarios... Todo ello proporciona conocimiento personal, descubrimientos comunitarios y redes de apoyo que favorecen la autonomía y bienestar psicológico de las mujeres [Vaca-Ferrer et al., 2020].

Conclusiones

En el abordaje del bienestar psicológico de las mujeres víctimas de trata y explotación sexual la interdisciplinariedad resulta imprescindible para poder generar cambios a largo plazo sobre la globalidad de la persona.

Desde la intervención basada en el acompañamiento social como referencia para el abordaje profesional en los todos niveles, podemos atender de una manera integrada desde las diferentes disciplinas los impactos que las violencias han tenido sobre las mujeres.

A través de una reflexión teórico-práctica de la Fundación Amaranta en relación con el bienestar psicológico, se han identificado determinados elementos fundamentales que impactan de manera directa en el mismo.

De manera específica, para su abordaje en los niveles de intervención individual y grupal, es imprescindible la implicación y participación del equipo multidisciplinar, que aportará diversas miradas y actuaciones complementarias y coordinadas, de manera que la intervención resulte ser lo más integral e integrada posible.

Co-construir con las mujeres desde todas las disciplinas de manera integrada, tendrá un efecto multiplicador y se sumarán los beneficios que producen las actuaciones de todas las disciplinas consiguiendo la cobertura de necesidades, el desarrollo de competencias, la promoción de la sensación de control y de seguridad, la construcción de redes de apoyo, el acceso a oportunidades... y, por tanto, la potenciación del bienestar psicológico de las mujeres víctimas de trata y explotación.

A través de este planteamiento se generan escenarios de vida facilitadores que posibilitan el acceso a los saberes personales y recursos comunitarios necesarios, para poner en marcha proyectos de vida autónomos libres de violencia.

Referencias

- Araya-Véliz, C., & Jalife, B. P. [2017]. Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista argentina de clínica psicológica*, 26(2), 232-240.
- Angulo, L. L., Fernández, M. F., Rangel, Y. R., & Hernández, M. R. [2019]. Manual para la ayuda a mujeres víctimas de violencia íntima. *Medisur*, 17(6), 907-939.
- Alonso, Y., Ezama, E., & Fontanil, Y. [2021]. No es como te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos. Herder.
- Alonso, Y., Fernández, J., Fontanil, Y., Ezama, E., & Gimeno, A. [2018]. Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry Research*, 26, 338-343.
- Araya-Véliz, C., & Jalife, B. P. [2017]. Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista argentina de clínica psicológica*, 26(2), 232-240.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. [1991]. Attachment styles among young adults: A test of a fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A. T. [Ed.]. [1979]. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. [1989]. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(2), 309.
- Campagne, D.M. [2014]: El terapeuta no nace, se hace. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(121), 75-95.
- Canedo, M., Rodríguez, C., Fernández, B., Lestón, T., & Rodríguez-Llorente, C. [2021]. Autoestima, metas de logro y estrategias de autoprotección: un enfoque centrado en la persona. *Revista Portuguesa de Educação*, 34(1), 264-284.
- Clemente Villar, C. [2020]. EL impacto psicológico del estigma prostituta. *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 04 art. 08, 152–172. <https://doi.org/10.46661/relies.5106>.
- Corbella, S., & Botella, L. [2003]. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.
- Corera, C. [2004]. De la exclusión a la incorporación: Trabajo por itinerarios personalizados y acompañados. Jornadas de difusión. Aviles.
- Crenshaw, K. [2002]. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista estudos feministas*, 10, 171-188.
- De Derechos Económicos, C. [2000]. Sociales y Culturales. Observación General N 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Doc. E/C.
- Documento base para un plan de atención comunitaria de servicios sociales. Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud [2002].

Escudero Carranza, V. [2009]. La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.

Ferrel Ortega, F. R., Ferrel Ballestas, L. F., Cañas-Herazo, C. V., Barros Hernández, M. A., & Yáñez Canal, H. [2020]. Estilo de vida y estrés postraumático en mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual en Santa Marta, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e1363.

Fernández Mouján O. [1999]. Crisis vital, un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social. Buenos Aires: Nueva visión.

Fraley, R. C. [2019]. Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 70, 401- 422.

García-Monge, J. A. [2015]. Los problemas psicológicos no son enfermedades. Una crítica radical de la psicopatología. Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas [2014]. Ediciones Pirámide. *Clínica Contemporánea*, 6(1), 49.

Gonzalez, A. [2020]. Lo bueno de tener un mal día. *Cómo cuidar de nuestras emociones para estar mejor*. Planeta.

Gonzalez, A., & Mosquera, D. [2012]. Trabajo con patrones de autocuidado: un procedimiento estructurado para terapia EMDR. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 4(2).

López, D. [2021]. El significado psicológico de las habilidades del terapeuta familiar sistémico. In XIV CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA/ UNAM/ 2020.

López-Castilla, C. J. [2022] Psicoterapia de Personas Adultas que han sufrido Abuso Sexual en la Infancia. *Escritos de Psicología – Psychological Writings*, 15(1), 40-49.

López Morales, M. Y., & Muñoz Salgado, L. M. [2021]. Habilidades del terapeuta en el fortalecimiento de la alianza terapéutica con niños, que presentan características de problemas comportamentales.

Magro, G., Cerrón, N., Allasi, N., Torres, Y., Meza, M., & Valdez, Á. [2021]. Dos modelos medicionales para comprender la importancia de la aceptación incondicional, como reguladora de impulsividad y culpa, en adolescentes que han iniciado actividad sexual coital. *Psocial*, 7(2), 94-105.

Martín-Baró I. [1998]. El papel desenmascarador del psicólogo. En Baró I., Blanco A., Chomsky N. *Psicología de la Liberación*.

Martín-Higarza, M. Y. [2021]. Impacto de las experiencias infantiles adversas en la calidad de vida en población adulta en situación de vulnerabilidad social. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.

Milozzi, S., & Marmo, J. [2022]. Revisión sistemática sobre la relación entre apego y regulación emocional. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), 70-86.

Mosquera, D., Leeds, A. M., & Gonzalez, M. A. [2016]. La aplicación de la terapia EMDR en el trastorno límite de la personalidad. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 115E-132E.

Mora-Ríos, J., & Bautista, N. [2014]. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud mental*, 37(4), 303-312.

Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. [2019]. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104-127.

Pérez Eransus, B. [2004] El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión. Documentación social nº 135 (pp. 101-103). Cáritas Española Editores.

Ryff, C. D. [1989b]. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ruiz, M. A., & Villalobos, A. [1994]. Habilidades terapéuticas. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Santana, D. M. B., & Núñez, A. I. S. [2021]. La vulneración de derechos, su incidencia en la salud mental de mujeres víctimas de violencia. *Sociedad & Tecnología*, 4(2), 624-637.

Satir, V. [2002]. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar Editorial. Pax, México.

Segafredo, G., & Durao, M. [2021]. Un abordaje integrativo-existencial de las crisis vitales situacionales.

Stevenson, J. C., Millings, A., & Emerson, L. M. [2019]. Psychological well-being and coping: The predictive value of adult attachment, dispositional mindfulness, and emotion regulation. *Mindfulness*, 10(2), 256-271.

Sole, M. M. [2018]. *Mujeres que no se rinden: intervención social con mujeres en contextos de prostitución, vinculadas al Centro de Formación y Capacitación Laboral Santa María Micaela en la ciudad de Córdoba* [Bachelor's thesis, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales].

Vaca-Ferrer, R., García, R. F., & Valero-Aguayo, L. [2020]. Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología*, 36(2), 188-199.

Van der Hallen, R., Jongerling, J., & Godor, B. P. [2020]. Coping and resilience in adults: A cross-sectional network analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(5), 479-496.

Vargas Téllez, J. A., & Dorony Saturno, L. M. [2013]. Psicoterapia y acompañamiento: un análisis conceptual desde el humanismo y la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología GEPU*, 4(2).

Vicioso, C., & González, D. C. [2021]. Modelo Integra/Erantsi de acompañamiento psicosocial para personas en procesos de integración social. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (74), 163-178.

Zamorano, V. E.M. & Valdés, P. R. [2018]. Habilidades clínicas y desarrollo de un vínculo seguro en psicoterapia. Vincularte. *Revista Clínica y psicosocial*. 3(73-89).

PARTE 2

Empleo y salud mental

EMPLEO Y SALUD MENTAL

Las condiciones laborales como determinantes del síndrome de burnout: Cuando el problema no está en el trabajador

Pablo Álvarez Murias¹ y Esteban Agulló Tomás²

¹ Universitat Oberta de Catalunya [uomuriaspablo@gmail.com]

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [estomas@uniovi.es]

Resumen

El síndrome de burnout es una consecuencia de la exposición a determinadas condiciones de trabajo. Este estudio tiene como objetivo investigar el impacto de las condiciones laborales y salariales, la incertidumbre laboral y las habilidades sociales de los trabajadores en el riesgo de desarrollar burnout, partiendo de la base teórica propuesta por Schaufeli y Taris [2005]. Método: 472 trabajadores participaron en el estudio. Resultados: Se trazó un modelo de regresión, el cual explica una varianza del 30,5%. Los predictores del burnout fueron: la incertidumbre laboral ($\beta = 0,340$), un gran número de horas trabajadas al día ($\beta = 0,100$), y un horario laboral que se ajuste mal a la vida privada ($\beta = 0,094$). La modalidad de trabajo o la no remuneración de horas extra realizadas no resultaron predictores significativos. Los predictores de la ausencia de burnout fueron: un horario laboral que se ajuste bien o muy bien a la vida privada ($\beta = -0,275$; $\beta = -0,354$), y mantener la calma ante las críticas ($\beta = -0,203$). Conclusión: Con el fin de proteger la salud mental de los trabajadores, es necesario tanto luchar contra la precariedad laboral, como desarrollar campañas preventivas o intervenciones dentro de la organización.

Introducción

El síndrome de burnout es una forma de fatiga laboral cuyos aspectos clave son la incapacidad para trabajar, entendida como un agotamiento extremo; y la falta de voluntad, entendida como una desvinculación o distanciamiento mental respecto al trabajo y/o despersonalización [Desart & De White, 2019; Schaufeli & Taris, 2005]. Delimitado ya el concepto de burnout, es necesario realizar un breve estado de la cuestión, el cual nos arroja 3 hallazgos principales.

En primer lugar, la mayor parte de la literatura científica sobre esta problemática se ha desarrollado con trabajadores del sector sanitario [Galanis et al., 2021; Gómez-Urquiza et al., 2017; Kim et al., 2019; Molero-Jurado et al., 2018; O'Connor et al., 2018; Patel et al., 2018; Simionato & Simpson, 2018], pasando desapercibidos el resto de los sectores laborales. Por tanto, es posible que otros sectores con mayor precariedad laboral presenten elevadas tasas de burnout entre sus trabajadores. No obstante, al hablar de precariedad laboral, debemos hablar también de incertidumbre laboral, la cual se define como la posibilidad, subjetivamente percibida y no deseada, de perder el empleo actual en el futuro [Llosa et al., 2017; Vander et al., 2014]. Así pues, la incerti-

dumbre laboral constituye una dimensión subjetiva de la precariedad laboral [Llosa et al., 2020].

En segundo lugar, pese a que el síndrome de burnout constituye una consecuencia de la exposición a determinadas condiciones de trabajo [Edú-Valsania et al., 2022], las condiciones laborales de los trabajadores han pasado ligeramente desapercibidas en la literatura científica. Habiéndose demostrado la relación entre el burnout y una jornada de amplia duración o la interferencia del trabajo con la vida privada [Patel et al., 2018], resulta necesario determinar que otras condiciones laborales pueden ser posibles factores de riesgo. Así, se pretende solventar este problema investigando diferentes condiciones laborales (p. ej. modalidad de trabajo o realización de horas extra) o salariales.

En tercer lugar, existen factores individuales que actúan como variables moduladoras del síndrome de burnout. Concretamente, algunos factores de protección encontrados son: una mayor experiencia laboral [Simionato & Simpson, 2018], la disponibilidad de apoyo social [Galanis et al., 2021; Kim et al., 2019; Molero-Jurado et al., 2018] o la asertividad [Butt & Zahid, 2015; Jovanovic et al., 2018; Suzuki et al., 2021]. De hecho, no solo la asertividad, sino también unas buenas habilidades sociales, han sido relacionadas con unos menores niveles de estrés percibido [Segrin et al., 2007] y una mejor salud física y mental [Fusar-Poli et al., 2020; Segrin, 2019].

Así pues, los principales objetivos e hipótesis de esta investigación son:

1. Analizar el impacto de las condiciones laborales y salariales, así como de la modalidad de trabajo en el riesgo de aparición del síndrome de burnout.
 - Hipótesis 1: Unas malas condiciones laborales (p. ej. elevado número de horas trabajadas, realización de horas extra sin remunerar, salario bajo...) predicen significativamente un mayor riesgo de desarrollar burnout.
2. Estudiar el peso de la incertidumbre laboral en el riesgo de desarrollar síndrome de burnout.
 - Hipótesis 2: La incertidumbre laboral predice significativamente la aparición burnout.
3. Analizar si las habilidades sociales de los trabajadores pueden prevenir la aparición de síndrome de burnout
 - Hipótesis 3: Contar con unas buenas habilidades sociales se asocia significativamente con una menor probabilidad de desarrollar burnout, actuando como un factor protector.

Metodología

Participantes

La muestra consta de un total de 472 personas (46,8% de entre 26 y 35 años; 66,1% hombres). El 94,9% de los encuestados viven en España, el 83,1% carece de hijos y el 59,3 % de la muestra posee estudios universitarios.

Tabla 1: Condiciones laborales de la muestra ($N = 472$)

Pluriempleado	Si [10,2%]	No [89,8%]
Tipo de empleo	Empleado/a asalariado/a [82%]	Funcionario/a [12,5%]
Área profesional	Profesionales científicos e intelectuales [35%]	Técnicos y profesionales de nivel medio [26,9%]
Tipo de contrato	Indefinido [66,7%]	Temporal [22,5%]
Tipo de jornada laboral	Jornada completa [55,7%]	Jornada partida [13,6%]
Modalidad de trabajo	Presencial [64,8%]	Híbrido [21,6%]
Horas trabajadas al día	8 horas [38,8%]	Más de 8 horas [27,1%]
Horas extra	No realizadas [48,9%]	Realizadas y NO remuneradas [32,4%]
Rango salarial (mensual neto)	Entre 1000€ y 1500€ [29,9%]	Entre 1500€ y 2000€ [25,2%]

Instrumentos

- Para la evaluación de las condiciones laborales y salariales se utilizaron varios ítems ad hoc e independientes.
- Burnout Asseessment Tool – short version (BAT-12)*. Para evaluar la presencia y gravedad del síndrome de burnout se utilizó la traducción al español del BAT-12 [Schaufeli et al., 2019]. Este cuestionario incluye 12 ítems que se responden mediante una escala Likert de 5 puntos y ha mostrado una elevada consistencia interna ($\alpha=0.92$, Schaufeli et al., 2020).
- Job Insecurity Scale (JIS-8)*. La incertidumbre laboral se evaluó mediante el JIS-8 [Llosa et al., 2017], el cual se responde mediante una escala Likert de 5 puntos y ha mostrado una elevada consistencia interna ($\alpha = 0.88$, Llosa et al., 2017).
- Cuestionario de habilidades sociales (CHASO)*. Para la evaluación de las habilidades sociales se utilizó el CHASO [Caballo & Salazar, 2017]. Esta escala consta de 40 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos, presentando una elevada consistencia interna ($\alpha = 0.88$, Caballo & Salazar, 2017).

Procedimiento

Inicialmente, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos WoS y Scopus, realizando un breve estado de la cuestión que guiase la base teórica y justificación del estudio. Posteriormente, para la recogida de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve, difundiendo el cuestionario por redes sociales y foros web y fomentando su cumplimentación y difusión. Se admitieron respuestas entre el 3/5/2022

y el 17/05/2022. Los cuestionarios fueron autoadministrados de manera online, a través de Google Forms.

Resultados

Prevalencia de síndrome de burnout

La puntuación media de la muestra en el BAT-12 ha sido 2,38 ($SD = 0,705$), lo que se corresponde con un nivel medio de burnout. Concretamente, el 25% de los encuestados presenta un nivel de burnout bajo, el 49,2% un nivel medio, el 20,7% un nivel alto y un 5,1% un nivel muy alto.

Relación entre variables

Se calcularon correlaciones entre la puntuación obtenida en el BAT-12, la puntuación en el JIS-8 y el CHASO (y sus 10 subdimensiones), y las variables laborales mencionadas anteriormente.

Tabla 2: Correlaciones significativas

		BAT-12
JIS-8	Coeficiente de correlación	0,450
	Sig. (bilateral)	0,000
CHASO	Coeficiente de correlación	-0,202
	Sig. (bilateral)	0,000
Interactuar con desconocidos	Coeficiente de correlación	-0,103
	Sig. (bilateral)	0,025
Expresar sentimientos positivos	Coeficiente de correlación	-0,096
	Sig. (bilateral)	0,038
Afrontar las críticas	Coeficiente de correlación	-0,101
	Sig. (bilateral)	0,027
Mantener la calma ante las críticas	Coeficiente de correlación	-0,299
	Sig. (bilateral)	0,000
Hablar en público/interactuar con superiores	Coeficiente de correlación	-0,103
	Sig. (bilateral)	0,026
Pedir disculpas	Coeficiente de correlación	-0,170
	Sig. (bilateral)	0,000
Rechazar peticiones	Coeficiente de correlación	-0,198
	Sig. (bilateral)	0,000
Número de horas trabajadas al día	Coeficiente de correlación	0,118
	Sig. (bilateral)	0,010

Seguidamente, se realizaron ANOVAS de 1 factor entre la puntuación en el BAT-12 y el resto de las variables de carácter nominal. Las únicas variables significativas fueron las horas extra ($F = 6,067$; $p = 0,003$) y la adaptación del horario laboral a los compromisos sociales o familiares ($F = 24,125$; $p = 0,000$). En cuanto a las horas extra, contrastes post hoc (Bonferroni), revelaron diferencias significativas entre aquellos que realizaban horas extra sin remunerar, y aquellos que o bien no realizaban horas extra, o las que realizaban les eran remuneradas. En cuanto a la adaptación del horario laboral a la vida privada, se encontraron diferencias significativas entre todos los subgrupos (muy bien, bien, no muy bien, mal). Finalmente, cabe destacar que la modalidad de trabajo no mostró diferencias significativas ($F = 0,292$; $p = 0,747$), por lo que no podemos concluir que exista una modalidad de trabajo que se asocie con una mayor probabilidad de desarrollar burnout.

Modelo de regresión

Por último, se realizó una regresión lineal múltiple teniendo en cuenta las variables que han resultado significativas, tanto cuantitativas como cualitativas (añadidas mediante codificación Dummy). El modelo de regresión consigue explicar un 30,5% de la varianza ($R^2=0,305$). Las variables recogidas en el modelo se pueden observar en la Tabla 3.

■ **Tabla 3:** Variables del modelo final de regresión

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
[Constante]	2,537	,227		11,157	,000
JIS-8	,036	,004	,340	8,230	,000
Mantener la calma ante las críticas	-,044	,009	-,203	-5,026	,000
Horario se ajusta muy bien	-,542	,101	-,354	-5,382	,000
Horario se ajusta bien	-,394	,094	-,275	-4,169	,000
Horario se ajusta mal	,211	,105	,094	2,015	,044
Horas trabajadas al día	,042	,017	,100	2,484	,013

Discusión y conclusiones

La mayoría de los resultados obtenidos concuerdan con la literatura científica existente. En primer lugar, acerca de los factores de riesgo encontrados, ya se ha concluido una relación causal entre la incertidumbre laboral y la aparición de burnout (De Witte et al., 2016). De hecho, las expectativas de perder el trabajo y la pérdida real de empleo tienen un efecto similar en la salud mental de los empleados (Llosa et al., 2017; Vander Elst et al., 2016).

Sobre las horas trabajadas al día, se ha encontrado que cuanto mayor sea la jornada laboral, mayor es la probabilidad de desarrollar burnout. Hu et al. (2016) también reportaron este hallazgo, si bien otros autores insisten en que esta relación puede estar mediada por la percepción que tiene el trabajador de su carga de trabajo (Shirom et al., 2010). Además, una mala adaptación del horario laboral a los compromisos sociales y familiares se puede entender como una interferencia entre la vida laboral y la privada. Esta interferencia o conflicto se ha relacionado con la presencia de burnout (Amstad et al., 2011; Barriga Medina et al., 2021; Clough et al., 2020; Jerg-Bretzke et al., 2020). Una razón puede ser la cantidad de tiempo que las personas llegan a dedicar al trabajo fuera de su horario laboral (Terry & Woo, 2020), invadiendo así su vida privada. De hecho, este conflicto puede llevar a la persona a plantearse abandonar su trabajo (Blanco-Donoso et al., 2021). Por el contrario, un buen equilibrio entre la vida laboral y privada se ha relacionado con una menor probabilidad de desarrollar burnout (Ninaus et al., 2021), coincidiendo con los resultados presentados en este estudio.

Por otra parte, no se ha podido vincular una modalidad de trabajo concreta con la aparición de burnout, si bien los estudios previos presentan resultados difusos. Mientras que Manechaeye (2021) encontró una relación positiva entre el teletrabajo y la presencia de burnout, Arenas et al. (2022) señalaron que no había diferencias entre trabajadores y teletrabajadores en el riesgo de sufrir burnout. Además, una reciente revisión señala que existen pocos estudios metodológicamente concluyentes sobre cómo influye el teletrabajo en la salud de los empleados (Lunde et al., 2022).

En segundo lugar, de nuevo, los factores de protección encontrados concuerdan con el conocimiento científico existente. Vista ya la importancia del equilibrio entre la vida laboral y privada, falta por clarificar el rol de las habilidades sociales en la aparición del síndrome de burnout. Estudios previos han relacionado negativamente las habilidades sociales de los trabajadores con el riesgo de desarrollar burnout (Lozano et al., 2020; Pereira-Lima & Loureiro, 2017), lo cual coincide con lo propuesto por el modelo de vulnerabilidad por déficit de habilidades sociales (Segrin & Flora, 2000). No obstante, en este estudio, tan solo el hecho de mantener la calma ante las críticas resultó un predictor significativo en el modelo de regresión. Este tipo de comportamiento calmado podría conceptualizarse como un ejemplo de asertividad. Desde luego, la asertividad, entendida como la capacidad para defender intereses y preocupaciones evitando comportamientos agresivos o pasivos (Omura et al., 2016), se ha consolidado como un factor protector frente al burnout (Jovanovic et al., 2018; Suzuki et al., 2021). Además, se ha demostrado que los programas de entrenamiento en asertividad contribuyen a mejorar el compromiso laboral y el bienestar psicológico (Abdelaziz et al., 2020; Fuspita et al., 2018; Parray & Kumar, 2017).

Implicaciones prácticas

De este estudio se desprenden importantes hallazgos y aplicaciones. Por una parte, la incertidumbre laboral, así como unas malas condiciones laborales (un gran número de horas trabajadas al día y un horario laboral que se ajuste mal a la vida privada), se han erigido como factores de riesgo del síndrome de burnout. Estas variables pueden ser muy comunes en aquellos empleos precarios, por lo que, para prevenir el síndrome de burnout, es necesario también abordar la precariedad laboral. De esta manera, son imprescindibles acciones integrales a nivel individual, organizacional y social. A nivel individual y organizacional, algunos autores recomiendan disponer de redes de apoyo y favorecer un buen clima laboral (Menéndez-Espina et al., 2019). A nivel social e incluso estructural, la cuestión es más compleja, hasta el punto de que algunos autores se preguntan cuán efectivas han sido las diferentes reformas laborales (Llosa et al., 2020). Una solución podría encontrarse

en el salario mínimo interprofesional [SMI], el cual en la actualidad sobrepasa levemente los 1000 euros en España [La Moncloa, 2022]. El Real Decreto 99/2023, de 14 de febrero, fijó el salario mínimo interprofesional en 1080 euros mensuales [BOE-A-2023-3982]. Si bien existe cierta incertidumbre acerca del impacto del SMI en la economía española y en el mercado laboral [Barceló et al., 2021], hay quien recomienda una subida gradual del SMI que permita estudiar los efectos generados [Kranz, 2019]. En relación con esto, es necesario citar a David Card, Premio Nobel de Economía en 2021 por sus contribuciones empíricas a la economía del trabajo [The Nobel Prize, 2021]. El 1 de abril de 1992, el salario mínimo de Nueva Jersey aumentó de 4.25\$ a 5.05\$ la hora. Al mismo tiempo, Card y Krueger [1993] realizaron un experimento natural en donde encuestaron a trabajadores de cadenas de comida rápida de Nueva Jersey y del este de Pensilvania (donde el salario mínimo no había cambiado), antes y después de la subida de salario en Nueva Jersey. Así, estos autores no encontraron ningún indicio de que la subida del salario mínimo redujera el empleo [Card & Krueger, 1993], valiendo estas investigaciones un Nobel que llegaría 29 años después.

Finalmente, la prevención del burnout resulta esencial en las organizaciones, habiendo profundizado diversos metaanálisis en los distintos tipos de intervenciones frente al burnout. Maricuțoiu et al. [2016] identificaron intervenciones basadas en técnicas cognitivo-conductuales y en mejorar la relajación, las habilidades interpersonales o los conocimientos y habilidades relacionadas con el trabajo. Por su parte, Iancu et al. [2018], señalan la efectividad en profesores con burnout de las intervenciones basadas en mindfulness. No obstante, ambos autores señalan el pequeño efecto de estas intervenciones en la reducción de la sintomatología del burnout [Iancu et al., 2018; Maricuțoiu et al., 2016]. Así pues, quizás sea más adecuado prevenir el burnout asegurando unas condiciones laborales adecuadas, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección encontrados en este estudio.

Limitaciones

Este estudio posee diversas limitaciones. En primer lugar, el BAT-12 no ha sido validado en población española, si bien los propios autores ponen a disposición una versión en castellano y en este estudio se han realizado análisis de fiabilidad que permiten su utilización. Por otro lado, parte de la muestra ha sido reclutada mediante foros web, si bien algunos autores defienden la utilización de estos foros con fines de investigación, así como la fiabilidad y validez de sus datos [Jamnik & Lane, 2017]. Además, los cuestionarios han sido autoadministrados. Finalmente, los predictores o factores de riesgo/protección encontrados no indican una relación causal en la aparición del síndrome de burnout, sino correlacional.

Conclusión

Como resumen y conclusión, parece evidente que para proteger la salud mental de los trabajadores es necesario tanto luchar contra la precariedad laboral, como desarrollar campañas preventivas o intervenciones dentro de la organización y asegurar unas condiciones laborales adecuadas.

Referencias

Abdelaziz, E. M., Diab, I. A., Ouda, M. M. A., Elsharkawy, N. B., & Abdelkader, F. A. [2020]. The effectiveness of assertiveness training program on psychological wellbeing and work engagement among novice psychiatric nurses. *Nursing Forum*, 55(3), 309-319. <https://doi.org/10.1111/nuf.12430>.

Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A., & Semmer, N. K. [2011]. A meta-analysis of work–family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of occupational health psychology*, 16(2), 151. <https://doi.org/10.1037/a0022170>.

Arenas, D. L., Viduani, A., Bassols, A. M. S., & Hauck, S. [2022]. Work From Home or Bring Home the Work? Burnout and Procrastination in Brazilian Workers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 64(5), e333–e339. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002526>.

Barceló, C., Izquierdo, M., Lacuesta, A., Puente, S., & Villanueva, E. [2021]. Los efectos del salario mínimo interprofesional en el empleo: nueva evidencia para España. *Documentos ocasionales-Banco de España*, (13), 1-45. <http://onala.free.fr/bde621.pdf>.

Barriga Medina, H. R., Campoverde Aguirre, R., Coello-Montecel, D., Ochoa Pacheco, P., & Paredes-Aguirre, M. I. [2021]. The influence of work–family conflict on burnout during the COVID-19 pandemic: The effect of teleworking overload. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), <https://doi.org/10.3390/ijerph181910302>.

Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Hernández-Hurtado, M., Cifri-Gavela, J. L., Jacobs, S., & Garrosa, E. [2021]. Daily work-family conflict and burnout to explain the leaving intentions and vitality levels of healthcare workers: Interactive effects using an experience-sampling method. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1932. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041932>.

Butt, A., & Zahid, Z. M. [2015]. Effect of assertiveness skills on job burnout. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 63, 218–224. <https://www.learntechlib.org/p/176652/>.

Caballo, V. E., & Salazar, I. C. [2017]. Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: el “Cuestionario de habilidades sociales” (CHASO). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 25(1), 5-24. <https://www.researchgate.net/publication/316582949>.

Card, D., & Krueger, A. B. [1993]. Minimum wages and employment: A case study of the fast food industry in New Jersey and Pennsylvania. *The American Economic Review* 84(4), 772–793. <https://davidcard.berkeley.edu/papers/njmin-aer.pdf>.

Clough, B. A., Ireland, M. J., Leane, S., & March, S. [2020]. Stressors and protective factors among regional and metropolitan Australian medical doctors: A mixed methods investigation. *Journal of clinical psychology*, 76(7), 1362–1389. <https://doi.org/10.1002/jclp.22940>.

De Witte, H., Pienaar, J., & De Cuyper, N. [2016]. Review of 30 years of longitudinal studies on the association between job insecurity and health and well-being: Is there causal evidence? *Australian Psychologist*, 51(1), 18–31. <https://doi.org/10.1111/ap.12176>.

Desart, S., & De Witte, H. [2019]. Burnout 2.0 – A New Look at the Conceptualization of Burnout. En Taris, T.W., Peeters, M.C.W., De Witte, H. (Eds), *The Fun and Frustration of Modern Working Life* (pp. 140–152). <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2022/01/Chapter-11-Desart-De-Witte-Burnout-2.0.pdf>.

Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. [2022]. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>.

Fusar-Poli, P., de Pablo, G. S., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfenning, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. [2020]. What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>.

Fuspita, H., Susanti, H., & Putri, D. E. [2018]. The influence of assertiveness training on depression level of high school students in Bengkulu, Indonesia. *Enfermeria clinica*, 28, 300-303. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30174-8](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30174-8).

Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. [2021]. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(8), 3286-3302. <https://doi.org/10.1111/jan.14839>

Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. [2017]. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Research in nursing & health*, 40(2), 99-110. <https://doi.org/10.1002/nur.21774>.

Hu, N. C., Chen, J. D., & Cheng, T. J. [2016]. The associations between long working hours, physical inactivity, and burnout. *Journal of occupational and Environmental Medicine*, 58(5), 514-518. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000715>.

Iancu, A. E., Rusu, A., Măroiu, C., Păcurar, R., & Maricuțoiu, L. P. [2018]. The effectiveness of interventions aimed at reducing teacher burnout: A meta-analysis. *Educational psychology review*, 30(2), 373-396. <https://doi.org/10.1007/s10648-017-9420-8>.

Jamnik, M. R., & Lane, D. J. [2017]. The use of Reddit as an inexpensive source for high-quality data. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 22(5), 1-10. <https://doi.org/10.7275/j18t-c009>.

Jerg-Bretzke, L., Limbrecht-Ecklundt, K., Walter, S., Spohrs, J., & Beschoner, P. [2020]. Correlations of the "work-family conflict" with occupational stress—A cross-sectional study among university employees. *Frontiers in psychiatry*, 11, 134. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00134>.

Jiménez, P., & Dunkl, A. [2017]. The buffering effect of workplace resources on the relationship between the areas of worklife and burnout. *Frontiers in psychology*, 8, Article 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00012>.

Jovanovic, V., Krajnovic, D., & Marinkovic, V. [2018]. Predictors of burnout syndrome among professionals in the pharmaceutical industry in the Republic of Serbia. *Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research*, 52(1), 46-55. https://www.ijper.org/sites/default/files/IndJPhaEdRes_52_2_311.pdf.

Kim, B., Liu, L., Ishikawa, H., & Park, S. H. [2019]. Relationships between social support, job autonomy, job satisfaction, and burnout among care workers in long-term care facilities in Hawaii. *Educational Gerontology*, 45(1), 57-68. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1580938>.

Kranz, D. F. [2019]. ¿Subir el salario mínimo en España? Sí, pero con prudencia. *Cuadernos de Información económica*, 268, 21-30. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Mi-gracion/Articulos/FUNCAS_CIE/268art04.pdf.

La Moncloa. [22 de febrero 2022]. La Moncloa. 22/02/2022. *El Gobierno eleva el Salario Mínimo Interprofesional a 1.000 euros [Consejo de Ministros/Resúmenes]*. [lamoncloa.gob. https://cutt.ly/pKia3Ce](https://cutt.ly/pKia3Ce).

Llosa, J. A., Agulló Tomás, E., Menéndez Espina, S., Rodríguez Suárez, J., & Boada Grau, J. [2020]. Incertidumbre laboral, salud mental y apoyo social en trabajadores pobres. *Athenea Digital, Revista de pensamiento e investigación social*, 20(1), 1-24. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2178>.

Llosa, J. A., Menéndez-Espina, S., Rodríguez-Suárez, J., Agulló-Tomás, E., & Boada-Grau, J. [2017]. Spanish validation of the Job Insecurity Scale JIS-8: Viability of the cognitive and affective model. *Psicothema*, 29(4), 577-583. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.59>.

Lozano, J. L., Llor, A. M. S., Agea, J. L. D., Gutiérrez, L. L., & Costa, C. L. [2020]. Burnout, communication skills and self-efficacy in emergency and critical care health professionals. *Enfermería Global*, 19(3), 81-92. <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>.

Lunde, L. K., Fløvik, L., Christensen, J. O., Johannessen, H. A., Finne, L. B., Jørgensen, I. L., Mohr, B., & Vleeshouwers, J. [2022]. The relationship between telework from home and employee health: a systematic review. *BMC public health*, 22(47), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12481-2>.

Maneechaeye, P. [2021]. Structural equation model evaluating the impact of isolation and workfamily conflict on burnout among teleworking professionals. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 42(3), 630-636. <https://doi.org/10.34044/j.kjss.2021.42.3.26>.

Maricuțoiu, L. P., Sava, F. A., & Butta, O. [2016]. The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(1), 1-27. <https://doi.org/10.1111/joop.12099>.

Menéndez-Espina, S., Llosa, J. A., Agulló-Tomás, E., Rodríguez-Suárez, J., Sáiz-Villar, R., & Lahseras-Díez, H. F. [2019]. Job insecurity and mental health: The moderating role of coping strategies from a gender perspective. *Frontiers in psychology*, 10, 286. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00286>.

Molero Jurado, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez Linares, J. J. G., Simón Márquez, M. D. M., & Martos Martínez, Á. [2018]. Burnout risk and protection factors in certified nursing aides. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1116. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061116>.

Ninaus, K., Diehl, S., & Terlutter, R. [2021]. Employee perceptions of information and communication technologies in work life, perceived burnout, job satisfaction and the role of work-family balance. *Journal of Business Research*, 136, 652-666. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.08.007>.

O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. [2018]. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>.

Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. [2016]. Effectiveness of assertive communication training programs for health professionals and students: a systematic review protocol. *JBIS Evidence Synthesis*, 14(10), 64-71. <https://doi.org/10.1124/JBISRIR-2016-003158>.

Parray, W. M., & Kumar, S. [2017]. Impact of assertiveness training on the level of assertiveness, self-esteem, stress, psychological well-being and academic achievement of adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 8(12), 1476-1480. <https://cutt.ly/9KrqsGq>.

Patel, R. S., Bachu, R., Adike, A., Malik, M., & Shah, M. [2018]. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral sciences*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>.

Pereira-Lima, K., & Loureiro, S. R. [2017]. Associations between social skills and burnout dimensions in medical residents. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34, 281-292. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200009>.

Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. J. [2019]. Burnout and engagement: Personality profiles in nursing professionals. *Journal of clinical medicine*, 8(3), 286. <https://doi.org/10.3390/jcm8030286>.

Pienaar, J., De Witte, H., Hellgren, J., & Sverke, M. [2013]. The cognitive/affective distinction of job insecurity: Validation and differential relations. *Southern African Business Review*, 17(2), 1-22. <https://www.ajol.info/index.php/sabr/article/view/110912>.

Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. [2005]. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262. <https://doi.org/10.1080/02678370500385913>.

Schaufeli, W.B., De Witte, H., & Desart, S. [2019a]. *Burnout Assessment Tool (BAT) – Test Manual*. KU Leuven, Belgium: Internal report. https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT_Spanish-short.pdf.

Schaufeli, W.B., De Witte, H., & Desart, S. [2020b]. *Manual Burnout Assessment Tool (BAT) – Version 2.0*. KU Leuven, Belgium: Unpublished internal report. <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/Test-Manual-BAT-English-version-2.0-1.pdf>.

Segrin, C. [2019]. Indirect effects of social skills on health through stress and loneliness. *Health communication*, 34(1), 118-124. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1384434>.

Segrin, C., & Flora, J. [2000]. Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human communication research*, 26(3), 489-514. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x>.

Segrin, C., Hanzal, A., Donnerstein, C., Taylor, M., & Domschke, T. J. [2007]. Social skills, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress. *Anxiety, stress, and coping*, 20(3), 321-329. <https://doi.org/10.1080/10615800701282252>.

Shirom, A., Nirel, N., & Vinokur, A. D. [2010]. Work hours and caseload as predictors of physician burnout: the mediating effects by perceived workload and by autonomy. *Applied Psychology*, 59(4), 539-565. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2009.00411.x>.

Simionato, G. K., & Simpson, S. [2018]. Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>.

Suzuki, E., Takayama, Y., Kinouchi, C., Asakura, C., Tatsuno, H., Machida, T., ... & Miwa, M. [2021]. A causal model on assertiveness, stress coping, and workplace environment: Factors affecting novice nurses' burnout. *Nursing Open*, 8(3), 1452-1462. <https://doi.org/10.1002/nop2.763>.

Terry, D. L., & Woo, M. J. [2020]. Burnout, job satisfaction, and work-family conflict among rural medical providers. *Psychology, Health & Medicine*, 26(2), 196-203. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1750663>.

The Nobel Prize. [2021]. *Economic sciences laureates 2021*. NobelPrize.Org. <https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/>.

Vander Elst, T., De Witte, H., & De Cuyper, N. [2014]. The Job Insecurity Scale: A psychometric evaluation across five European countries. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(3), 364-380. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.745989>.

Vander Elst, T., Näswall, K., Bernhard-Oettel, C., De Witte, H., & Sverke, M. [2016]. The effect of job insecurity on employee health complaints: A within-person analysis of the explanatory role of threats to the manifest and latent benefits of work. *Journal of occupational health psychology*, 21(1), 65-76. <https://doi.org/10.1037/a0039140>.

Vévodová, Š., Vévoda, J., & Grygová, B. [2020]. Mobbing, subjective perception, demographic factors, and prevalence of burnout syndrome in nurses. *Central European Journal of Public Health*, 28(Supplement), S57-S64. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6211>.

EMPLEO Y SALUD MENTAL

Determinantes del empleo en el suicidio: una mirada desde las expectativas e incertidumbres

José Antonio Llosa¹, Esteban Agulló-Tomás², Sara Menéndez-Espina³, Beatriz Oliveros-Fernández⁴ y María Luz Rivero-Díaz⁵

¹ Coordinador del Grado de Educación Social en la Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [joseallosa@facultadpadreosso.es]

² Profesor Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [estomas@uniovi.es]

³ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [menendezsara@uniovi.es]

⁴ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [oliverosbeatriz@uniovi.es]

⁵ Doctoranda, Universidad de Oviedo [mariluzriverodiaz@gmail.com]

Resumen

La tasa de suicidio en España muestra una evolución de tendencia ascendente en las últimas décadas: en el año 1990 España contabilizaba en su estadística oficial a través del INE 2.939 muertes por suicidio, siendo 3.941 en el año 2020. Ello evidencia la relevancia del fenómeno del suicidio, y enfrenta a la pregunta sobre las causas de esta evolución. Cabe comprender dos aspectos, el primero, que el suicidio no es un fenómeno unitario, sino que sería más propio hablar de suicidios atendiendo a las múltiples formas en las que se desarrolla y manifiesta el fenómeno; en segundo lugar, es preciso estudiar los determinantes sociales del suicidio. Atendiendo a estas premisas, este trabajo se plantea dos objetivos. El primero de ello supone analizar la complejidad conceptual entre el concepto de suicidio consumada, la tentativa suicida y la ideación suicida, y la relación que se establece entre estos tres procesos. El segundo, explorar las causas de suicidio, tentativa e ideación suicida, vinculadas a las trayectorias y condiciones laborales, entendiendo que estos son factores determinantes de carácter psicosocial. Para ello se emplea una metodología de revisión bibliográfica, recogiendo artículos de impacto publicados en los últimos diez años, y pertenecientes al contexto nacional e internacional. Los resultados evidencian que para comprender el fenómeno del suicidio en términos amplios es preciso atender a variables de orden sociolaboral, ya que presentan relevancia en el desarrollo de estas conductas. Frente a ello, se concluye que una política de prevención de suicidio de orden estructural precisa incluir en sus propuestas y medidas aquellas relativas a la calidad del empleo.

Introducción

Resultaría incoherente tratar el suicidio como un fenómeno unitario, ya que este no es homogéneo ni en su propuesta conceptual, ni tampoco en su manifestación (Rendueles, 2018). Esgrime Harré (1982) que una de las limitaciones del estudio estadístico en ciencias sociales es reducir la complejidad y diversidad social. Harré explica, en su crítica aguda, que, si bien podemos observar en la aproximación cuantitativa una capacidad explicativa u orientativa sobre el fenómeno, terminan, estos resultados, convertidos y convenidos como significantes de la realidad asumidos como objetivos. Es el riesgo de la aproximación positivista: no sólo dotar al dato cuantificado de naturaleza objetiva -que no lo es, ni lo

puede ser-, sino, y derivado de ello, comprender el mundo en torno a las agrupaciones homogéneas que nos proporciona la estadística. Ello implica una doble dificultad: las agrupaciones son constructos estadísticos y no un reflejo necesario de la manifestación del mundo; con ello, la simplificación de fenómenos complejos puede impedir que realmente lo comprendamos.

Esta reflexión metodológica sirve para comprender la aproximación común al fenómeno del suicidio. La perspectiva que buena parte del conocimiento científico ha volcado sobre el suicidio resulta en simplificar un fenómeno por naturaleza heterogéneo y complejo. Los marcos explicativos que se han focalizado sobre las posibles causas clínicas realmente no nos hablan de la etiología suicida [Andrew & Brenner, 2018], sino que en muchas ocasiones refieren en ellas un mero correlato. La etiología del fenómeno suicida trasciende, sin duda, la aproximación basada en el diagnóstico clínico. Esto es, la literatura científica nos dice que los cuadros depresivos más graves son precedentes del suicidio [Hawton et al., 2013]. Lo cual resulta frecuente. Sin embargo, si queremos analizar las causas del suicidio en sí, cabría plantearse algunas cuestiones importantes: ¿cuál es la etiología de ese cuadro depresivo? ¿En base a qué podemos explicar que la sintomatología depresiva de una persona en concreto se ha agudizado hasta decidir finalizar su vida? Necesariamente, no todas las personas que experimentan un proceso depresivo terminan por suicidarse, ¿qué logra evitar este desenlace?

Naturalmente, estos interrogantes no son sencillos, ni este capítulo tiene la vocación o capacidad de darles respuesta completa. Sin embargo, parecen preguntas lo suficientemente importantes para reflexionar en su planteamiento. Lo más certero que cabe referir sobre la etiología suicida es que se trata de un fenómeno que se debe comprender en una manifestación de múltiples causas que interactúan entre sí [Clemente & González, 1996]. Además, en cada persona hallará una motivación distinta, hablando así de suicidios y no de suicidio [Rendueles, 2018]. Pese a ello, sí es posible determinar diferentes causas que pueden tomar influencia en la manifestación de este fenómeno. Para abordar esta cuestión, Durkheim [1897], en la clásica obra *El Suicidio*, planteaba la hipótesis de que el fenómeno suicida era resultado de las condiciones sociales particulares, lo que permite comprender por qué las tasas de suicidio varían sustancialmente de acuerdo a contextos culturales y momentos temporales. En conclusión se abren dos vías posibles de explicación: una explicación de orden clínico, que pretende establecer la relación entre la aparición de cuadros clínicos como precedente en la persona que se quita la vida, y una mirada contextual, más amplia, que permite analizar la interacción persona-mundo. En este trabajo situamos la óptica de análisis en un plano psicosocial o contextual para ofrecer una perspectiva de estudio más amplia, con la posibilidad de establecer estrategias de prevención que consideramos de mayor alcance [Borges et al., 1996; González-Pérez, 2019]. Sin embargo, también detectamos que esta línea de análisis ha sido menos explorada.

En segundo lugar, aproximarse al fenómeno suicida requiere de una claridad conceptual, estableciendo una taxonomía al menos entre tres conceptos interrelacionados, pero diferentes entre sí: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio consumado [Clemente & González, 1996]. Por este motivo, cuando en este trabajo pretendemos hablar de la complejidad conceptual en torno al suicidio en términos generales optaremos por referirnos al “fenómeno de suicidio”.

Hablaríamos de ideación suicida como el pensamiento o deseo de arrebatarse la vida de forma voluntaria; de tentativa de suicidio, como el intento de llevar a cabo el suicidio, sin que este llegue a término fatal. Por último, el suicidio sería el acto consumado,

que tiene como resultado finalizar con la vida. Sin embargo, y respecto al suicidio consumado y la tentativa de suicidio, cabe una segunda aclaración, y es la intencionalidad del suicidio. Señalaríamos actos de suicidio que presentan la finalidad de arrebatarse la vida, mientras que en otros casos la finalidad es comunicativa (Clemente & González, 1996; Rendueles, 2018). El intento de suicidio o suicidio consumado como llamada de socorro, o como mensaje para otras personas. Independientemente de que el resultado de la acción sea el mismo, la intencionalidad del acto es claramente diferente, y por ende la etiología también lo será. Sirve para ilustrar este ejemplo el célebre suicidio de Virginia Wolf. La escritora dejó una nota a su marido en la que expresaba: “Lo que quiero decir es que debo toda la felicidad de mi vida a ti. Has sido totalmente paciente conmigo e increíblemente bueno. Quiero decirlo, todo el mundo lo sabe. Si alguien podía haberme salvado habrías sido tú” (El Periódico / Barcelona, 2018). Independientemente del deseo expreso de terminar su vida, sin duda hay una llamada de atención sobre su entorno, y el significado del suicidio toma un carácter claramente comunicativo o interactivo.

Por otro lado, esta complejidad conceptual invita a prestar atención sobre la ideación de suicidio, ya que la literatura científica ha referido que existe una continuidad entre el deseo o fantasía de terminar con la vida propia y el hecho de intentarlo (Im et al., 2017). Siendo, este sí, un precedente recurrente al suicidio consumado o tentativa de suicidio, detectar los deseos de suicidio resulta una estrategia adecuada a nivel preventivo. También facilita la medición del fenómeno, ya que permite estudiar estos deseos o manifestaciones en vida de la persona.

El suicidio en España a través de los datos

El momento actual es pertinente para el análisis del suicidio en España dado el incremento de tasas que se viene observando. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (www.ine.es) español, durante el año 2020 en el estado se registraron 3.941 muertes por suicidio, siendo el máximo histórico en la serie de datos desde que se toma registro. Además, cabe considerar que esta cifra esté infraestimada, ya que únicamente se registra como muerte por suicidio los casos en los que no existe duda de esta circunstancia. Sin embargo, expertos manifiestan una sospecha histórica respecto a los registros estadísticos, ya que ante muchas de las muertes que se dan por suicidio no hay mecanismo posible para discernir si se trató de una muerte accidental o intencional (Clemente & González, 1996).

No obstante, y en torno a los datos oficiales de los que se dispone, en España se aprecia un incremento en la tasa de suicidio del 16,15% correspondiente a la última década. Únicamente en el paso del año 2019 al 2020 la tasa de suicidio creció en un 7,36%. En el análisis por género, y ello coincide con otros países analizados (Kim et al., 2017; Milner et al., 2015), aproximadamente tres de cada cuatro suicidios tienen lugar entre los hombres (74%, datos españoles de 2020). Sin embargo, la literatura científica muestra que cuando lo que se analiza es la ideación suicida esta diferencia entre géneros tiende a igualarse, e incluso es un fenómeno con mayor prevalencia entre las mujeres (de Man et al., 1992). Este aspecto resulta de importancia porque nos muestra una diferencia cultural entre hombres y mujeres a la hora de abordar el suicidio, que algunos autores han relacionado con los roles de *breadwinner* en hombres y de responsabilidad de cuidados en mujeres (Kim et al., 2017). Los hombres experimentan como un fracaso personal y de mayor calado los periodos de precariedad material en sus familias, en tanto que mantienen una alta responsabilidad en el sustento económico familiar. Sin embargo, resulta más importante el hecho de que la ideación suicida atenúe las diferencias observadas en los suicidios consumados, mostrando que, más allá de que la ideación se materialice en una

conducta de terminar con la vida, el sufrimiento experimentado es equiparable entre ambos géneros.

Otra característica muy claramente asociada al fenómeno de suicidio en España es el gradiente creciente en la tasa a medida que se incrementa la edad. La tasa de suicidio en menores de 15 años es baja (0.2 por 100.000), mientras que se sitúa en 4,09 por 100.000 en el tramo de 15-29 años. Se duplica al observar la franja etaria 30-49 (8,69 por 100.000) y llega a multiplicarse por cuatro entre las personas mayores de 65 años (16,22 por 100.000).

Esto es lo que respecta al conjunto del estado. Sin embargo, si analizamos aquellas comunidades autónomas en las que se registran tasas más altas de suicidio son Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid. Asturias se sitúa en un rango intermedio en cuanto a tasa de suicidio observando el total de la población. Sin embargo, desagregando por tramos de edad, el comportamiento de Asturias, que hemos analizado con algo más de detalle, muestra un caso saliente: es la comunidad autónoma con tasas de suicidio juveniles más altas. Casi el 8,00 por 100.000 entre los 15 y 29 años, lo que prácticamente duplica la tasa registrada en el conjunto español. Al estudiar en términos descriptivos exploratorios algunos de los rasgos de la juventud asturiana, rápidamente se detecta una alta tasa de desempleo, por ende una alta tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social (EAPN España, 2021), y también un flujo de salidas migratorias motivada por causas laborales, muy característico del territorio (Oliveros Navarro, 2021). Con el detalle de los datos que ofrece el INE no resulta metodológicamente posible establecer una relación concluyente entre las cifras de suicidio observadas y las condiciones sociales o laborales de la población, motivo por el cual hemos planteado una revisión de literatura científica para ofrecer una aproximación al respecto.

Suicidio y empleo

Al explorar el conocimiento disponible sobre la relación entre el fenómeno suicida y las trayectorias laborales, la mayoría de investigación al respecto se centra en dos aspectos: aquellos relacionados con las condiciones de precariedad laboral, y aquellos relativos al impacto del desempleo.

Quizá uno de los trabajos más interesantes es el de Dalglish et al. (2015), que controlan en su estudio el efecto de las variables de salud mental para extraer la influencia específica de variables de naturaleza laboral sobre la ideación suicida. En el apartado introductorio de este capítulo se sostiene que el deterioro de la salud mental es un antecedente del suicidio, pero no necesariamente la etiología completa para comprender el fenómeno. A este respecto, y como apuntamos, cabría preguntarse qué causa ese deterioro de la salud mental, que en muchos casos responde a variables de carácter contextual.

El estudio de Dalglish et al. (2015), realizado en Francia, examina una muestra de jóvenes que transitan en el mercado laboral. Observa, en primer lugar, que en 25% de su muestra analizada ha tenido ideas de suicidio en algún momento. Cabe señalar que sobre ideación de suicidio hay poca información epidemiológica representativa, pero la muestra tomada para este estudio se aloja en el contexto de la crisis económica iniciada en el año 2008, lo que enfrenta a la juventud del momento ante una perspectiva de futuro incierta. En su análisis determina que, aislando los efectos que la salud mental pueda tener sobre la idea de suicidio, hay variables de carácter sociolaboral claramente relacionadas con este fenó-

meno. El desempleo, la precariedad laboral, y el bajo nivel educativo son los que determina como prioritarias. La última de ellas, la formación, merece un examen pormenorizado, ya que, en el paradigma de la empleabilidad, que cuenta con importantes limitaciones [Agulló-Tomás et al., 2011; Garrido et al., 2011; Serrano Pascual, 2000], genera una expectativa de futuro a los jóvenes que se puede ver o no satisfecha en su contexto laboral. La empleabilidad dicta que un alto nivel educativo cabría que correlacionase con un futuro laboral más prometedor que una baja cualificación. Sin embargo, las expectativas que se pueden generar en los jóvenes con alto nivel educativo corren el riesgo de no verse satisfechas frente al mercado laboral; y, al mismo tiempo, las bajas expectativas que presentan jóvenes con escasa formación pueden situar a la persona ante un proceso de indefensión aprendida frente a contextos laborales con pocas posibilidades [Lasheras-Díez et al., 2018].

En última instancia, y más allá del valor intrínseco de los resultados de Dalglish et al. (2015), surgen dos elementos a tener en consideración al abordar el fenómeno suicida en cualquiera de sus dimensiones. Uno tiene que ver con las expectativas, y el segundo con la autocrítica.

Autocrítica, empleabilidad y fenómeno suicida

Si estudiamos en primer lugar la autocrítica, observamos que es una variable importante en el contexto económico neoliberal. El avance del individualismo en los marcos sociales actuales da lugar a lo que autores como Han (2017) han determinado como psicopolítica. Esto es, una hipertrofia de la responsabilidad sobre el futuro, que asimila en causas personales lo que son problemáticas sociales estructurales. Ante ello, es fácil que un sujeto sin anclajes sociales [Bauman, 2007] entienda que sus problemas de índole laboral y/o económico se deben a que hay algo deficiente en su trayectoria personal, profesional o formativa, prestando poca atención a las propias carencias del mercado laboral estructuralmente precarizado [Agulló-Tomás et al., 2018; Santamaría López & Serrano Pascual, 2016]. Hemos sometido esto a prueba en un trabajo anterior en contextos de empleo en pobreza. Lo que determinamos en esa ocasión es que las personas en situación de pobreza laboral -cuyos ingresos, a pesar de disponer de un empleo, no alcanzan el umbral de la pobreza- tienden a desarrollar una alta autocrítica. Mayor, en todo caso, a la que experimentan empleados en activo por encima de la situación de pobreza laboral. También observamos que este fenómeno se corrige cuando hay fuentes de apoyo social. Es decir, la cultura individualista se encuentra en el fondo de este tipo de padecimientos [Llosa et al., 2022].

El trabajo con la variable de autocrítica también se ha llevado a cabo con la ideación suicida. Kirmayer (2022) observó que la ideación suicida va acompañada de una alta dosis de autocrítica. Este mismo patrón es el que desarrolla Gonzalez-Pérez (2019) cuando habla de neoliberalismo cognitivo y su impacto directo sobre el suicidio. La psicologización, es decir, la explicación y asunción de causas no psicológicas -como las problemáticas económicas macro- en términos psicológicos individuales, supone un factor muy lesivo sobre la salud mental [Alonso, 2000; Llosa et al., 2019; Rendueles, 2004].

En este sentido, cabe estudiar con detalle lo experimentado en Finlandia [Mäki & Martikainen, 2012]. Se trató de analizar la relación entre el desempleo y el fenómeno de suicidio a través de diversas décadas. Los resultados muestran que ante una situación de desempleo que no es de larga duración, la relación con las ideas de suicidio se manifiestan de manera más clara cuando la pérdida de empleo tiene lugar en un periodo de bonanza económica. Cuando el desempleo tiene lugar en un periodo de altas tasas de desempleo en el país, la relación de esta situación con la ideación suicida desciende. La lectura tiene que ver con la asunción de responsabilidad ante la situación de desempleo, menor en momentos de

crisis. Por ello, en la medida en la que las problemáticas sociales estructurales se asuman como tal se libera de responsabilidad a las personas individuales, lo que en términos de salud mental siempre será una aproximación más saludable.

Incertidumbre laboral (job insecurity), expectativas y fenómeno suicida

El segundo elemento que se extrae de los análisis de Dalglish (2015) es lo que tiene que ver con las expectativas. Un metanálisis sobre empleo y suicidio publicado en el año 2014 [Milner et al., 2014] determina que la incertidumbre laboral está relacionada con el suicidio. La explicación de la relación que dan los autores deja poco lugar a la duda: las expectativas sobre el futuro son una variable determinante de esta relación. Para profundizar en el estudio de las expectativas se puede partir del concepto de incertidumbre laboral (*job insecurity*), que es el que presenta el estudio de Milner (2014). La incertidumbre laboral ha de ser comprendida como el temor ante la pérdida de un empleo que se desea mantener, o el temor al deterioro de unas condiciones laborales deseables (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984). Este fenómeno, ampliamente estudiado en la literatura científica, se ha relacionado con un deterioro de la salud mental, manifestando vínculos con problemas depresivos, ansiógenos, de estrés, de deterioro de las relaciones sociales o familiares; así como padecimientos de naturaleza biológica, como afecciones cardiovasculares (Bugajska et al., 2013; De Witte, 2005; De Witte et al., 2016; Lawrence et al., 2013; Llosa et al., 2020; Richter et al., 2015). En cuanto a la ideación suicida se halló que está relacionada con la incertidumbre laboral, y particularmente en el caso de los hombres. Además, especialmente cuando los hombres son los principales sustentadores del hogar (Kim et al., 2017). Ello implica marcar la perspectiva cultural en los análisis sobre el suicidio, ya que estos datos se explican en la lógica del hombre bajo el modelo *breadwinner* apuntado previamente. Howard et al. (2022) señala en la misma dirección: la incertidumbre laboral, junto al estrés laboral y el deterioro de las relaciones sociales en el empleo, están claramente relacionadas con la idea de suicidio. De nuevo, señala la expectativa de futuro como elemento nuclear para comprender el fenómeno suicida. Expresa que la expectativa de desarrollar una carrera laboral es un factor de protección frente al suicidio, ya que presenta un horizonte de futuro en un aspecto relevante de la vida de la persona. Milner et al. (2016) también explora que la capacidad de establecer un control sobre el puesto de trabajo que se ocupa es un factor de protección frente a la ideación de suicidio, y sostiene que la certidumbre frente al empleo -como proceso opuesto a la incertidumbre laboral- es otro elemento protector. Otros factores que han sido estudiados y relacionados con el suicidio son el estrés laboral, que encuentra una mayor relación con las ideas de suicidio entre las mujeres (Milner et al., 2015), o el acoso laboral (Milner et al., 2016).

El correlato del desempleo con el fenómeno de suicidio

Los estudios clásicos sobre el padecimiento psicológico relacionado con el empleo sostienen una brecha abierta entre el empleo y el desempleo, esgrimiendo que el empleo representa un factor de protección para la salud mental frente al desempleo (Jahoda, 1982). El claro proceso de precarización de los contextos laborales occidentales obliga a dejar en suspenso esta suposición si se realiza en términos absolutos. No todo empleo es positivo para la salud mental, este requiere ser empleo de calidad para tal fin (Llosa et al., 2020). Por ejemplo, los estudios de Min et al. (2015) no hallan diferencias en la ideación de suicidio entre población precaria y desempleada.

Los trabajos que relacionan desempleo y fenómeno suicida ponen sobre la mesa dos ideas. La primera de ellas, que el desempleo en sí mismo es un factor de riesgo frente a las ideas de suicidio (Iglesias-García et al., 2017; Mäki & Martikainen, 2012; Milner et al., 2014). La segunda, que también se relaciona con un factor de expectativas. Curiosamente el des-

empleo muestra una relación con el suicidio más alta en los primeros cinco años de desempleo, que en los siguientes [Milner et al., 2014]. Parece que la situación de una persona sin empleo tras cinco años es más dramática que las que se pudiera dar previamente. Sin embargo, y de nuevo, las expectativas son un elemento determinante: la argumentación que emerge en este caso es que las expectativas de encontrar empleo para una persona que lleva sin acceder al mundo laboral durante un periodo superior a los cinco años ya son muy bajas. Probablemente inexistentes. Por ello habrán cesado sus intentos, su vida se habrá reorganizado en términos más o menos precarios, pero fuera del marco laboral, con lo que esa persona no se enfrentará al quebrantamiento de expectativas al aproximarse infructuosamente al mercado laboral. Por eso, tampoco tendrá lugar una experiencia de búsqueda de empleo infructuosa que se materialice en un nuevo proceso de examen propio y consiguiente autocrítica.

Condición socioeconómica ante el suicidio

Sin embargo, hay una variable que resulta de relevancia importante al analizar la relación entre el suicidio y que guarda relación con mundo laboral. Se trata de la condición socioeconómica [Antonakakis & Collins, 2014]. En este trabajo no se ha planificado una revisión profunda sobre la relación entre la exclusión social y el fenómeno suicida. Lo que pretendíamos era delimitar variables de carácter laboral. Sin embargo, no pocos estudios de variables laborales incluyen aspectos relacionados con la condición material de las personas en su marco de análisis. Resulta lógico, ya que en última instancia el empleo es la fuente de ingresos principal para la mayoría de la población adulta. Así, se ha observado una mayor prevalencia de la idea de suicidio entre aquellos empleados pertenecientes a puestos o sectores peor remunerados [Milner et al., 2013]. De igual modo, cuando el empleo que se desarrolla es en jornada parcial -con la correspondiente precariedad económica que acompaña a esta situación- también se observa que hay una mayor prevalencia de ideación suicida [Endo et al., 2014]. De hecho, Min et al. [2015] hallan que, así como el empleo *part-time* implica un factor de riesgo, disponer de un empleo a tiempo completo es un factor de protección frente a la ideación de suicidio.

Suicidio y apoyos, factor de protección

Por último, cabe atender a variables relativas con el apoyo social. Previamente ya se ha expuesto que procesos como la autocrítica se controlan a través del apoyo. A su vez, se ha explorado en profundidad la relación entre la autocrítica y el fenómeno de suicidio. El apoyo social y apoyo comunitario han sido variables clave [Howard et al., 2022]. Es arriesgado aislar la dimensión laboral de otros contextos de vida de la persona, ya que, por ejemplo, establece una relación directa con las dinámicas familiares. Así, se ha observado en Japón, que el apoyo social provisto por el entorno familiar, así como el propio del entorno comunitario, suponen factores de protección frente a la ideación suicida [Endo et al., 2014]. El trabajo de Endo [2014] resulta particularmente importante, sin embargo, en torno al apoyo en la comunidad.

Lo que determinan Endo et al. [2014] es que el apoyo social comunitario puede ser observado en dos direcciones: el apoyo social que se provee y el que es recibido. Cuando en ambos casos el apoyo es alto, efectivamente, se determina como factor de protección. Sin embargo, en las situaciones en las que el apoyo recibido es alto, pero el provisto no, su efecto protector frente al fenómeno suicidio se atenúa. Esto es debido, según determinan los autores, a que la persona observa un desequilibrio injusto entre el apoyo provisto y el recibido. Por este motivo, es importante, no sólo proveer apoyo asumiendo un rol pasivo para la persona que lo recibe, sino que lo verdaderamente relevante como factor preventi-

vo del suicidio es disponer de espacios participativos y cohesionados socialmente. Esto es, entornos en los que las personas sean plenamente partícipes, lo que supone la necesidad de que se dé un intercambio.

Conclusiones: Repensar el fenómeno de suicidio

A modo de conclusión para este capítulo presentamos una serie de propuestas e ideas, que deben permitir la reflexión sobre el análisis, intervención y prevención sobre el fenómeno de suicidio.

- En primer lugar, el fenómeno de suicidio no se ha de analizar únicamente en términos clínicos individuales, sino que las ideas de suicidio son un fenómeno sobre el que se prevé una prevalencia importante en poblaciones no clínicas.
- Al mismo tiempo, las variables que determinan la ideación de suicidio están relacionadas con, entre otros procesos, aquellos que presentan una naturaleza socio-laboral.
- Las dinámicas psicopolíticas propias del contexto neoliberal sabemos que son generadoras de procesos psicológicos muy dolorosos. Es lo que Ian Parker (2016) denomina como dolor social, la experiencia dolorosa derivada de dinámicas psicosociales.
- Conocedores de los múltiples aspectos del bienestar psicológico, físico y relacional que generan las condiciones laborales precarias, así como el desempleo, debemos tener presente que existe una amplia evidencia que relaciona la precariedad laboral y el fenómeno de suicidio.
- Naturalmente, la relación entre las trayectorias laborales y el fenómeno de suicidio habla de un elemento etiológico entre otros muchos. El fenómeno suicida es complejo conceptualmente, y también en términos explicativos.
- La incertidumbre laboral, concepto íntimamente relacionado con las expectativas, parece ser uno de los más relevantes a la hora de establecer un análisis de factores sociales que impactan sobre el fenómeno de suicidio.
- No se deben obviar las condiciones socioeconómicas como un factor claramente determinante en el suicidio. De hecho, estas interactúan con las dinámicas laborales de manera clara.
- También cabe tener en consideración que el apoyo social, familiar y comunitario es una variable relevante para comprender el fenómeno de suicidio, y que esta cobra importancia en cualquier situación y no únicamente cuando tratamos de establecer un análisis de factores sociolaborales.
- Resulta significativo que al tratar factores relativos al apoyo social, no sólo hablamos del apoyo social recibido o percibido, sino de la capacidad de proveer apoyo social. Si con esta lógica pensamos en entornos comunitarios o sociales, hablamos de que lo verdaderamente protector es disponer de sociedades inclusivas. Es decir, sociedades que permitan a las personas ser partícipes de las mismas en su plenitud, lo que necesariamente implica una interacción bidireccional.

- Por último, se han detectado diferencias de género importantes al analizar la prevalencia y factores determinantes de la ideación suicida, con lo que cualquier intervención, proyecto preventivo o trabajo de investigación debe tener en cuenta la dimensión de género.

Referencias

Agulló-Tomás, E., Álvaro, J. L., Garrido, A., Medina, R., & Schweiger, I. (Eds.). [2011]. *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad*. Servicio de Publicaciones Universidad de Oviedo.

Agulló-Tomás, E., Llosa, J. A., & Agulló-Tomás, M. S. [2018]. Trabajo indecente, contexto actual e implicaciones. In J. L. Álvaro Estramiana, *La interacción Social (Homenaje a José Ramón Torregrosa)* [pp. 75–93]. Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS] Academia.

Alonso, L. E. [2000]. *Trabajo y posmodernidad, El empleo débil*. Fundamentos.

Andrew, L., & Brenner, B. E. [2018]. Physician Suicide: Overview, Depression in Physicians, Problems With Treating Physician Depression. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/806779-overview>.

Antonakakis, N., & Collins, A. [2014]. The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. *Social Science & Medicine*, 112, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.019>.

Bauman, Z. [2007]. *Tiempos líquidos: Vivir en una época de incertidumbre*. Tusquets Editores.

Borges, G. L. G., Forteza, C. G., Castro, C. G., & Tapia, A. J. [1996]. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud mental*, 19 [Extra 1], 33–38.

Bugajska, J., Żołnierczyk-Zreda, D., Jędryka-Góral, A., Gasik, R., Hildt-Ciupińska, K., Malińska, M., & Bedyńska, S. [2013]. Psychological factors at work and musculoskeletal disorders: A one year prospective study. *Rheumatology International*, 33(12), 2975–2983. <https://doi.org/10.1007/s00296-013-2843-8>.

Clemente, M., & González, A. [1996]. *Suicidio: Una alternativa social*. Biblioteca Nueva.

Dalglis, S. L., Melchior, M., Younes, N., & Surkan, P. J. [2015]. Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(4), 613–620. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0969-y>.

de Man, A. F., Leduc, C. P., & Labrèche-Gauthier, L. [1992]. Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 811–816. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199211\)48:6<811::aid-jclp2270480616>3.0.co;2-q](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199211)48:6<811::aid-jclp2270480616>3.0.co;2-q).

De Witte, H. [2005]. Job insecurity: Review of the international literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences. *SA Journal of Industrial Psychology*, 31(4). <https://sajip.co.za/index.php/sajip/article/viewArticle/200>.

De Witte, H., Pienaar, J., & De Cuyper, N. [2016]. Review of 30 Years of Longitudinal Studies on the Association Between Job Insecurity and Health and Well-Being: Is There Causal Evidence?: Review of longitudinal studies on job insecurity. *Australian Psychologist*, 51, 18–31. <https://doi.org/10.1111/ap.12176>.

Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. Akal.

EAPN España. [2021]. *El Estado de la Pobreza: Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008–2020*. EAPN España.

El Periódico / Barcelona. [2018, January 25]. Virginia Woolf: La carta de suicidio de la autora feminista. *El Periódico*. <https://www.elperiodico.com/es/ocio-y-cultura/20180125/virginia-woolf-6575988>.

Endo, G., Tachikawa, H., Fukuoka, Y., Aiba, M., Nemoto, K., Shiratori, Y., Matsui, Y., Doi, N., & Asada, T. [2014]. How perceived social support relates to suicidal ideation: A Japanese social resident survey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 290–298. <https://doi.org/10.1177/0020764013486777>.

Garrido, A., Álvaro, J. L., & Schweiger, I. [2011]. Efectos de la flexibilización del trabajo en la experiencia subjetiva del tiempo. In E. Agulló-Tomás, J. L. Álvaro, A. Garrido, R. Medina, & I. Schweiger (Eds.), *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad* (pp. 351–368). Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

González-Pérez, J. A. [2019]. Suicide as political resistance: The world of entrepreneur of the self. *Revista Eleuthera*, 21, 51–65. <https://doi.org/10.17151/eleu.2019.21.4>.

Greenhalgh, L., & Rosenblatt, Z. [1984]. Job Insecurity: Toward Conceptual Clarity. *The Academy of Management Review*, 9, 438–448. <https://doi.org/10.2307/258284>.

Han, B.-C. [2017]. *Psychopolitics: Neoliberalism and New Technologies of Power*. Verso Books.

Harré, R. [1982]. *El ser social: Una teoría para la psicología social*. Alianza.

Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. [2013]. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>.

Howard, M. C., Follmer, K. B., Smith, M. B., Tucker, R. P., & Van Zandt, E. C. [2022]. Work and suicide: An interdisciplinary systematic literature review. *Journal of Organizational Behavior*, 43(2), 260–285. <https://doi.org/10.1002/job.2519>.

Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., Al-Halabi, S., Corcoran, P., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. [2017]. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, 10(2), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>.

Im, Y., Oh, W.-O., & Suk, M. [2017]. Risk Factors for Suicide Ideation Among Adolescents: Five-Year National Data Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 282–286. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.01.001>.

Jahoda, M. (1982). *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*. CUP Archive.

Kim, M.-S., Hong, Y.-C., Yook, J.-H., & Kang, M.-Y. (2017). Effects of perceived job insecurity on depression, suicide ideation, and decline in self-rated health in Korea: A population-based panel study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 90(7), 663–671. <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1229-8>.

Kirmayer, L. J. (2022). Suicide in cultural context: An ecosocial approach. *Transcultural Psychiatry*, 59(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/13634615221076424>.

Lasheras-Díez, H. F., Menéndez-Espina, S., Llosa, J. A., Rodríguez-Suárez, J., Agulló-Tomás, E., & Sáiz-Villar, R. (2018). Nuevos retos laborales en los jóvenes trabajadores: Formación académica e incertidumbre laboral en menores de 30 años. *Encrucijadas - Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 15, a1501.

Lawrence, E. R., Halbesleben, J. R. B., & Paustian-Underdahl, S. C. (2013). The influence of workplace injuries on work–family conflict: Job and financial insecurity as mechanisms. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18, 371–383. <https://doi.org/10.1037/a0033991>.

Llosa, J. A., Agulló-Tomás, E., Menéndez-Espina, S., Rivero-Díaz, M. L., & Iglesias-Martínez, E. (2022). Self-Criticism in In-Work Poverty: The Mediating Role of Social Support in the Era of Flexibility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010609>.

Llosa, J. A., Agulló-Tomás, E., Menéndez-Espina, S., Rodríguez-Suárez, J., & Boada-Grau, J. (2020). Incertidumbre Laboral, Salud Mental y Apoyo Social en trabajadores pobres. *Athena Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 20(1), 2178–2178. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2178>.

Llosa, J. A., Menéndez-Espina, S., Agulló-Tomás, E., Rodríguez-Suárez, J., Lasheras-Díez, H., & Saiz-Villar, R. (2019). La psicopatologización del trabajo: El estado de malestar del sujeto responsable. *Aposta, Revista de Ciencias Sociales*, 80, 82–97.

Mäki, N., & Martikainen, P. (2012). A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(4), 302–307. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.105908>.

Milner, A. J., Niven, H., & LaMontagne, A. D. (2015). Occupational class differences in suicide: Evidence of changes over time and during the global financial crisis in Australia. *BMC Psychiatry*, 15(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0608-5>.

Milner, A. J., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2014). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: A meta-analytic and conceptual review. *Psychological Medicine*, 44(5), 909–917. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001621>.

Milner, A. J., Page, K., Witt, K., & LaMontagne, A. (2016). Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence From a Cross-Sectional Survey of Working Australians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 584–587. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000700>.

Milner, A. J., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. [2013]. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(6), 409–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>.

Min, K.-B., Park, S.-G., Hwang, S. H., & Min, J.-Y. [2015]. Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. *Preventive Medicine*, 71, 72–76. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.017>.

Oliveros Navarro, R. [Ed.]. [2021]. *La economía del Principado de Asturias: Diagnóstico estratégico*. CaixaBank Research.

Parker, I. [2016]. Capitalismo, locura y justicia social. In R. Rodríguez López (Ed.), *Contra-psicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura* (pp. 113–140). Dado Ediciones.

Rendueles, G. [2004]. *Egolatría*. KRK Ediciones.

Rendueles, G. [2018]. *Suicidio(s)*. Grupo 5.

Richter, A., Naeswall, K., Lindfors, P., & Sverke, M. [2015]. Job insecurity and work-family conflict in teachers in Sweden: Examining their relations with longitudinal cross-lagged modeling. *Psych Journal*, 4(2), 98–111. <https://doi.org/10.1002/pchj.88>.

Santamaría López, E., & Serrano Pascual, A. [2016]. *Precarización e individualización del trabajo: Claves para entender y transformar la realidad laboral*. Editorial UOC.

Serrano Pascual, A. [2000]. El concepto de empleabilidad en la estrategia europea de lucha contra el desempleo: Una perspectiva crítica. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 21, 137–150.

EMPLEO Y SALUD MENTAL

Hostilidad, trabajo decente y estrategias de ocultación: determinantes sociales de salud mental en personas empleadas LGTBI+

María Luz Rivero-Díaz¹, Esteban Agulló-Tomás², Jose Antonio Llosa³ y Sara Menéndez-Espina⁴

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (mariluzriverodiaz@gmail.com)

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo (estomas@uniovi.es)

³ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (joseallosa@facultadpadreosso.es)

⁴ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo (menendezsara@uniovi.es)

Resumen

En comparación con las personas heterosexuales, las personas LGTBI+ presentan mayores tasas de intentos de suicidio, consumo de sustancias, sintomatología ansiosa y/o conductas depresivas. Estas diferencias entre poblaciones se explican, de forma parcial, por la discriminación, hostilidad y acoso al que se exponen de forma directa o indirecta en cualquier ámbito vital, incluido el laboral. La discriminación y hostilidad en el entorno laboral es especialmente relevante para esta población por el papel fundamental del empleo en el bienestar y la conformación de la identidad. Esta hostilidad hacia la población LGTBI+ genera una menor satisfacción laboral, mayores intenciones de dejar el empleo, mayor ocultación y mayores conductas ansiosas y/o depresivas. Sin embargo, esta relación no es directa, sino que se vehicula a través de las diferentes intersecciones que se dan en la población LGTBI+ y que aceleran o difuminan estas relaciones: género, edad, condiciones laborales, seguridad económica e identidad de género. En este capítulo se analizarán los determinantes sociales de la salud mental en personas empleadas LGTBI+ y su relación con el trabajo decente, la hostilidad y las estrategias de apertura u ocultación.

Introducción

Las personas LGTBI+ presentan tasas más altas de problemas relacionados con la salud mental y el malestar emocional en comparación con las personas heterosexuales (King, 2008). Sus tasas de intentos de suicidio (Ceballos Mora et al., 2021) y su frecuencia de conductas depresivas y ansiosas son significativamente mayores (Bostwick, 2014; Moya & Moya-Garófano, 2019). Este fenómeno se replica en torno a las conductas de riesgo: la población LGTBI+, tiene más probabilidades de consumir sustancias como tabaco [2,6 veces más probable] u otras drogas no legales [2,8 veces más probable] (Conron et al., 2010).

Una explicación parcial de estas diferencias de tasas entre ambas poblaciones son los estresores adicionales, y las consecuencias psicológicas en los que estos se manifiestan, que surgen a causa de la hostilidad, acoso y discriminación a los que se enfrentan por su orientación sexual y/o identidad de género.

Según el modelo de estrés de minorías [Meyer, 2003], la población LGBTBI+ se expone a múltiples condicionantes ambientales y vitales que determinan y moldean su experiencia vital. En primer lugar, y al igual que el resto de la población, se enfrentan a condicionantes materiales relacionados con su situación socioeconómica. Vinculado estrechamente con este nivel, las personas LGBTBI+ afrontan un estrés añadido que se deriva de la discriminación a la que se ven expuestas por expresar una orientación sexual e identidad de género no normativas. Pertenecer a un grupo poblacional con este estatus de minoría genera estresores distales relacionados con la exposición o vivencia directa de comportamientos y climas de hostilidad y de discriminación. A su vez, en función de la valencia y la solidez que tenga la identidad LGB en su autoconcepto y la conformación de la identidad general de la persona, estas experiencias de hostilidad pueden provocar estresores proximales relacionados con procesos cognitivos enfocados en la interpretación de consecuencias: la exposición a ambientes de discriminación y hostilidad facilita e instiga la anticipación de consecuencias negativas relacionadas con comportamientos de apertura sobre la propia orientación sexual y/o identidad de género [Wax, Coleti & Ogaz, 2017]. En relación con esto, es posible que las personas LGBTBI+ opten por estrategias de ocultamiento si observan contingencias negativas en relación con su condición LGBTBI+ [Prati & Pietrantonio, 2014] y si muestran cierto grado de homofobia o transfobia interiorizada [Meyer, 2003].

Todos estos elementos, en su conjunto, son los que generan este estrés adicional al que se ven expuestas las personas LGBTBI+. Estos estresores agotan los recursos cognitivos necesarios para hacer frente a situaciones perjudiciales [Lazarus & Folkman, 1984] lo que genera problemas de salud física, mayores niveles de enfermedades físicas, problemas de salud mental e intentos de suicidio entre otras muchas consecuencias psicológicas negativas. [Flentje et al., 2020; Meyer, 2003; Miranda-Mendizábal et al., 2017; Poteat et al., 2021].

Personas empleadas LGBTBI+ y salud mental

El empleo se configura como un espacio en el que este malestar y estas consecuencias psicológicas negativas pueden amortiguarse o amplificarse. Se ven amortiguadas a través de medidas encaminadas a proveer de apoyo social y organizacional al empleado. Por otra parte, se ven amplificadas a través de experiencias vividas u observadas de hostilidad y discriminación por razón de identidad de género u orientación sexual [Webster et al., 2017]. En ambientes laborales con presencia de hostilidad o discriminación hacia personas empleadas LGBTBI+, el malestar emocional y las consecuencias psicológicas negativas se generan a través de dos vías: la directa y la indirecta. En la vía directa, los ambientes de hostilidad hacia personas empleadas LGBTBI+ se relacionan con un mayor estrés laboral y mayores síntomas ansiosos y depresivos, entre otros [Moya & Moya-Garófano, 2019]. En la vía indirecta, la vivencia o la observación de conductas discriminatorias a personas empleadas LGBTBI+ en el ámbito laboral, se relaciona con peores consecuencias psicosociales a través de mayores tasas de ocultación de la identidad de género o la orientación sexual [Wood, 2020].

Hostilidad, discriminación y salud mental

Como decíamos, las personas LGBTBI+ que sufren entornos con una mayor hostilidad laboral tienen de forma general unos niveles elevados de malestar emocional y síntomas psicopatológicos. Haciendo una pequeña revisión de la literatura científica disponible podemos observar cómo las personas LGBTBI+ que se desarrollan en ambientes laborales con alta hostilidad tienen menor satisfacción vital [Rivero-Díaz et al., 2021; Waldo, 1999] y una menor calidad de vida psicológica [Singh & O'Brien, 2018]. Además, esta hostilidad repercute de forma negativa también para la organización: las personas LGBTBI+ en ambientes laborales

hostiles, tienen unas altas intenciones de dejar el empleo [Ragins et al., 2001; Miner et al., 2018; Velez & Moradi, 2012; Rivero-Díaz et al., 2021], presentan mayor burnout [Rabelo & Cortina, 2014; Singh & O'Brien, 2018] y un alto estrés laboral [Rabelo & Cortina, 2014].

Es especialmente relevante las relaciones entre la hostilidad y variables de tipo psicológico. En la literatura científica encontramos que altos niveles de hostilidad se relacionan con altos niveles de estrés [Corrington et al., 2019; Miner et al., 2018; Velez et al., 2013; Waldo, 1999], conductas de rumiación [Thoroughgood et al., 2017], depresión, ansiedad, autovigilancia y mayores intentos de suicidio. De hecho, las personas con mayores síntomas de depresión fueron las que, también, informaban de percibir mayores niveles de discriminación. De forma similar, las personas que informaban de mayores niveles de percepción de discriminación en su entorno laboral tenían hasta 3 veces más de posibilidades de haber presentado intentos de suicidio [Su et al., 2016].

Interseccionalidad

Como anticipamos en el inicio del capítulo, estas problemáticas no se dan de forma homogénea para toda la población LGBTI+. La intersección de varias características personales puede modelar estas relaciones a través de la posibilidad de acceder a un empleo decente y no precario, entre otras cuestiones. En este contexto, uno de los condicionantes claves para asegurar un ambiente laboral de apoyo es disponer de una capacidad financiera suficiente para poder acceder a un empleo decente. Sobre el paradigma del trabajo decente se puede consultar Organización Internacional del Trabajo [OIT, 2023]. Más adelante analizaremos este supuesto con mayor atención.

La identidad de género modera también los problemas de salud mental y los malestares que presentan las personas empleadas trans. Las personas trans obtienen mayores tasas de discriminación, mayores síntomas de depresión y mayores intentos suicidas que las personas no trans [Su et al., 2016].

Por otra parte, la orientación sexual y el género también influyen. Las personas LGB presentan tasas mayores de prevalencia de abuso de sustancias, suicidios y trastornos de ansiedad en comparación con las personas heterosexuales no transgénero [King, 2008]. Si profundizamos más en el análisis, veremos que los hombres gays o bisexuales presentan más probabilidades de presentar intentos de suicidio que las mujeres lesbianas y bisexuales. De forma complementaria, las mujeres lesbianas y bisexuales tienen más probabilidades de presentar abuso de sustancias [King, 2008]. Por tanto, a pesar de que las personas LGB presentan más consecuencias psicológicas negativas que las personas heterosexuales, la tipología de estas consecuencias se diferencia en función del género.

Trabajo decente, condiciones laborales y salud mental en LGBTI+

Como veíamos al inicio de este capítulo, las circunstancias sociales, laborales y de renta en las personas empleadas LGBTI+ determinan sus experiencias laborales e influyen en la presencia de hostilidad y otros estresores, su amortiguación y sus consecuencias psicológicas finales. Existen varias explicaciones para el influjo de lo sociolaboral en la salud mental de las personas empleadas LGBTI+. Una de ellas es a través del concepto de seguridad económica [Duffy, 2016; Allan, 2018; Meyer, 2003]. Siguiendo este razonamiento, las personas empleadas LGBTI+ con mayor renta y/o capacidad económica, dispondrán de una mayor seguridad financiera. Esta seguridad financiera les asegura una menor incertidumbre en caso de perder el trabajo por su orientación sexual y/o identidad de género y una ma-

yor capacidad de elección de un empleo con un mejor clima organizacional (Duffy, 2016). Por otra parte, disponer de una posición socioeconómica favorable también provoca una mayor capacidad de elegir un empleo decente por el influjo de un mayor capital social, unas mayores capacidades de formación en instituciones de prestigio y programas con alta empleabilidad y mayores oportunidades laborales. Revisando los estudios en esta línea, se deduce que la clase social se relaciona de forma negativa con el clima laboral de apoyo (Allan et al., 2018). Esto nos indica que, efectivamente, las personas empleadas de clase social baja tendrán peores condiciones laborales que se materializan, entre otras, en un clima organizacional hostil. Paralelamente, disponer de un clima laboral de apoyo es un componente fundamental del trabajo decente. Por lo que los empleos con ambientes laborales de apoyo e inclusivos con la población LGTBI+ se relacionan en gran medida con ambientes laborales con una condiciones laborales seguras, salarios adecuados, descanso suficiente y valores compartidos entre el empleado y la empresa (Allan et al., 2018).

Todas estas razones indican la urgencia de asegurar trabajo y condiciones laborales decentes también para reducir la hostilidad dirigida hacia las personas empleadas LGTBI+ y, en último término, para reducir los problemas de salud mental generados por dicha hostilidad.

Estrategias de afrontamiento: apoyo social y ocultación.

Las personas empleadas LGTBI+ que experimentan o pueden anticipar conductas discriminatorias hacen uso de sus recursos de afrontamiento para amortiguar y/o disminuir las consecuencias negativas de la hostilidad. Las estrategias más efectivas están relacionadas con habilidades de afrontamiento propias y con redes y contextos de apoyo (Meyer, 2003). De esta forma, la discriminación percibida se ve atenuada por el apoyo social recibido, lo que reduce de forma crítica las consecuencias psicosociales y psicológicas negativas en las personas empleadas LGTBI+.

Sin embargo, y como anticipamos antes, en otras ocasiones se ponen en marcha estrategias de afrontamiento relacionadas con la internalización y la ocultación. En este sentido, suele ser habitual que las personas LGTBI+ que anticipan consecuencias negativas en el ámbito laboral por su identidad de género o su orientación sexual y por experiencias anteriores, tiendan a mantener estrategias de ocultación en su entorno para evitar sufrir de forma directa la hostilidad (Meyer, 2003). Esta estrategia puede ser a corto plazo beneficiosa porque evita la exposición directa al acoso y la discriminación en ambientes laborales muy hostiles. Sin embargo, puede aumentar el estrés de las personas LGTBI+. De hecho, sabemos que las estrategias de ocultación generan un aumento de procesos de autovigilancia que suponen una gran carga de recursos cognitivos (Smart & Wegner, 2000 en Meyer, 2003) y provocan un estrés sostenido e innecesario.

Cabe señalar, además, que estas estrategias son diferentes en su nivel de profundidad y autocensura. Anderson et al. (2001) distinguen cuatro tipos de estrategias en función de su transparencia y apertura sobre la identidad LGTBI+ en el entorno laboral: la primera de ellas es el encubrimiento, que incluye aquellas conductas encaminadas a dar a entender a los demás que se es heterosexual; la segunda es la ocultación, que incluye conductas con el objeto de ocultar la identidad LGTBI+ a propósito; la tercera tiene que ver con mostrarse implícitamente LGTBI+, es decir, con utilizar conductas y expresiones ambiguas sobre la identidad LGTBI+ para no confirmar ni desmentir la condición homosexual y/o trans; la última, se refiere a mostrarse explícitamente LGTBI+. Lo más interesante es que el uso de estas diferentes estrategias tiene asociadas también diferentes consecuencias psicosociales en la población LGTBI+.

Por otra parte, la elección de una u otra de estas estrategias depende, de forma fundamental, del clima organizacional (de apoyo o de hostilidad) que se da en ese entorno laboral. De tal forma que las personas empleadas LGTBI+ que disponen de un alto grado de apoyo en su entorno laboral, muestran una mayor frecuencia de estrategias relacionadas con mostrarse explícitamente abierto en el ámbito laboral sobre su identidad LGTBI+; por otra parte, si las personas LGTBI+ se desarrollan en un ámbito laboral hostil, tienden a mostrar mayores frecuencias de estrategias de encubrimiento u ocultación (Wood, 2020). De hecho, sabemos que la decisión de revelar la orientación sexual depende de los factores psicológicos, ambientales y la anticipación de consecuencias (Chrobot-Mason, Button & DiClementi, 2001; Ragins, 2008). Los factores psicológicos determinan la motivación para mostrar la identidad LGTBI+. El apoyo ambiental modula la motivación (aumentándola en ambientes de apoyo y disminuyéndola en ambientes de discriminación). Por último, la anticipación de las consecuencias se ve afectada por las variables individuales y ambientales antes mencionadas. Estos tres factores se combinan y afectan a la probabilidad de ocurrencia de la decisión de mostrar la identidad LGTBI+ en el ámbito laboral (Ragins, 2008).

Por último, resulta reseñable que estas estrategias de ocultamiento pueden llevarse a cabo en caso de que tu condición de LGTBI+ no sea visible para los demás. Es por ello que en las personas trans es más difícil hacer uso de ellas y, por tanto, se ven de una forma más directa expuestos a la hostilidad.

Conclusión

Una parte importante de la explicación de las mayores tasas de intentos de suicidio, depresión y ansiedad en población LGTBI+ en comparación con la población heterosexual consiste en la continua y temprana exposición a los estresores cronificados relacionados con la hostilidad y la discriminación por su orientación sexual y/o identidad de género.

Por otra parte, la orientación sexual y la identidad de género constituyen una de las variables sociodemográficas que determinan la distribución de la salud y la enfermedad (Logie, 2012), la distribución de los malestares psicológicos, las consecuencias psicosociales perjudiciales y el bienestar emocional. Es por ello que la hostilidad en el entorno laboral, tal y como hemos analizado, constituye un riesgo para el bienestar emocional de la población LGTBI+.

Intervenir en el entorno laboral, educacional y social de la población LGTBI+ disminuyendo y eliminando la hostilidad y aportando redes de apoyo próximo y distal, repercutirá de forma beneficiosa en su salud mental y el bienestar, disminuirá las estrategias de ocultación y reducirá el malestar psicológico y las consecuencias psicológicas negativas en la población LGTBI+.

Referencias

- Allan, B. A., Tebbe, E. A., Bouchard, L. M., & Duffy, R. D. (2019). Access to Decent and Meaningful Work in a Sexual Minority Population. *Journal of Career Assessment*, 27(3), 408–421. <https://doi.org/10.1177/1069072718758064>.
- Anderson, M. Z., Croteau, J. M., Chung, Y. B., & DiStefano, T. M. (2001). Developing an Assessment of Sexual Identity Management for Lesbian and Gay Workers. *Journal of Career Assessment*, 9(3), 243–260. <https://doi.org/10.1177/106907270100900303>.

Arena, D. F., & Jones, K. P. [2017]. To “B” or not to “B”: Assessing the disclosure dilemma of bisexual individuals at work. *Journal of Vocational Behavior*, 13(1), 122–137.

Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T., & McCabe, S. E. [2014]. Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 35.

Ceballos Mora, A.K., Zambrano Guerrero, C.A., Villalobos Galvis, F.H., & Guerrero Caicedo, Sara Natalia. [2021]. Reconocimiento de la homosexualidad, apoyo social, depresión e ideación suicida en personas homosexuales. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342120>.

Chrobot-Mason, D., Button, S. B., & Diclementi, J. D. [2001]. Sexual identity management strategies: An exploration of antecedents and consequences. *Sex Roles*, 45(5), 321–336.

Conron, K. J., Mimiaga, M. J., & Landers, S. J. [2010]. A population based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1953–1960. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169>.

Corrington, A., Nittrouer, C.L., Rachel, C.E., & Trump-Steele, M.H. [2019]. A study on the intersection of gender and sexual orientation in the workplace. *Journal of Vocational Behavior*, 113, 129–142.

Duffy, R. D., Blustein, D. L., Diemer, M. A., & Autin, K. L. [2016]. The psychology of working theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 127–148. <https://doi.org/10.1037/cou0000140>.

Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. [2020]. The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 43(5), 673–694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. [2008]. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. [1984]. *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Logie, Carmen. [2012]. The Case for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. *American Journal of Public Health* 102(7). <http://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300599>.

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M., . . . Alonso, J. [2017]. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 77–87. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345>.

Meyer, I. H. [2003]. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.

Miner, K.N., & Costa, P.L. [2018]. Ambient workplace heterosexism: Implications for sexual minority and heterosexual employees. *Stress Health*, 34, 563–572. <https://doi.org/10.1002/smi.2817>.

Moya, A., & Moya-Garófano, A. [2019]. Discrimination, Work Stress, and Psychological Well-being in LGBTI workers in Spain. *Psychosocial Intervention*, 29(2), 93-101. <https://dx.doi.org/10.5093/pi2020a5>.

Organización Internacional del Trabajo. [2023]. Trabajo decente. <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm#:~:text=Significa%20la%20oportunidad%20de%20acceder,organicen%20y%20participen%20en%20las>.

Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. [2021]. Cardiovascular Disease in a Population-Based Sample of Transgender and Cisgender Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>.

Prati, G., & Pietrantonio, L. [2014]. Coming out and job satisfaction: A moderated mediation model. *Career Development Quarterly*, 62(4), 358–371. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.2014.00088.x>.

Rabelo, V.C., & Cortina, L.M. [2014]. Two Sides of the Same Coin: Gender Harassment and Heterosexist Harassment in LGBTQ Work Lives. *Law and Human Behavior*, 38 (4), 378–391. <https://doi.org/10.1037/lhb0000087>.

Ragins, B. R., & Cornwell, J. M. [2001]. Pink triangles: Antecedents and consequences of perceived workplace discrimination against gay and lesbian employees. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1244–1261.

Rivero-Díaz, M. L., Agulló-Tomás, E., & Llosa, J. A. [2021]. Adaptation and validation of the LGBTCI to the Spanish LGBT working population. *Journal of Career Assessment*, 29(3), 422–441. <https://doi.org/10.1177/1069072720982339>.

Rivero-Díaz, M.L., Agulló-Tomás, E., & Llosa, J.A. [2020]. Discriminación laboral hacia personas LGBT en España. En *Mujeres e inclusión social: Investigación y estrategias de innovación y transformación social*. EAPN-AS.

Singh, R. S., & O'Brien, W. H. [2019]. The impact of work stress on sexual minority employees: could psychological flexibility be a helpful solution? *Stress and Health*, 36(1), 59–74. <https://doi.org/10.1002/smi.2913>.

Smart, L., & Wegner, D. M. [2000]. The hidden costs of stigma. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 220–242). New York: Guilford Press.

Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. [2016]. Mental Health Disparities Within the LGBT Population: A Comparison Between Transgender and Nontransgender Individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12–20. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>.

Thoroughgood, C.N., Sawyer, K.B., & Webster, J.R. [2017]. What lies beneath: How paranoid cognition explains the relations between transgender employees' perceptions of discrimination at work and their job attitudes and wellbeing. *Journal of Vocational Behavior*, 103, 99–112. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.07.009>.

Velez, B. L., & Moradi, B. [2012]. Tests of the Theory of Work Adjustment with LGB individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 399–407. <https://doi.org/10.1037/a0028326>.

Waldo, C. R. [1999]. Working in a majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 218–232. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.2.218>.

Wax, A., Coletti, K. K., & Ogaz, J. W. [2018]. The benefit of full disclosure: A meta-analysis of the implications of coming out at work. *Organizational Psychology Review*, 8(1), 3–30. <https://doi.org/10.1177/2041386617734582>.

Webster, J. R., Adams, G. A., Maranto, C. L., Sawyer, K., & Thoroughgood, C. [2017]. Workplace contextual supports for LGBT employees: A review, meta-analysis, and agenda for future research. *Human Resource Management*, 1–18. <https://doi.org/10.1002/hrm.21873>.

Wood, M. [2020]. Sexual Orientation Disclosure and Workplace Climate in the US Military: Relation to Occupational Stress, Coping and Job Satisfaction. [Tesis doctoral: Faculty of The Chicago School of Professional Psychology]

PARTE 3

Prevención y promoción de la salud mental

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La Burbuja de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: Factores que la Construyen y Ayudan a su Permanencia

Paloma Aranguren Rico¹, Laura Cano de Lera², Luis Jesús Díaz Gutiérrez³, Noelia Pablos Ballesteros³ y Verónica Concha González⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [lauracanodelera1@gmail.com]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [luisjesus.diaz@sespa.es]

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias [veronica.concha@sespa.es]

Resumen

Son numerosos los factores que intervienen y modulan la recuperación integral de una persona que ingresa en una Unidad Hospitalaria para un proceso de desintoxicación.

El objetivo de este trabajo es conocer, desde la experiencia personal, los factores que han ayudado a las personas ingresadas en su proceso de recuperación durante el ingreso hospitalario a través de una entrevista semi-estructurada diseñada a tal efecto. Una vez determinados se pretende incidir en ellos incorporándolos en la dinámica hospitalaria diaria y evaluando su posterior seguimiento en el ámbito ambulatorio.

Se concluye que uno de esos factores es la sensación de “estar en una burbuja”, la cual puede ser creada por diferentes factores, individuales, vinculares y contextuales. Es deseable su potenciación tras el alta hospitalaria, fomentando la reconstrucción de la identidad propia sin consumo y la prevención de recaídas construyéndose una “burbuja” que incorpore estos factores, internalizada, sana y sin sustancias. El primer paso conllevará determinar qué aspectos quieren conservar en sus vidas, para desde ahí, crecer y transformarse dando lugar a una metamorfosis personal y existencial.

Esta metamorfosis podría realizarse en un formato grupal en un ámbito ambulatorio o en otros contextos sociales de la comunidad donde la persona resida.

*Cuando distingas lo que quieres conservar, todo lo demás cambiará
y se transformará en torno a lo que conserves.*

Humberto Maturana



Adicciones: situación actual

El consumo de sustancias psicoactivas está bastante extendido en nuestra sociedad. En España, como informa el reciente informe sobre drogas en personas entre los 16 y los 65 años de edad [Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2022], el alcohol

es la sustancia legal más consumida en el momento actual (un 63% lo consumió en el último mes), seguido del tabaco [36,8% en el último mes], los hipnosedantes con o sin receta [8,6%], el cannabis, la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas, alucinógenos y la heroína.

La edad media de inicio en el consumo se mantiene estable, comenzando de manera más precoz para las sustancias legales: tabaco y alcohol (a partir de los 16 años), seguido de las sustancias ilegales como el cannabis a partir de los 18 años e hipnosedantes a partir de los 30 años de edad. El consumo está más extendido entre los varones mientras que la percepción de riesgo ante su consumo es mayor en las mujeres, sobre todo de tabaco y alcohol [Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2022].

Por último, cerca del 40,4% de las personas ha consumido dos o más sustancias legales o ilegales en los últimos 12 meses [Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2022]. Este uso de sustancias puede llegar a ser perjudicial para la persona y su entorno, considerándose entonces un problema de salud pública, con una amplia repercusión en el ámbito personal, familiar, laboral y social que comienza a edades muy tempranas del ciclo vital, donde la persona está configurando su vida y su identidad y el impacto de estas sustancias en su desarrollo puede ser crucial.

Prochaska y DiClemente [1983] elaboraron un modelo del cambio basado en el tránsito por seis estadios: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización. Este modelo también añade una etapa muy relevante: la recaída. Es importante determinar en qué momento se encuentra la persona con problemas de adicción que desea abandonar el consumo para poder ofrecer una ayuda más personalizada, promoviendo su participación activa en el mismo [Sánchez Hervás & Tomás Gradolí, 1997] y con más motivo si esta va a ingresar en una Unidad de desintoxicación.

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

Cuando las personas agotan sus propios recursos para mantenerse libres del consumo puede ser el momento de necesitar ayuda profesional. Una de estas ayudas consistiría en ingresar en una unidad de desintoxicación.

La Unidad de Desintoxicación del Hospital Monte Naranco de Asturias está ubicada en la ciudad de Oviedo y se centra en la intervención y tratamiento de personas con problemas de adicción. Es un servicio asistencial y hospitalario cuyo objetivo principal es lograr la desintoxicación de la/s sustancia/s que motivan el ingreso. Esta Unidad dispone de seis camas repartidas en tres habitaciones dobles. Además de esta Unidad, el Hospital Monte Naranco también incorpora otras actividades especializadas de la medicina: cuidados paliativos hospitalarios y traumatología, entre otras.

Es destacable señalar que el ingreso a esta Unidad se realiza de manera voluntaria, siendo la persona protagonista de la desintoxicación la que decide si quiere o no realizar el tratamiento. Existe una lista de espera para poder acceder a este recurso de referencia del Principado de Asturias; el tiempo medio de espera puede variar de un mes a varios meses desde la solicitud de ingreso. Durante esta demora es posible que la persona haya avanzado en el empleo de sus propios recursos personales para lograr el abandono de la sustancia. A la Unidad acuden usuarios/as de todas las áreas sanitarias del Principado. Este servicio cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por una psiquiatra, una psicóloga clínica a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar por turno. El tiempo medio

de ingreso para lograr la desintoxicación es de 15 días aproximadamente, siendo variable según el tipo de adicción.

Se realizan intervenciones individuales y grupales diariamente, condicionadas tanto por los emergentes/significantes grupales diarios (Bauleo et al., 1990; Gómez Esteban, 2022) como por las inquietudes del personal sanitario. A partir de la semana de ingreso se incorpora la familia del usuario y se busca su implicación activa en el proceso (Jiménez & Díaz, 2018).

En definitiva, la Unidad de Desintoxicación no solo es un edificio ubicado en un Hospital de Oviedo, es también el lugar donde muchas personas pueden lograr no solo la abstinencia, sino también iniciar un proceso personal de cambio basado éste en el aprendizaje de un nuevo estilo de vida, en la esperanza de seguir creciendo ensayando otras formas de vivir, y en la oportunidad de ser ayudados/as, atendidos y cuidados, formando un espacio vivido de seguridad y tranquilidad donde poder reconstruirse y desarrollarse.

La importancia de la burbuja

La voz y experiencia de las personas que acuden a estos servicios es muy variada y arrastra desde atrás multitud de historias de vida, muchas de ellas con varios aspectos en común: tener algún problema con una o más sustancias, historias de trauma, dificultades en los vínculos, en el desarrollo del apego seguro, experiencias difíciles, pérdidas de trabajo, pérdidas de personas significativas y, lo más importante, haber decidido querer dejar de consumir, dejar de convivir con esas sustancias.

Un factor común entre las personas ingresadas es la percepción de estar en una burbuja. La burbuja es definida por la Real Academia Española [2022] como un “habitáculo hermético y aislado del exterior”. Para ellos y ellas, esta burbuja se identifica con un espacio de protección, de aislamiento, de seguridad, de cuidado; aspectos que, de alguna manera, habían sido des-cuidados durante tiempo antes al ingreso.

En definitiva, son numerosas las variables que intervienen y modulan la recuperación integral de una persona que ingresa en una unidad hospitalaria para un proceso de desintoxicación, ya sea de una o varias sustancias psicoactivas. Por ello, se considera de especial importancia conocer los factores que ayudan a que la persona consiga una recuperación física y psicológica en este tipo de tratamientos, con el fin de proporcionar una asistencia hospitalaria completa y que reduzca el número de recaídas. Este trabajo tiene el objetivo de conocer los factores que han ayudado a la recuperación de estas personas durante su ingreso hospitalario. Para ello se le da voz a los y las protagonistas para que, en primera persona, cuenten las experiencias y eventos que más les han resultado de utilidad. El fin último de este trabajo consiste en poder incidir en ellos incorporándolos en la dinámica hospitalaria diaria y evaluando su posterior seguimiento ambulatorio.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo con las personas que estuvieron ingresadas en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Oviedo durante los meses de mayo a septiembre de 2022 y que dieron su consentimiento. Se recogieron datos sociodemográficos (sexo y edad) y clínicos (sustancia que motiva el ingreso y antecedentes). En relación al objetivo principal del estudio, se diseñó y aplicó una entrevista semi-estructurada que incluía preguntas abiertas acerca de factores terapéuticos percibidos durante el ingreso

y recomendaciones para la mejoría futura de la calidad de la asistencia recibida. Es decir, se les preguntó qué experiencias y eventos sintieron que fueron más relevantes, desde su punto de vista personal, en su proceso de recuperación [o de abandono del consumo], y qué variables percibían que habría que cambiar o mejorar para aumentar en el futuro la calidad de la asistencia recibida. Las entrevistas se realizaron en diferentes momentos temporales; algunas se completaron en el momento del alta de la Unidad, y otras durante el seguimiento: al mes, dos y tres meses después.

Es importante destacar que todas las personas que realizaron la entrevista se encontraban al menos en la fase de preparación para la acción siguiendo el modelo de Prochaska y Diclemente [1983], mostrando actitud acorde a querer abandonar la sustancia y realizar cambios en su vida.

Análisis de datos

Para la caracterización de las variables sociodemográficas y clínicas se lleva a cabo un análisis descriptivo [estadística descriptiva] expresando las variables cualitativas o categóricas como número y/o porcentaje y las cuantitativas como medias. Para la caracterización de los factores terapéuticos percibidos y de las recomendaciones para la mejora futura de la asistencia recibida se procede a un análisis y categorización del relato de los y las participantes en el estudio.

Resultados

Datos sociodemográficos:

La muestra se compone de 20 personas: 10 hombres y 10 mujeres (edad media: 49,1 años) residentes de diferentes ciudades del Principado de Asturias.

Datos clínicos:

En relación a la sustancia principal que motivó el ingreso, la mayor parte de ellos/as lo hacían para lograr la desintoxicación a alcohol [40%]; seguido de opiáceos / heroína [15%]; alcohol y benzodiacepinas [10%]; opiáceos y cocaína [10%] y opiáceos médicos: fentanilo, tramadol [10%].

Más de la mitad de ellos, el 65%, había estado ingresado anteriormente en este servicio, mientras que para el 35% restante era su primer ingreso en un servicio de estas características. El 30% había ingresado antes en la Unidad de Psiquiatría.

Factores terapéuticos percibidos: análisis de los relatos en primera persona:

A continuación, se describen, usando la propia narrativa de los usuarios y usuarias, algunos aspectos que, desde su experiencia, ellas y ellos señalaron como clave en la construcción de la burbuja y con ello en su mejoría.

— “Es un espacio seguro y tranquilo, me siento arropado”. B., varón, 57 años.

— “Venía reacia, sin contacto con gente desde hace tiempo, solitaria, y sin embargo aquí me sentí a gusto, arropada, relajada y acompañada. Me ha ayudado tener una rutina, tomar

todas las comidas, descansar, ahora tengo menos dolores físicos. Me he sentido cuidada". G., mujer, 49 años

— "El hospital da protección, tranquilidad, estoy en una burbuja, me siento a gusto, como en una casa. También ayudar a los compañeros y sentirme ayudado..." L., varón, 53 años.

— "Sé que tengo que salir de la burbuja y me pone nervioso, aunque ahora sé qué es lo que tengo que hacer. Estoy agradecido de estar aquí, de los cuidados, de tener esta oportunidad, de haberla aprovechado, de no haberme defraudado, yo vine porque quise venir. Estoy mejor de ánimo, los compañeros te animan. También me ha ayudado mantener la organización y ponerme obligaciones que marcaban el día". L., varón, 50 años.

— "Me ha ayudado la cercanía de los compañeros y de los profesionales, aquí estás como en una burbuja, estás protegida, me da tranquilidad. Me ha dado la parte de humanidad y cercanía que necesitaba". L., mujer, 50 años.

— "Estar en contacto con compañeros, escuchar sus historias y el contacto y cuidado con los profesionales". F., 52 años.

— "Me ayudó ayudar a quien quería abandonar el ingreso, a pesar de que tú misma estés mal. Todos los días buscaba el apoyo tanto del grupo como de los profesionales. Lo que más me ayudó fue saber que podía contar con ellos". J., mujer, 54 años.

— "Aquí no tengo apetencia, aquí estás tranquilo y seguro. Te cuidan los compañeros y los profesionales, si necesitas hablar están... Fuera es distinto, fuera estás solo. Por eso estar aquí es más fácil, lo difícil es cuando sales fuera." M., varón, 50 años.

Aspectos señalados:

Analizando factores terapéuticos comunes subyacentes a los diferentes relatos se obtienen las siguientes:

1. *Sentimiento de pertenencia con el grupo.* El grupo es un soporte que ayuda a mantener la abstinencia. El hecho de conocer, conectar y vincular con otras personas sin una sustancia de por medio es una excepción a lo que habitualmente ocurre en sus vidas: el aislamiento o la no relación. Esto fomenta una de las necesidades básicas del ser humano, el sentimiento de pertenencia. Este *grupo* se formaba espontáneamente en la Unidad con las personas que ingresaban, ayudándose unas a otras en la convivencia diaria. Además, a través de los grupos psicoterapéuticos realizados en la Unidad por parte de la Psicóloga Clínica también se fomenta la cohesión, la formación grupal y la confianza. También se pone de manifiesto el cambio, la abstinencia mantenida en el tiempo, el mantenimiento de ésta a largo plazo, expresándose en forma de análisis sobre los conflictos y problemas que los integrantes traen al grupo a través de metáforas, cuentos y otros recursos literarios.
2. *Espacio de seguridad y protección dentro de la Unidad.* Destacan aspectos como la seguridad, la tranquilidad, la calma, la recuperación física que les proporciona un lugar que ellos y ellas etiquetan como protector, es un referente estable y predecible, probablemente porque los lugares, casas, comunidades donde se encuentran habitualmente no les otorga dicha sensación.

3. *Buen trato y vínculo con los compañeros y compañeras de la Unidad.* La Unidad de desintoxicación está centrada principalmente en la desintoxicación física de la sustancia, realizada principalmente a través de la farmacoterapia. Esta desintoxicación física parece colocarse en segundo plano, ya que ellos y ellas destacan el papel del apoyo social y la formación de grupo espontáneo que surge en la Unidad que así lo facilita. El vínculo y los cuidados entre las personas que allí ingresan podría estar mediado por dos factores: la autoaceptación personal en el aquí y ahora, y la aceptación de los otros como personas individuales [Casanova, 1993]. Esta aceptación es el factor más potente que contribuye al cambio.
4. *Confianza en la experiencia profesional del personal sanitario.* El personal sanitario conoce bien las peculiaridades de esta problemática y eso hace que ellos y ellas se sientan bien atendidos y comprendidos ya que están formados en los posibles escenarios que pudieran ocurrir. El hecho de confiar en sus conocimientos y habilidades les proporciona seguridad.
5. *Mantenimiento de una estructura, horarios y rutinas como organizadores de su estilo de vida.* Es habitual que las personas que ingresan llegan a la Unidad con mucha desorganización de los aspectos más básicos: aseo, alimentación, sueño. El hecho de encontrarse en un lugar donde todo ello está provisto y atendido organiza su estilo de vida.

Recomendaciones para la mejora futura de la asistencia recibida:

Se señalan aspectos como: fomentar más la cohesión grupal entre los/as usuarios/as a través de terapias psicoterapéuticas y talleres grupales, mayor flexibilidad con las normas del centro sobre cuándo ponerse en contacto con la familia y mayor énfasis en el trabajo posterior a la Unidad para el mantenimiento de la abstinencia tras el alta.

Conclusiones y mirada al futuro: metamorfosis

La sensación de “estar en una burbuja” puede ser creada por los diferentes factores individuales, vinculares y contextuales que inciden en la mejora de las personas ingresadas. Es deseable su potenciación tras el alta hospitalaria, fomentando la reconstrucción de la identidad propia sin consumo, la prevención de recaídas y la continuidad de cuidados posteriores al ingreso. Se considera deseable construir una “burbuja” que incorpore estos factores, internalizada, sana y sin sustancias. Esto se puede realizar a través de la continuidad del trabajo psicoterapéutico en formato grupal de manera ambulatoria en otros contextos comunitarios, manteniendo lo construido en la unidad a través de la burbuja. Se podrían trabajar aspectos anteriormente descritos: el sentimiento de pertenencia, el trabajo por un proyecto común a través del apoyo mutuo y la participación activa [Bauleo et al., 1990] dando así lugar a la metamorfosis o re-construcción de la identidad personal.

Interesa señalar que algunas de estas temáticas señaladas en este estudio son coherentes o coincidentes con los factores terapéuticos sanadores que operan en una psicoterapia grupal según la aportación existencial de Yalom. Estos factores sanadores son los siguientes: infundir esperanza, universalidad, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento imitativo, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, factores existenciales, cohesión del grupo y aprendizaje interpersonal [Yalom, 2000; Vinogradov & Yalom, 2019].

Pero la burbuja no tiene voluntad de encierro permanente, sino de posibilidad de conexión con lo fundamental y posibilidad de cambios concretos. Por eso se habla de la burbuja como un momento de metamorfosis entendida como proceso de transformación y también de conservación. En este proceso, la idea de burbuja es esencial, ya que mientras están en la burbuja las personas con adicción descubren, recuerdan, lo que deben conservar y es esencial en sus vidas: su salud, su cuerpo, los vínculos que cuidan. Esto es así desde que nacieron y puede que en determinados momentos de sus vidas lo hayan dejado en segundo plano. A través del contacto con la burbuja conectan con ello, para conservarlo de nuevo y así poder seguir transformando y transformándose, consiguiendo salir de la burbuja viviendo una vida más saludable con los apoyos adecuados.

En definitiva, se trata de construir entornos comunitarios seguros fuera de la Unidad (en centros sociales, contextos ambulatorios, asociaciones, espacios en la comunidad...) teniendo en cuenta lo que en ésta se crea: burbujas sanadoras individualizadas en las que puedan vivir y participar las personas, que ayuden a conservar lo esencial en sus vidas y re-construir lo dañado, perdurando el efecto curativo nacido en la Unidad.

Referencias

Bauleo, A., Duro, C.J., & Vignale, R. [Coords.] [1990]. *La Concepción Operativa de Grupo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Casanova, E. M. [1993]. El desarrollo del concepto de sí mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(2), 177-186. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2383842>.

Díaz, T., Pereira, I., & Concha, V. [2018]. El grupo y el flautista: una visión aprovechando la mirada valiente de una residente de psicología. En J.M. Jiménez y T. Díaz (Dirs.), *Casos prácticos para la supervisión en grupo* (pp. 111-120). Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis [SEGPA].

Espinoza Chaparro, C., Pavez González, R., Spencer Contreras, R., Fresno Rodríguez, A., Palomo Vélez, G., & Campos Soto, S. [2022]. Apego y apoyo social percibido en adultos con consumo problemático de sustancias. *Revista Interamericana de Psicología*, 56(1), e1248. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v56i1.1248>.

Gómez Esteban, R. [2022]. Clínica Grupal Operativa: ¿Un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones de salud mental? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 42(142), 109-136.

Maturana, H., & Dávila, X. [2021]. *La revolución reflexiva*, Paidós.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. [1983]. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>.

Real Academia Española [2022]. *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea]. <https://dle.rae.es>.

Sánchez Hervás, E., & Tomás Gradolí, V. [1997]. Un modelo de intervención en la deshabituación a drogas. *Análisis y Modificación de conducta*, 23[21], 671-693. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070513>.

Vinogradov, S., & Yalom, I.D. [2019]. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.

Yalom, I.D. [2000]. *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Suicidio en población vulnerable: factores de riesgo y protección

Andrea Berros Vallina¹ y María Luz Rivero-Díaz²

¹ Teléfono de la Esperanza [andreaberros@gmail.com]

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [mariluzriverodiaz@gmail.com]

Resumen

El suicidio es un grave problema de salud pública. Es la principal causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años y de muerte externa en adultos. La Organización Mundial de la Salud divide los factores de riesgo de suicidio en varios bloques en función de su origen. Uno de ellos, se corresponde con los factores individuales. En él se hace referencia a la mayor vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales que sufren algún tipo de discriminación o exclusión, como las personas desempleadas, con empleo precario o población reclusa; otro bloque corresponde a los factores comunitarios, en el que se sitúan las víctimas de violencia de género o el colectivo LGTBI+. Lo anterior nos indica que, a pesar de que ningún grupo social o etario está exento del fenómeno del suicidio, éste no se da en la misma proporción poblacional. El suicidio es un problema multifactorial que se puede evitar o reducir con las estrategias de prevención adecuadas que consideren los factores de riesgo, protección y la intersección de otros condicionantes sociales. El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión sobre factores de riesgo de suicidio en población reclusa, desempleo, empleados de fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y personas LGTBI+.

Introducción

Si bien es cierto que actualmente no existe un acuerdo unánime a la hora de definir la conducta suicida, una de las más aceptadas y conocidas (García-Haro et al., 2023) es la proporcionada por la Organización Mundial de la Salud en 1986. En ella se define suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

El suicidio es un grave problema de salud pública. En España, el último informe del Instituto Nacional de Estadística (INE) lo sitúa como la principal causa de muerte externa (por delante de las caídas accidentales, el ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales). Durante el 2021 se produjeron más de 4.000 fallecimientos por este motivo, incrementándose un 1,6% respecto a 2020 (INE, 2022). El citado informe también aporta datos del primer semestre del año 2022 que indican que la tasa de suicidios continúa en tendencia ascendente.

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal que depende de factores sociales y culturales interactuando entre sí (Al-Halabí et al., 2022; Anseán, 2014). Son numerosos y variados los factores de riesgo asociados al mismo (Navío & Villoria, 2014). Para desentrañar esta complejidad, la OMS (2014) dividió los factores de riesgo en cinco grupos:

- **Sistemas de salud:** referido a las dificultades para obtener acceso a los servicios prestados por los mismos.
- **Sociedad:** en este grupo se hace referencia al acceso de medios empleados para el suicidio, los efectos ocasionados por la mala praxis de los medios de comunicación al informar sobre este tipo de sucesos y, por último, el estigma que acompaña al individuo cuando trata de buscar ayuda en esta situación.
- **Comunidad:** se incluyen aquí los efectos ocasionados por desastres, guerras, aculturación, estrés por desplazamientos, situaciones de discriminación, traumas o abusos.
- **Relaciones:** compuestos por las situaciones de carencia de apoyo social, aislamiento, conflictos relacionales, pérdidas...
- **Individuales:** este último grupo engloba, entre otros aspectos, los trastornos mentales, el consumo nocivo de sustancias, la desesperanza, antecedentes familiares por suicidio, intentos de suicidio anteriores, pérdida de empleo, falta de recursos económicos, etc.

Tradicionalmente, grupos poblacionales como refugiados, personas LGTBI+, población reclusa, víctimas de violencia de género, personas empleadas en profesiones concretas o desempleadas, personas sin hogar, adolescentes y personas con trastorno por consumo de sustancias, entre otros muchos, presentan una mayor vulnerabilidad ante el suicidio [Navío & Pérez-Sola, 2020; OMS, 2021; López-Alarcón, 2021; López-Vega et al., 2023]. Las razones que lo explican son varias. Por una parte, pertenecer a estos grupos sociales conlleva disponer de unos condicionantes sociales, culturales, económicos y situacionales que determinan y repercuten de forma negativa en la salud mental de la población. Dichos condicionantes se dividen en variables macro y micro [López-Vega et al., 2023]. Las variables macro se refieren al contexto socioeconómico y político que determina de forma fundamental las posibilidades de desarrollo de la población. Es a partir de éste, y vehiculado a través de la ideología, las normas y los valores de época, del que surge también la influencia de la política sanitaria y social en las conductas suicidas [López-Vega et al., 2023]. La influencia no termina ahí. En el interior de este contexto macro se dan diferencias a nivel individual [micro] que corresponden con las diferentes variables sociodemográficas que se distribuyen en la población [edad, sexo, ocupación, salud mental, condiciones laborales y vitales, etc.]. Estos grandes grupos de variables [macro y micro] son los que confluyen para generar grupos poblacionales con un mayor riesgo de presentar conducta suicida [López-Vega et al., 2023]. En relación con los factores anteriormente expuestos, en el presente artículo nos centraremos en la exposición y revisión de los factores de riesgo y altas tasas de suicidio que tienen lugar en algunos grupos poblacionales vulnerables y discriminados.

Cabe destacar, aunque resulte obvio, que la conducta suicida afecta de forma dramática no solo a la persona que lo lleva a cabo o lo intenta, sino al resto de personas que forman parte de su círculo familiar y social, quienes sufren una doble victimización: la primera ocasionada por el suceso ocurrido; la segunda por la desprotección institucional que existe actualmente en nuestro país: es esencial recibir apoyo del entorno próximo e institucional [Al-Halabi et al., 2022].

Ante esta grave y compleja problemática, la OMS [2014, 2021] destaca la importancia de desarrollar e implantar estrategias preventivas multisectoriales por parte de todos los paí-

ses, siempre sustentadas en evidencia científica y que a menudo tienen bajo costo. Estas estrategias de prevención se clasifican en tres bloques en función de la población a la que van dirigida: pueden ser universales [si van dirigidas a toda la población]; selectivas [si van dirigidas a un grupo específico de la misma]; o indicadas [si se aplican sobre individuos que muestran síntomas relacionados con la conducta suicida] (Navío & Pérez-Sola, 2020).

Como afirman Al-Halabí et al. [2022] “el suicidio es prevenible” y el objetivo del presente trabajo es poner de manifiesto la importancia de detectar a dichos grupos poblacionales especialmente vulnerables, así como su exposición a los diversos factores de riesgo, tan esencial para poder llevar a cabo labores de prevención eficaces (López, 2021). En concreto, para ajustarnos a la extensión delimitada por la organización, nos centraremos en tres grupos poblacionales: la población reclusa, los trabajadores de determinadas profesiones o desempleados y población LGTBI+.

Población reclusa

La OMS [2022] en su “Informe de estado sobre la salud penitenciaria en la Región Europea” concluyó que la causa de muerte más frecuente en los centros penitenciarios fue el suicidio, incluso por delante del consumo de drogas. Al mismo tiempo, en España el suicidio constituyó la segunda causa de muerte externa en la población penitenciaria tanto en 2019 como en 2020, poniéndose así por delante del consumo nocivo de sustancias estupeficientes [Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2021]. Ante dicha problemática, en España, se instaura en 2005 un Programa Marco de Prevención de Suicidios. Este programa fue revisado posteriormente debido a que no estaba teniendo los efectos deseados. Dicha revisión ha dado lugar al actualmente vigente “Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014” (Illana & Thomas, 2021). El citado programa está dirigido a los profesionales de los centros penitenciarios con el fin de detectar aquellas situaciones de alto riesgo de suicidio, así como para poner en marcha intervenciones que permitan evitarla [Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2021].

Respecto a los factores de riesgo presentes en la población penitenciaria, cabe destacar que la mera privación de libertad ya propicia un cambio o disminución de relaciones y apoyos sociales, una abstinencia de posibles consumos previos de drogas, falta de intimidad, aparición de conflictos con otros reclusos, pérdida de empleo, entre otros. En definitiva, la situación de privación de libertad supone la ruptura de las rutinas del individuo que, unido a un ambiente hostil y autoritario al que la persona no está acostumbrada, puede suponer un gran factor estresante. Este estrés adicional puede desembocar o agravar determinados trastornos mentales, los cuales constituyen uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida (Markez et al, 2022, Illana & Thomas, 2021, OMS, 2021).

La pronta detección de los factores de riesgo anteriormente mencionados es de vital importancia para el desarrollo de la labor preventiva. Recientes investigaciones destacan la importancia de acompañar a la población, facilitar el contacto familiar, el acceso a cuidados médicos y psicológicos, fomentar y favorecer el establecimiento de nuevas relaciones sociales, etc. Todo ello con el fin de proporcionar a la persona un apoyo profesional para fomentar su adaptación en un entorno novedoso y desconocido (Illana & Thomas, 2021, López-Vega et al., 2023).

Por lo anteriormente expuesto queda reflejado que, al igual que se mencionó en la introducción del presente trabajo y al igual que en el resto de las poblaciones, el suicidio es un fenómeno sumamente complejo y de carácter multifactorial (Fazel et al., 2018).

Si bien las dimensiones de esta pequeña revisión no nos permiten abordar exhaustivamente este fenómeno en el entorno penitenciario, nos gustaría destacar dos momentos cruciales en los que el riesgo de suicidio es mayor en los individuos: los momentos iniciales del ingreso y los de excarcelación, pues serían dos momentos claves a tener en cuenta para llevar desarrollar e implementar protocolos de prevención [López-Vega et al., 2023].

Empleo, desempleo y suicidio

El acceso a un trabajo digno y de calidad es un indudable factor protector ante cualquier problema de salud mental. Supone un medio de vida para la persona que lo desempeña, proporciona rutinas estructuradas, un propósito o favorece la creación de relaciones sociales, entre otros. Esto puede contribuir a la inclusión social de los trabajadores, así como suponer un apoyo en la mejora de su salud mental [OMS, 2022]. Si bien un entorno laboral seguro puede tener numerosos beneficios para los empleados, también puede convertirse en un lugar hostil que empeore los problemas de estos causando problemas en su salud mental, en su bienestar social y aumentando el riesgo de aparición de ideas o conductas que puedan desembocar en el suicidio [Laborda, 2017; Vázquez, 2022; OMS, 2022].

Atendiendo al análisis de la conducta suicida en el contexto laboral, hay una serie de factores de riesgo que la comunidad científica destaca. Además de la presencia de trastornos mentales, se menciona la presencia de tres variables psicosociales relevantes: el estrés laboral, el burnout y el *mobbing*. La carga excesiva de trabajo, la inflexibilidad de los horarios que impiden la conciliación familiar, la desorganización de las tareas a desempeñar, la falta de apoyo en las mismas, el acoso laboral, un liderazgo inadecuado, la inseguridad laboral, una insuficiente remuneración o un ambiente discriminatorio, son algunos de los factores de riesgo en dicho contexto y que por lo tanto deben ser tenidos en cuenta a la hora de llevar a cabo la labor preventiva [Laborda, 2017; Amezcua, 2021; OMS, 2022].

En nuestro país, hay algunas profesiones más vulnerables de ser víctimas del presente fenómeno: las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los profesionales sanitarios [Vázquez, 2022; López-Vega, 2023]. En concreto, en la investigación de López-Vega et al. (2018), se observó que la tasa de suicidios en los miembros del cuerpo de la Guardia Civil fue de 16,43, y la de la Policía Nacional de 12,82 mientras que la de la población general fue de 11,78. Su autor destaca, centrándose en la Guardia Civil, que dicha tasa está relacionada con las condiciones laborales a las que están sometidos, las características de sus tareas, el continuo contacto con situaciones estresantes o de crisis, así como la estructura jerárquica y disciplinaria que implica la naturaleza militar del cuerpo, lo que concuerda con los factores de riesgo anteriormente mencionados.

En relación con el impacto que tienen las características del entorno laboral en la salud de los empleados resulta evidente la necesidad de implementar planes de Salud Mental en las Organizaciones que permitan generar un clima sano y seguro [Amezcua, 2021; Vázquez 2022]. Con el fin de diseñar y poner en marcha planes de prevención eficaces para enfrentarnos a esta lacra social en el ámbito laboral, se propone concienciar e informar a los empleados acerca de los mitos y el estigma que rodean al suicidio, favorecer las relaciones sociales y la comunicación, facilitar el acceso de los mismos a atención psicológica especializada y restringir el acceso a medios letales, con el fin de prevenir, detectar o intervenir sobre los factores de riesgo de dicha conducta [Laborda, 2017; López-Vega, 2018].

Orientación sexual, identidad de género y suicidio

La ideación suicida es mayor en población LGBTBI+ que en población heterosexual [Ceballos Mora et al., 2021; DuRant, Krowchuk & Sinal, 1998; Falkner & Cranston, 1998; Garofalo, Wolf, Kessel et al., 1998; Russell & Joyner, 2001]. La investigación científica propone varias explicaciones para esta diferencia de tasas. Una de ellas es que las personas LGBTBI+ se ven sometidas a estresores adicionales por su orientación sexual o identidad de género que tienen que ver con la experimentación u observación contextual de situaciones de hostilidad en el contexto educativo, laboral, social y/o familiar [Meyer, 2003].

El *Modelo de Estrés de Minorías* de Meyer [2003] explica la relación que se establece entre estos procesos. Según este modelo, las personas LGBTBI+, al igual que el resto de la población, se enfrentan a condicionantes experienciales y vitales de base relacionados con su situación socioeconómica. Por otra parte, y de forma sumativa, las personas LGBTBI+ afrontan un estrés derivado de la discriminación a la que se ven expuestos por su orientación sexual e identidad de género. Este estrés adicional se relaciona con mayores niveles de enfermedades físicas, problemas de salud mental e intentos de suicidio [Flentje et al., 2020; Meyer, 2003; Miranda-Mendizábal et al., 2017; Poteat et al., 2021]. En definitiva, la hostilidad y discriminación se relacionan, a través de las consecuencias psicológicas y psicosociales, con los intentos de suicidio.

Para comprender el fenómeno es esencial tener en cuenta que estas situaciones discriminatorias y sus consecuencias se ven intensificadas o reducidas por las diferentes particularidades sociodemográficas e intersecciones de clase social, género y edad que se dan en la población LGBTBI+.

En este sentido, resulta especialmente relevante la variable seguridad económica y el nivel ingresos. Disponer de una mejor condición económica permite más flexibilidad para elegir un buen empleo, cambiar a uno que disponga de un mejor ambiente laboral o reducir las consecuencias negativas derivadas de la incertidumbre por la posible pérdida de este [Allan et al., 2019]. La orientación sexual es, también, determinante. Los empleados bisexuales sufren más enfermedades físicas, mayor malestar psicológico y son menos abiertos sobre su orientación sexual en el trabajo que las personas lesbianas y gais [Arena & Jones, 2017]. Por último, es especialmente importante el análisis del efecto de la identidad de género. El 34% de los trans se había sentido discriminado en el ámbito laboral siendo esta cifra muy superior a lesbianas (18 %), gais (17%) y bisexuales (19% mujeres y 22% hombres) [FRA, 2020]. Los empleados trans tienen dificultad para mantener el puesto de trabajo durante el proceso de reasignación y usualmente padecen dificultades para poder renovar su contrato [CCOO y FELGTB, 2016].

Como decíamos, las mayores tasas de ideación suicida entre población LGBTBI+ en comparación con la población heterosexual se relacionan con una mayor prevalencia de consecuencias psicológicas negativas que generan los contextos de hostilidad y discriminación laborales, educativos, familiares y sociales.

Las variables psicológicas que explican este nexo son la presencia de mayores síntomas depresivos, mayores frecuencias de ocultamiento, reducido apoyo social y mayores síntomas de ansiedad [Langhinrichsen-Rohling, Lamis & Malone, 2011; Irwin & Austin, 2013; Costa, Pereira & Leal, 2013].

En un análisis interseccional, dentro de la población LGBTBI+ existen condicionantes sociales que amplifican estas consecuencias negativas. Los más relevantes son: ser transgénero, ser joven o adolescente [Haas et al., 2011], pertenecer a una clase social baja o situación

socioeconómica desfavorecida [Paul et al., 2002] y estar en situación de desempleo o en un empleo de carácter precario. Obviamente estos factores no han de tomarse de forma individual sino integral.

Como factor protector, las personas LGTBI+ que son objeto de la hostilidad pueden poner en marcha estrategias de afrontamiento para amortiguar las consecuencias negativas de la hostilidad. Una estrategia de afrontamiento eficaz es disponer de redes y contextos de apoyo [Meyer, 2003]. Por ello, la discriminación percibida se ve atenuada por el apoyo social recibido, lo que reduce las consecuencias psicosociales y psicológicas negativas en los empleados LGTBI+.

La intervención en ámbitos educativos, laborales y sociales de carácter preventivo y radical, favoreciendo contextos de apoyo social y mejoras en el ámbito sociolaboral y de condiciones laborales, disminuirá las consecuencias negativas de la hostilidad en la salud mental de las personas LGTBI+ y, por tanto, reducirá las ideaciones suicidas e intentos de suicidio en esta población.

Conclusiones

Como se deduce tras lo comentado a lo largo del capítulo, existen determinados grupos poblacionales con un mayor riesgo de presentar diferentes conductas suicidas. La distribución del riesgo del suicidio en la población no es homogénea ni atiende a condiciones azarosas, sino que responde a determinantes sociales. Como hemos visto, estos determinantes actúan desde varios niveles: a nivel macro, a través de condicionantes socioeconómicos y políticos; y a nivel micro, a través de las diferentes interseccionalidades demográficas que se dan en la población. A su vez, estas intersecciones confluyen con las variables macro, generando trayectorias vitales con una mayor acumulación de factores de riesgo de conductas suicidas.

Por otra parte, un conocimiento profundo y transversal de la conducta suicida nos facilitará las herramientas para prevenirlo. Tras este análisis, observamos cómo la mejora de las condiciones de vida de las personas puede incidir de forma positiva en la reducción del riesgo de conductas suicidas. Por otra parte, el apoyo social resulta esencial para disminuir estas altas tasas. Se requiere una mayor investigación y profundización de las realidades de los grupos poblacionales con mayor riesgo para resaltar los mecanismos que inciden en el surgimiento de esas conductas suicidas.

Referencias

Al-Halabí, S., Vega, D., García, F., & Fonseca-Pedrero, E. [2022]. *La conducta suicida: un problema de salud pública urgente*. *Infocop*. 96. 5-7.

Allan, B. A., Tebbe, E. A., Bouchard, L. M., & Duffy, R. D. [2019]. Access to Decent and Meaningful Work in a Sexual Minority Population. *Journal of Career Assessment*, 27(3), 408–421. <https://doi.org/10.1177/1069072718758064>.

Alarcón, D. L. [2021]. El suicidio: grupos de alto riesgo y grupos vulnerables. *RINED: Revista de Recursos para la Inclusión Educativa*, 1(1), 29-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8045898>.

Arena, D. F., & Jones, K. P. [2017]. To “B” or not to “B”: Assessing the disclosure dilemma of bisexual individuals at work. *Journal of Vocational Behavior*, 13(1), 122–137.

Amezcuá, E. [2021]. El enfoque psicosocial del suicidio en el ámbito laboral: prevención y manejo del riesgo autolítico. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*. CEF, 456, 211-246 <https://revistas.cef.udima.es/index.php/rtss/article/view/2352/1970>.

Ceballos Mora, A.K., Zambrano Guerrero, C.A., Villalobos Galvis, F.H., & Guerrero Caicedo, Sara Natalia. [2021]. Reconocimiento de la homosexualidad, apoyo social, depresión e ideación suicida en personas homosexuales. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342120>.

Comisiones Obreras y Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales. [2016]. *Personas trans en el ámbito laboral. Guía para el proceso de transición*. <http://www.felgtb.org/realidadestrans/documentacion/i/11927/240/personas-trans-en-el-ambito-laboral-guia-para-el-proceso-de-transicion>.

Costa, P. A., Pereira, H., & Leal, I. [2013]. Internalized homonegativity, disclosure, and acceptance of sexual orientation in a sample of Portuguese gay and bisexual men, and lesbian and bisexual women. *Journal of Bisexuality*, 13(2), 229–244. <https://doi.org/10.1080/15299716.2013.782481>.

DuRant, R. H., Krowchuk, D. P., & Sinal, S. H. [1998]. Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior. *The Journal of pediatrics*, 133(1), 113–118. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(98\)70189-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(98)70189-1).

European Union Agency for Fundamental Right. [2020]. *A long way to go for LGBTI equality*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf.

Faulkner, A. H., & Cranston, K. [1998]. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*, 88(2), 262–266. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.2.262>.

Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. [2017]. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The lancet. Psychiatry*, 4(12), 946–952. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3).

Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. [2020]. The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 43(5), 673–694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>.

García-Haro, J. [2023]. Editorial del monográfico “Suicidios: Miradas desde el sentido”. *Revista de Psicoterapia*. 34. 1-9. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124>.

Garofalo, R., Wolf, R. C., Kessel, S., Palfrey, S. J., & DuRant, R. H. [1998]. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 101(5), 895–902. <https://doi.org/10.1542/peds.101.5.895>.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., Brown, G. K.,... Clayton, P. J. [2011]. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and

recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>.

Illana, I., & Thomas, H. [2021]. Propuesta de un Programa de prevención del suicidio en la cárcel. *Behavior & Law Journal*, 7(1), 23–34. <https://doi.org/10.47442/blj.v7.i1.85>.

INFOCOP [2018, 28 de marzo]. La Psicología tiene un amplio campo de desarrollo en el suicidio general, y en particular cuando se trata de cuerpos policiales-Entrevista a Daniel López Vega. INFOCOP. https://www3.infocop.es/la-psicologia-tiene-un-amplio-campo-de-desarrollo-en-el-suicidio-general-y-en-particular-cuando-se-trata-de-cuerpos-policiales-entrevista-a-daniel-lopez/page/3/?et_blog.

Instituto Nacional de Estadística (INE). [2022]. *Defunciones según la causa de muerte*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf.

Irwin, J. A., & Austin, E. L. [2013]. Suicide ideation and suicide attempts among White Southern lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(1), 4–20. <https://doi.org/10.1080/19359705.2012.711552>.

Laborda, N. [2017]. *El Tratamiento del Suicidio desde la Prevención de los Riesgos Laborales*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/64213/files/TAZ-TFG-2017-2264.pdf>.

Langhinrichsen-Rohling, J., Lamis, D. A., & Malone, P. S. [2011]. Sexual attraction status and adolescent suicide proneness: the roles of hopelessness, depression, and social support. *Journal of homosexuality*, 58(1), 52–82. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.533628>.

López-Alarcón, D. [2021]. El suicidio. Grupos de alto riesgo y grupos vulnerables. *RINED, Revista de Recursos para la Educación Inclusiva*, 7(1).

López-Vega, D., Morell, M. F., & Del Río, F. J. [2023]. Colectivos vulnerables para la conducta suicida. En Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* [pp. 235–265]. Pirámide.

Markez, I., Gordaliza, A., & Casaus, P. [2022]. Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 187–205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352022000100012>.

Meyer, I. H. [2003]. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M., . . . Alonso, J. [2017]. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 77–87. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345>.

Navío, M. y Villoria, L. [2014]. Factores de riesgo de la conducta suicida. En A. Anseán (Ed.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la Conducta Suicida*. [pp. 117–194]. Fundación Salud Mental España.

Navío, M., & Pérez-Sola, V. [eds.] (2020). *Depresión y suicidio 2020: Documento Estratégico para la promoción de la Salud Mental*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-suicidio-2020.pdf>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1986). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK. WHO Regional Office for Europe. [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\[S\]](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017[S].).

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *La Salud Mental en el Trabajo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.

Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. (2022). *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365977>.

Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., Binson, D., & Stall, R. (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1338–1345. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1338>.

Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I.H. (2021). Cardiovascular Disease in a Population-Based Sample of Transgender and Cisgender Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>.

Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1276–1281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1276>.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2021). *Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020*. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2021_12615039X.pdf.

Status report on prison health in the WHO European Region 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289058674>.

Vázquez, M. (26 de febrero de 2023). *Suicidio en las empresas. Una realidad emergente*. <https://www.copmadrid.org/wp/suicidio-en-las-empresas-una-realidad-emergente/>.

El aislamiento social en las personas con Trastorno Mental Grave

Laura Cano de Lera¹, Noelia Pablos Ballesteros², Paloma Aranguren Rico³ y Luis Jesús Díaz Gutiérrez⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [auracanodelera1@gmail.com]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [noelia.pablos@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias [luisjesus.diaz@sespa.es]

Resumen

Diversos estudios constatan que las redes sociales de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) tienden a ser más reducidas que en la población general. Esto es el resultado de un aislamiento social que en algunos casos se gesta desde la etapa escolar y en otros a raíz del diagnóstico de TMG.

El apoyo social percibido está estrechamente relacionado con la calidad de vida, con el bienestar psicológico, con una menor presencia de psicopatología y con menos ingresos hospitalarios. Esto debería colocar a las intervenciones dirigidas a aumentar la red social de esta población en un primer plano, una vez conseguida la estabilización psicopatológica.

Sin embargo, es un área de intervención a la que actualmente se le presta escasa atención, estando muchas veces los programas de tratamiento más dirigidos a la reducción de síntomas que al aumento de la calidad de vida de los pacientes, que implica necesariamente una mejora de la cantidad y la calidad de sus relaciones sociales.

Con frecuencia, la red social de estas personas se compone por un lado por su familia y por otro por los profesionales que les atienden, con los que en muchas ocasiones, cuando el trastorno se cronifica, se mantiene un vínculo terapéutico durante años. En caso de existir vínculos con su grupo de iguales, éstos suelen crearse con personas que acuden a los dispositivos de la red de salud mental.

Uno de los principales escollos a la hora de crear redes sociales ajenas a la salud mental es el estigma que rodea a las personas con TMG. A pesar de los avances de los últimos años, aún prevalecen muchos prejuicios en la sociedad, incluidas en las propias personas con TMG. Hablaríamos en este caso de autoestigma. El autoestigma provoca que estas personas no se atrevan a implicarse en relaciones sociales por miedo a que descubran que tienen un trastorno mental o a que se les trate de un modo diferencial, y que por lo tanto eviten las actividades en las que sea necesario interactuar con otras personas.

Es por lo tanto necesario diseñar intervenciones dirigidas a fomentar las redes sociales de esta población en su comunidad, ayudando de esta manera a reducir el estigma y aumentando su calidad de vida.

Introducción

El término Trastorno Mental Grave (TMG) se utiliza para designar a los trastornos del espectro psicótico, y algunos trastornos de la personalidad, de duración prolongada (al menos dos años) que conllevan un grado de discapacidad entre moderado y severo debido a una afectación del funcionamiento laboral, social y familiar (Conejo y cols., 2014).

En cuanto al concepto de red social, Elkaïm, (1987, como se citó en Trijueque, 2011) afirma que *es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia.*

En términos contextuales, serían aquellas personas que, siguiendo la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner, se encontrarían en el nivel “microsistema”, es decir, todas aquellas personas que tienen contacto directo con el sujeto.

La literatura científica indica que las personas con TMG suelen poseer redes sociales que tienden a ser más reducidas y, en ocasiones, disfuncionales. Esto es el resultado de un aislamiento social que, en algunos casos se gesta desde las primeras etapas de la vida y en otros, a raíz del diagnóstico de TMG. Las redes sociales de estas personas suelen componerse mayormente de integrantes de la familia de origen, que suelen además asumir el rol de cuidadores, siendo escasos los vínculos con personas pertenecientes los grupos de “amigos” u otros significativos. La categoría de “amigos” con frecuencia está compuesta por otros usuarios de los dispositivos de Salud Mental, sobre todo a medida que avanza el tiempo desde el diagnóstico, y por ende se pasa más tiempo en los recursos asistenciales de salud mental (Albert et al., 1998). En muchas ocasiones, estas personas manifiestan un deseo de aumentar sus contactos sociales, aunque en el proceso se encuentran con numerosos obstáculos que veremos más adelante.

Sin embargo, tener una amplia red social no significa lo mismo que tener apoyo social. El apoyo social es una medida más subjetiva, que tiene que ver más con la cualidad afectiva de las interacciones sociales. Esta variable ha sido objeto de numerosas investigaciones que ponen sobre la mesa su importancia en términos de salud, tanto física como mental. El apoyo social en todas sus dimensiones está asociado con la calidad de vida, y juntas predicen hasta un 37% de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de calidad de vida (Ruíz et al., 2017). Es además un factor de protección frente al estrés, jugando un papel amortiguador entre éste y la salud del individuo. El apoyo social también ha sido considerado por las personas con TMG como el segundo factor más influyente en el proceso de recuperación personal del trastorno mental, por encima de otros como el tratamiento recibido o el vínculo con los profesionales de referencia (Law & Morrison, 2014). También está estrechamente relacionado con el bienestar psicológico, con una menor presencia de psicopatología y con un menor número de ingresos hospitalarios.

Esto debería colocar a las intervenciones dirigidas a aumentar la red social de esta población en un primer plano, una vez conseguida la estabilización psicopatológica. Sin embargo, es un área de intervención a la que actualmente se le presta escasa atención, estando muchas veces los programas de tratamiento más dirigidos a la reducción de síntomas que al aumento de la calidad de vida de los pacientes, que implica necesariamente una mejora de la cantidad y la calidad de sus relaciones sociales.

Intervenciones centradas en el apoyo/red social

Las intervenciones que tienen como objetivo mejorar la red o el apoyo social de las personas con TMG suelen estar articuladas en torno a las siguientes dimensiones (Ruiz et al., 2017):

- Apoyos proporcionados para estructurar la vida cotidiana y promover una vida independiente.
- Fomento de la participación social a través de la inclusión en actividades ofertadas por el contexto comunitario.
- Disposición de oportunidades para acceder al mercado laboral
- Atención a la familia.

Como se puede observar, aunque el trabajo en estas áreas es sin duda beneficioso para aumentar el apoyo social, de todas ellas, la única que incide directamente en la red social de la persona es la segunda.

La primera dimensión es imprescindible para la rehabilitación de las personas con TMG. Contar con unas rutinas y horarios estructurados, así como entrenar habilidades instrumentales de la vida diaria es la piedra angular sobre la que se asienta la rehabilitación. Sin realizar este trabajo previo es muy difícil trabajar sobre lo social.

Respecto a las intervenciones dirigidas a aumentar las oportunidades para acceder al mercado laboral, se trata de un tipo de intervenciones que deben ir de la mano de las intervenciones comunitarias. El contexto comunitario y el contexto laboral son dos contextos claves en cuanto a redes sociales se refiere, en cuanto a que son aquellos de donde proceden la mayor parte de los vínculos que establecemos durante la vida adulta.

Un empleo estable puede producir mejoras en la calidad de vida de la persona, a través de la mejora en la sintomatología del trastorno mental y en la autoestima (Naranjo-Valentín et al., 2018). Estas personas tienen especialmente difícil el acceso al mercado laboral por múltiples razones. Así pues, las intervenciones que tengan como fin aumentar sus posibilidades en este contexto, no solo aumentarán su contacto social, también mejorarán su situación financiera, proveerá estructura y significado a sus vidas, facilitando a la persona un proceso de empoderamiento (Monferrer, Carrasco & Mir, 2020).

En cuanto a la atención a las familias, se sabe que el apoyo social percibido por parte de la familia reduce el tiempo de reacción en caso de brote o crisis psicótica, lo cual contribuye a que el periodo de recuperación sea menor.

En cuanto a programas concretos para aumentar las redes sociales o el apoyo social de las personas con TMG, actualmente existen programas de prevención de psicosis, como el *Recognition and Prevention Program* de Nueva York que trabaja sobre los factores de riesgo de la psicosis e incluye entre ellos el aislamiento social (Artigue & Tizón, 2013).

En España, contamos por ejemplo con los “Centros de Día de Soporte Social” de la Comunidad de Madrid, que tienen como objetivo “el incremento de las redes sociales a través de sus programas de soporte social” (M.T. Ruiz Jiménez et al., 2017)

El papel del apoyo social en la construcción de la identidad

La identidad se va formando a través de identificaciones y diferenciaciones con nuestras figuras de apego, es un proceso en el que lo social juega un papel primordial. Todo lo que ocurre a nivel intrapsíquico, ocurre primero a nivel intersíquico. Esta idea fue defendida por Vygotski en su formulación de la “Ley de la doble formación de los procesos psicológicos de orden superior”. Los niños, cuando desarrollan alguna habilidad, primero lo hacen con ayuda de otra persona [lo que Vygotski definió como “Zona de Desarrollo Próximo”] y más adelante lo empiezan a hacer por sí mismos sin ningún otro apoyo exterior. “En este espacio a través de la interacción social se produce el paso de la regulación interpsicológica a la intrapsicológica” [Vielma & Salas, 2000]. Del mismo modo, los otros juegan un papel fundamental en la formación de nuestro autoconcepto.

En las personas con TMG, el inicio del trastorno supone una ruptura biográfica, que en muchos casos afecta gravemente a la identidad. Una parte importante del proceso de recuperación tiene que ver con la reconstrucción de la identidad, en la que el rol de “enfermo” muchas veces ocupa un lugar central, con todo lo que ello implica. Si tenemos en cuenta lo comentado anteriormente, nos daremos cuenta de que la red social de la persona va a jugar un papel determinante en cómo sea este proceso de reconstrucción, así como en la riqueza y en la cualidad salutógena de este nuevo autoconcepto.

Existen dos dimensiones del autoconcepto cuya relevancia en la vida de la persona merecen un apartado propio y que abordaremos a continuación.

Estigma y autoestigma

Como ya hemos comentado anteriormente, la red social de las personas con TMG en muchas ocasiones está compuesta principalmente por miembros de su familia de origen y por otros significativos que tienen algún tipo de vinculación a los servicios de salud mental. Los vínculos previos a la “ruptura biográfica” a la que hacíamos referencia en el apartado anterior suelen ser escasos. Esto tiene una gran relación con el estigma y el autoestigma.

Uno de los principales escollos a la hora de crear redes sociales ajenas a la salud mental es el estigma que rodea a las personas con TMG. A pesar de los avances de los últimos años en materia de inclusión social, aún prevalecen muchos estereotipos en la sociedad, los cuales en muchas ocasiones son asumidos incluso por las propias personas con TMG. Hablaríamos en este caso de autoestigma. El autoestigma provoca que estas personas no se atrevan a implicarse en relaciones sociales por miedo a que descubran que tienen un trastorno mental o a que se les trate de un modo diferencial, y que por lo tanto eviten las actividades en las que sea necesario interactuar con otras personas.

El miedo a que se les trate de forma discriminatoria debido a su diagnóstico favorece su aislamiento social, siendo este un factor de riesgo en su salud, ya que dificulta la búsqueda de ayuda [Martínez-Felix, Ferrer-Yerves & Martínez-Martínez, 2020].

El autoestigma dificulta las ya pocas oportunidades de inserción en la educación, el empleo y la interacción social [Cangas et al., 2017].

Conclusiones

Realizar intervenciones que tengan como objetivo aumentar o mejorar las redes sociales o el apoyo social de las personas resulta complejo. Hace falta salirse del paradigma actual, que centra sus intervenciones meramente en la reducción de los síntomas y deja de lado a la persona, para entrar en otro que conciba a las personas de forma global. En primer lugar, los profesionales debemos acomodar nuestros esquemas a esta realidad, dando un lugar prioritario a las intervenciones comunitarias que ayuden a las personas a tener una vida normalizada y satisfactoria. Esto pasa por adaptar las intervenciones y realizar “trajes a medida”, de forma que sean los dispositivos y los profesionales los que se adapten a los pacientes, y no al contrario.

Es importante que estas intervenciones fomenten que las personas “salgan” de los dispositivos de salud mental. Es decir, deberían ser intervenciones dirigidas a que las personas con TMG “arraiguen” en su comunidad, de forma que los dispositivos de salud mental sean meramente un paso previo a una vida independiente. Y una parte fundamental de este “arraigo” son las relaciones sociales.

Tradicionalmente se ha considerado a la familia como el principal componente de las redes sociales de las personas con TMG. Suelen ser sus cuidadores principales y su principal apoyo social, y su papel en el proceso de recuperación del paciente es indiscutible. Son los primeros que detectan cuándo algo va mal y los que facilitan que el paciente pida ayuda. Sin embargo, el proceso de individuación, que implica independizarse en algún grado de la familia de origen, constituye una de las tareas evolutivas propias de los seres humanos, y es además fundamental para la construcción de la identidad. El hecho de que las redes sociales de las personas con TMG estén compuestas casi exclusivamente por miembros de su propia familia dificulta este proceso. No es posible una verdadera autonomía sin la existencia de espacios sociales inclusivos más allá de la familia.

Además, como hemos visto, las redes sociales tienen un papel fundamental en la reconstrucción de la identidad. Cuanto más rica y variada sea la red social de la persona, más rico y variado será su autoconcepto, con todos los beneficios para su salud mental que esto conlleva.

En cuanto a esto último, el apoyo social tiene múltiples efectos en la salud de las personas. Juega un papel amortiguador en la relación entre el estrés y la salud, guarda una gran relación con el bienestar psicológico y tiene una gran influencia en el proceso de recuperación de las personas con TMG. Además, está relacionada con unos niveles de psicopatología más bajos, así como un número de ingresos hospitalarios menor.

Para ello es indispensable diseñar intervenciones dirigidas a fomentar las redes sociales de esta población en su comunidad, ayudando de esta manera a reducir el estigma y aumentando su calidad de vida.

Referencias

Albert, M., Becker, T., Mccrone, P., & Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilisation-a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 248-266.

Artigue, J., & Tizón, J. L. [2014]. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención primaria*, 46[7], 336-356.

Cangas, A., López, A., Orta, A., Gallego, J., Alias, A., Soriano, C., & Piedra, J. A. [2017]. "Inclúyete": Programa socioeducativo e inclusivo para personas con Trastorno Mental Grave y estudiantes en la Universidad de Almería. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16[1], 86-97.

Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., ... & Moreno Küstner, B. [2014, August]. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* [Vol. 37, No. 2, pp. 223-233]. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Law, H., & Morrison, A. P. [2014]. Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience. *Schizophrenia bulletin*, 40[6], 1347-1355.

Martínez-Felix, S., Ferrer-Yeves, C., & Martínez-Martínez, C. [2020]. Aislamiento social y autoestima en personas con trastorno mental: Efecto de las actividades ocupacionales. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, [12].

Monferrer, M. C., Carrasco, R. D. F., & Mir, G. H. [2020]. Calidad de vida e inserción laboral de personas con trastorno mental grave. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 31[2], 342-355.

Naranjo-Valentín, R., Cobo-Martínez, F., Rebolleda-Gil, C., & González-Fraile, E. [2018]. Los centros de rehabilitación laboral y el trastorno mental grave: la experiencia y el seguimiento de los usuarios en la Comunidad de Madrid. *Psychosocial Intervention*, 27[2], 65-71.

Ruiz Jiménez, M., Saiz Galdós, J., Montero Arredondo, M., & Navarro Bayón, D. [2017]. Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37[132], 415-437.

Trijueque, S. G. [2011]. Redes sociales y desarrollo humano. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, [12], 113-121.

Vielma, E. V., & Salas, M. L. [2000]. Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, 3[9], 30-37.

Mitos sobre la Crianza que Influyen Negativamente en el Desarrollo

Patricia Guerra Mora¹, María Dolores Méndez Méndez², Cristina Pedrosa Duque³, Noelia Martínez Menéndez⁴ y Verónica Concha González⁵

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [patryguerra@hotmail.com]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [cristina.pedrosa@sespa.es]

⁴ Servicio Madrileño de Salud [nmmenendez@salud.madrid.org]

⁵ Servicio de Salud del Principado de Asturias [veronica.concha@sespa.es]

Resumen

Los mitos son narraciones que se van transmitiendo de generación en generación y se plantean como historias verdaderas. En este trabajo se recogen y analizan tres de los mitos frecuentemente utilizados para guiar la crianza: 1) *“Hay que educar y criar fomentando la independencia”*; *“Las emociones negativas y los malos comportamientos deben ser ignorados”* y; 3) *“Es importante no malacostumbrar o malcriar”*.

Cada vez es más extensa la literatura científica que respalda las repercusiones de los vínculos y de las interacciones con nuestros y nuestras cuidadoras en el desarrollo psicológico presente y futuro. La crianza basada en estos mitos favorece la invalidación emocional y dificulta que los menores logren estrategias de afrontamiento adaptativas o que acudan a los demás como base o refugio seguro. Sin embargo, desgraciadamente, todavía perduran estos mitos en la sociedad y en muchos profesionales de la salud. Este trabajo expone, de forma práctica, ejemplos de interpretaciones y conductas esperables en aquellos adultos y adultas consecuentes con esta forma de pensar, así como los posibles resultados y; de forma paralela, teorías y alternativas de respuesta en base a la literatura científica.

Introducción

Los mitos son narraciones o creencias que se mantienen vivas en una cultura determinada, pues se van transmitiendo de generación en generación. A diferencia de los cuentos, los mitos se plantean como historias verdaderas. Sus funciones son múltiples: aclarar y ofrecer explicaciones; guías de actuación y/o; significados o justificaciones. Además, tienen una gran carga emotiva y contribuyen a mantener la ideología del grupo, siendo resistentes al cambio y al razonamiento lógico (Bosch & Ferrer, 2002; Ferrer et al., 2010).

En este trabajo se recogen y analizan mitos frecuentemente utilizados para guiar la crianza de las y los menores. Se exponen, en un primer momento, ejemplos de interpretaciones y conductas esperables en aquellos adultos y adultas consecuentes con esta forma de pensar y; en un segundo momento, explicaciones y lecturas en base a la literatura científica.

Los mitos que se analizan son tres:

1. “Hay que educar y criar fomentando la independencia”.
2. “Las emociones negativas y los malos comportamientos deben ser ignorados”.
3. “Es importante no malacostumbrar o malcriar”.

Un Acercamiento a los Mitos

Mito 1: *“Hay que educar y criar fomentando la independencia”.*

Bajo este primer mito, se desprende la idea de que como seres humanos debemos llegar a la meta de ser independientes. Existe la creencia de que la dependencia es una característica perjudicial de la personalidad. Eso se comienza a favorecer desde muy temprana edad y en diferentes esferas: que el bebé aprenda a dormir solo; que no demande brazos o cuello, que permanezca en su capazo, en su silla o en su cuna; que no demande ayuda cuando se enfrente a tareas peligrosas como bajar por el tobogán o acercarse a la orilla, entre otros ejemplos. Si un bebé pide ayuda en estas circunstancias o muestra su disconformidad o su malestar, muchos adultos y adultas (sean o no sus cuidadores principales) transmitirán la idea de que “debe hacerlo todo solito/a, tiene que ir haciéndose independiente”. En esta misma línea, a menudo se escuchan frases como “depende mucho de ti” (en referencia a uno de sus cuidadores), “tiene mamitis/papitis” o “no lo cojas que se malacostumbra y luego solo pedirá cuello”. A veces esto va unido a intentos deshumanizados de “robar” al bebé de los brazos de sus cuidadores, a pesar de que comunique intensamente su malestar a través del llanto. En paralelo con esta filosofía, a veces los y las cuidadoras acuden a diferentes consultas (pediatría, salud mental, especialistas en sueño) demandando ayuda para que los bebés consigan dicha independencia temprana en diferentes esferas o comunicando que no consiguen que realicen las tareas de forma autónoma a pesar de sus esfuerzos.

Mito 2: *“Las emociones negativas y los malos comportamientos deben ser ignorados”.*

Está muy extendido el mito de que, ante cualquier manifestación de emociones negativas, los cuidadores deben de responder con una respuesta de no-atención. Es decir, si un bebé o un menor se enfada, se pone triste... el adulto debería de mirar hacia otro lado, para no reforzar este comportamiento y que salga de ese estado. De forma similar, si el menor se hace daño y llora porque tiene “pupa”, la frase más popular sería la de “no es nada, no te preocupes, ya pasó”. Sobra decir que esta respuesta de extinción es mucho más evidente cuando las emociones negativas son más intensas o duraderas, por ejemplo, ante un berrinche; y más todavía si se produce en un sitio público. También están muy extendida afirmaciones de otros participantes como “está buscando atención” o “ya te está manipulando”, entendidas ambas en sentido peyorativo y con el fin de que él o la cuidadora ignoren o pongan límites a dicho comportamiento.

Es común que los cuidadores o los adultos que están presentes pidan al bebé o al menor que se calme o que deje de llorar con frases como “no es para tanto”, “deja de llorar” o “mira que feo/a te pones cuando lloras/ te enfadas”. También se posterga el cariño o el contacto “hasta que no estés bien no me hables” o “vete al rincón de pensar hasta que se te pase”. Este tipo de respuestas ante el malestar emocional del menor no favorecen una adecuada gestión ni regulación emocional por parte de los menores, pues están pidiendo ayuda a través de sus comportamientos y el adulto no está respondiendo a esta necesidad. La letra pequeña sería algo así como “estoy sintiendo una emoción muy fuerte” y “no soy capaz de hacerlo mejor o de manejar esta tristeza/este enfado en soledad, necesito que me ayudes a regularme” y el adulto estaría respondiendo algo como “quiero que tú

sepas regularte y que cuando acabes me avises, así no me gustas". Todo ello favorece que los menores dejen de compartir sus estados emocionales negativos e incluso, que dejen incluso de reconocerlos.

Mito 3: *"Es importante no malacostumbrar o malcriar".*

Desde la perspectiva adultocéntrica del tercer mito, muchas personas piensan que, si se escucha o se responde favorablemente a las peticiones, deseos o demandas de los menores, esto puede ser perjudicial en su desarrollo. Es como si darles espacio, reconocerles como personas de pleno derecho, atender ciertas peticiones o dejarles decidir pudiese acabar siendo algo peligroso.

De alguna forma, creen que lo prioritario son los límites. Este mito está muy relacionado con el anterior. Se escuchan afirmaciones como: "Que coma lo que haya", "no le vamos a preguntar qué quiere o pedir su opinión, luego es un consentido", "te maneja como quiere", "en mi época los niños no decidían, obedecían"; "cuando los adultos hablan, los niños se callan". Esta cuestión también es importante con respecto al espacio personal y al contacto. Cuando los menores no desean dar besos o abrazos, muchas veces se les obliga a dar o recibir cariño, en contra de su necesidad. En ocasiones esto va unido a afirmaciones como "si no lo haces esa persona se pondrá triste".

¿Qué nos dice la Evidencia Científica?

Desde hace ya varias décadas varias investigaciones ampliamente replicadas y teorías consolidadas, que se exponen seguidamente, nos arrojan datos sobre la necesidad de actuar y responder a los menores de forma diferente a la recomendada o consecuente con los mitos mencionados. Una idea básica es que la salud [no solo mental, también física], depende de la calidad de nuestras relaciones [tanto actuales como pasadas] (Alonso et al., 2021).

Existe notable evidencia científica que señala que sin la presencia del otro no seríamos capaces de desarrollarnos, dependemos de los otros. Además, nuestras relaciones transforman nuestro cerebro. Este hecho se refleja, entre otros ejemplos, en la atrofia cerebral observada en los niños privados de afecto (Cyrulnik, 2012). Los seres humanos somos seres sociales por naturaleza que nacemos totalmente dependientes del otro. De hecho, sin la atención del otro, no sobreviviríamos. A medida que vamos creciendo la dependencia se va modificando y está más basada en necesidades emocionales que puramente físicas o de supervivencia. Varias teorías e investigaciones nos arrojan luz en este sentido.

La teoría evolutiva que define el apego como el vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socioemocional (con aportaciones de John Bowlby, Mary Ainsworth, Harry Harlow o Konrad Lorenz, entre otros). Bowlby (1951) estudió la relación de apego materno-filiar y la describió como el vínculo creado con la cuidadora que proporciona seguridad y protección al bebé. Entendió que este tipo de apego es adaptativo en el contexto evolutivo, ya que aumenta la probabilidad de supervivencia del bebé. Las necesidades del bebé se ven suplidas gracias al sistema conductual del apego: las conductas y emociones expresadas por el bebé se dirigen a conseguir la proximidad de la figura de apego. Ainsworth (1989) describió los criterios que debía cumplir una relación para ser considerada un vínculo afectivo, tales como: ser persistente, referirse a una persona específica, ser emocionalmente significativa, manifestar deseo de proximidad, experimentar malestar con la separación y funcionar como base de seguridad y consuelo. Para

poder activar y desactivar de manera eficiente el sistema de apego, el niño debe crear un modelo de las figuras de apego y de sí mismo. Mediante el vínculo creamos un modelo interno en el que aprendemos: Sobre nosotros mismos *¿Merezco la pena?*; Sobre los demás *¿Puedo obtener lo que necesito?* y; Sobre el mundo *¿Es un lugar seguro?* El aprendizaje del apego es diádico, ya que el apego se retroalimenta, suele ser correspondido. Por ejemplo, se dice que es más gratificante cuidar a un niño seguro. El hecho más importante al formar apegos no es quien alimenta o cambia al niño, por ejemplo, sino quién y cómo juega y se comunica con él. Por lo tanto, la capacidad de respuesta es la clave para el apego. El sistema de apego, además de funcionar como estrategia de regulación emocional [función refugio y base segura], es un contexto de aprendizaje de las habilidades para manejar sentimientos y afrontar acontecimientos adversos [Shaver & Mikulincer, 2009]. Feeney mencionaba la paradoja del apego: no se puede llegar a ser autónomo e independiente de forma saludable, sin depender de una persona especial cuando es necesario [Feeney, 2007].

Como venimos comentando, la relación de apego está intrínsecamente ligado a la regulación emocional, la función cognitiva y las capacidades emocionales. Así, cuando las figuras de apego no pueden sintonizar de forma satisfactoria [por abandono, falta de disponibilidad, maltrato...] es fácil que se generen vínculos inseguros. Sin embargo, pese a que el vínculo de apego primario sea inseguro, el carácter contextual y dinámico de las relaciones favorece que, si el contexto cambia, los modelos internos de apego se actualicen hacia un vínculo más organizado, seguro y sano [Vecilla, 2022].

Para Feeney y Collins [2014], la función base segura es catalizador relacional de la solidez psicológica o crecimiento personal de una persona; y la función refugio seguro es la fuente de fortaleza ante la adversidad, ya que involucra creer merecer apoyo y consuelo en momentos de tristeza, temor o malestar.

El desarrollo cognitivo se asienta sobre el desarrollo emocional-motivacional. Como sostiene Cyruknik [2012], para llegar a ser inteligentes, debemos ser amados en primer lugar. Dicho de otro modo, si una persona [en este caso, un niño o una niña], no se ve capaz de realizar una determinada conducta [porque tiene emociones intensas como miedo o inseguridad, por ejemplo], de poco servirá que tenga dichas habilidades para hacerlo, porque no las pondrá en marcha. Necesita una base de seguridad para lograr probar sus destrezas [Bowlby, 1989]. En la misma línea, ya hace muchos años que se habla acerca de cómo el andamiaje de los adultos [Wood et al., 1976] es necesario para que los más pequeños puedan ir consiguiendo lograr sus metas. Así, cuanto menos competencia tienen los menores, más debe de apoyar el adulto y viceversa.

Como veníamos señalando, el hecho de que los y las niñas confíen o no en su valía, tengan confianza en los demás y en el mundo no es algo azaroso; sino que depende de cómo le han cuidado sus figuras de apego. La forma en la que sus cuidadores hayan estado presentes y hayan atendido sus necesidades también está relacionada con los estilos de relación posteriores, sus sentimientos, conductas y procesos cognitivos [como la atención y la memoria] [Cazurro, 2022].

También las neurociencias nos revelan cómo un niño que ha sido maltratado de forma sistemática por la persona que lo cuida en momentos sensibles de su desarrollo, cada vez que percibe al agresor, su hemisferio derecho se pone en alerta y el menor se repliega. Ello conduce a modificar su estilo de interacción, instaurando fácilmente un humor depresivo y un aumento de la secreción de las hormonas de estrés, modificando su desarrollo somático [Cyruknik, 2012].

El clásico estudio de las experiencias infantiles adversas o Adverse Childhood Experiences (ACEs) [Felitti et al., 1998] es una de las mayores investigaciones realizadas para evaluar las asociaciones entre el maltrato infantil la salud y bienestar en la vida adulta. Dicho estudio examinó la influencia de las ACEs sobre la salud física, mental, social y económica de más de 17000 participantes adultos. Entre las ACE que recogieron se encontraban: abuso físico y emocional, negligencia física y emocional, violencia hacia la madre, divorcio, alcoholismo, uso de drogas u otros trastornos mentales en el hogar o progenitor encarcelado. Encontraron que dos tercios de la muestra tuvieron una puntuación ACE de al menos 1 y; el 87% por ciento de ellos tenía más de uno. Tener cuatro o más ACEs aumentaba la probabilidad: dos veces de fumar y de tener cáncer o enfermedades cardíacas; siete veces de tener alcoholismo o doce veces de tener intentos de suicidio, por ejemplo. Se encontró un efecto acumulativo de las ACEs, con una relación dosis-respuesta entre estas y los resultados de salud mental, concretamente depresión y ansiedad.

Años antes John Bowlby (1989) ya afirmaba que, a pesar de que había pruebas abrumadoras de cómo las experiencias adversas familiares se relacionaban con perturbaciones cognitivas, la mayoría de los niños eran indulgentes con sus padres, preferían verlos con buenos ojos. En la misma línea, Miller (2005) señala que existe la creencia popular de que los niños no sufren cuando se les agrede y; de hecho, tampoco muchos adultos perciben las humillaciones o el desprecio del que han sido víctimas, a veces por lealtad hacia los adultos.

Tenemos que tener presente que todo lo que no sea buen trato es maltrato, todo aquello que suponga ejercer la autoridad sin respeto, es violencia [Cazurro, 2022]. En varias de las afirmaciones previas que se han incluido para ejemplificar los mitos se refleja una crianza caracterizada por el abuso o la negligencia emocional. Supone, en el caso del abuso, generar emociones desagradables para que la otra persona ceda a los deseos del adulto, a través del chantaje, la humillación, la culpabilización... y daña, en resumen, la identidad del menor. La negligencia supone no tener en cuenta sus necesidades emocionales ni el nivel de desarrollo socioemocional del menor de forma repetida. Esa forma de enfocar la crianza les priva de la posibilidad de entenderse, cuidarse y regularse de una forma sana. Cazurro (2022) señala que la negligencia emocional está tan normalizada como forma de gestionar el mundo emocional de los niños que llega a ser invisible y no se recuerda porque aparentemente no ocurrió. Añade que muchos adultos ni siquiera identifican que la vivieron. Silberg (2019) apoya esta misma tesis, sosteniendo que la negligencia parece estar subestimada en las cifras de incidencia, puesto que no suele denunciarse. Aun así, la autora refiere que, por ejemplo, de los 3,3 millones de denuncias por maltrato infantil recibidas en Estados Unidos en 2010, el 78% era por sospechas de negligencia.

La negligencia da lugar a implicaciones a largo plazo en el desarrollo, tales como: dificultades en las competencias lingüísticas tempranas, apego inseguro, problemas relacionales con compañeros, problemas de modulación de la activación emocional, percepciones negativas de sí mismos, síntomas depresivos, poca tolerancia a la frustración, así como problemas de salud mental posteriores como riesgo de suicidio o delincuencia [Silberg, 2019].

La forma de interaccionar con los niños y las niñas que se deriva de los mitos mencionados no suele lograr minimizar o reducir el malestar emocional que están sintiendo en ese momento, sino que lo amplifica. Cuando no estamos disponibles ni somos receptivos para que los menores comuniquen sus estados emocionales y vivencias es fácil que dejen de hacerlo o de intentarlo [de forma inicialmente adaptativa], pero eso no significa que no sientan dolor emocional. En ocasiones, puede ocurrir que cuando expresan la angustia, sea en un grado muy intenso. El malestar se suele amplificar con frases minimizadoras o des-

calificadoras como “no es para ponerse así, no es para tanto” o cuando aislamos al menor al decirle “quédate ahí hasta que puedas estar contento/tranquilo”. Este tipo de respuestas suelen implicar en el cuerpo una reactividad del cerebro inferior, notando palpitaciones, tensión muscular o malestar intestinal. Sin embargo, estrategias como el contacto físico provocan la liberación de endorfinas y un descenso del cortisol, la hormona del estrés. La conexión con los menores refuerza el vínculo y a nivel cerebral refuerza las fibras que conectan los cerebros superior e inferior. De esta forma, el cerebro superior cada vez es más capaz de anular los impulsos inferiores (Siegel & Payne, 2021). Tenemos que tener en cuenta que a temprana edad los niños no están preparados para entender y expresar sus sentimientos con calma, por lo que es fácil y natural que ante situaciones difíciles o que no respondan a sus necesidades, reaccionen de forma agresiva o poco cooperativa. El aislamiento ante situaciones que a los cuidadores les disgustan no favorece en el menor la cooperación con los demás y el aprendizaje de estrategias, es decir, experimentar cómo se hacen bien las cosas. Además, muchos progenitores que emplean el aislamiento suelen hacerlo movidos por su propio enfado. Los menores aislados tienen menos capacidades para reflexionar sobre su conducta y aprender nuevas estrategias. Muchas veces, porque el aislamiento no guarda relación con la conducta, dado se emplea como recurso con carácter punitivo. Asimismo, les transmitimos la idea subliminal de que solo los queremos cuando están bien (Siegel & Payne, 2021).

La regulación afectiva y el tono emocional dependen mucho de la capacidad del adulto para reconocer el estado afectivo del infante. En este sentido, consolar o calmar la excitación excesiva requieren de capacidad de autorregulación por parte del adulto. Es sabido que los menores, para adecuar su conducta, toman la expresión afectiva de los adultos como referencia (Milozzi & Marmo, 2022).

Dio Bleichmar (2005) realiza aportes a la hora de esquematizar el proceso de regulación a través de la interacción. El adulto tendría que: reconocer el estado emocional del menor, entonar afectivamente, implementar medidas de apaciguamiento (abrazar, arrullar, hablar suave) a la vez que pone en palabras el estado emocional y lo relaciona con el estímulo que lo causa. Este reconocimiento y legitimación ayuda al niño a vivenciar los procedimientos necesarios para disminuir el afecto displacentero. Estas regulaciones de apego favorecen la regulación del sistema nervioso central y autónomo del infante.

Recordando el tercer mito, los cuidadores harían bien al preocuparse de si sus hijos son malcriados, en el sentido de tener consentimientos excesivos. Pero no se les consiente cuando se conecta con ellos y se les ayuda a tomar decisiones o a reconvertir las situaciones difíciles en experiencias de aprendizaje. No se les malcría por un exceso de conexión emocional, atención, afecto físico o cariño. Al igual que los cuidadores están al lado de los menores cuando sienten un dolor físico, también es imprescindible el apoyo y la cercanía ante el dolor emocional. Cuando los niños tienen estallidos emocionales o de conducta necesitan que los adultos les ayuden a entenderse, regular su emoción y saber lo que pueden y no pueden hacer. Siegel y Payne (2021) nos muestran, de forma similar a Dio Bleichmar (2005), estrategias efectivas para conectar ante estos estallidos de malestar, como tristeza, enfado o frustración. Entienden conectar como acompañar y compartir la experiencia que está sufriendo el menor de forma que se aborde la conducta y ello permita al final, enseñar lecciones. Los cuatro elementos serían: transmitir consuelo, validar emociones, escuchar y reflejar. La conexión suele comenzar transmitiendo consuelo y reconociendo los sentimientos, para que puedan pasar de la reactividad a la receptividad. En estos primeros momentos también es necesario aprovechar las respuestas no verbales, pues tienen mucha potencia (por ejemplo, tocar al niño en la mano o acariciarle la espalda.)

En algunas circunstancias simplemente es útil reflejar o devolver el estado emocional “veo que estás disgustado”. Se ha comprobado que el hecho de poner nombre a la emoción hace que disminuya. En otras ocasiones es preciso utilizar más restricciones como “veo que estás alterado y te resulta difícil quedarte quieto, te ayudaré” (afirmación unida a guía física hacia otro sitio mientras el adulto está físicamente presente y empático hasta que el menor se calme).

Todas estas estrategias son alternativas respetuosas a las clásicas amenazas que se derivan de los mitos, tales como “como no dejes a otros niños jugar nos vamos a casa” y de las que habla Cazurro [2022]. La actitud de curiosidad resulta muy útil para interactuar con los menores y conocer qué está pasando sin que reaccionen de forma defensiva y en escalada simétrica y, sin embargo, no suele ser una de las estrategias más comunes si partimos de los mitos anteriormente mencionados. A nivel cerebral lo que se consigue a través de estas interacciones de conexión es un funcionamiento integrado, que el cerebro superior comience a tranquilizar al inferior. A través de la repetición se consigue que el menor será cada vez más capaz de manejar sus emociones, tomar buenas decisiones y sentir afecto por los otros. No debemos olvidar que el modo en el que interaccionamos con los menores (también cuando se encuentran alterados) tiene impacto en el desarrollo de su cerebro: podemos ayudar con nuestras interacciones a que su cerebro superior sea más fuerte y desarrollado (Cyrluk, 2012; Siegel & Payne, 2021).

La creatividad suele ser también una buena aliada para conseguir que los menores realicen aquellas cosas que necesitamos y ante las que pueden negarse o disgustarse. En ocasiones, si nos dejamos llevar por los mitos, la respuesta es ignorar o intentar extinguir, pero ante situaciones que no se pueden postergar es fácil entrar en escaladas simétricas. Desde la óptica de las neurociencias, es conocido que el cerebro suele prestar más atención a lo novedoso para evaluar si la situación representa o no una amenaza, por lo que hacer uso del humor en momentos disciplinarios es muy útil. Las respuestas creativas y que utilizan el humor transmiten ausencia de amenaza y posibilitan que se activen los circuitos del compromiso social, lo que facilita la conexión (Siegel & Payne, 2021).

Siegel y Payne (2021) también nos señalan que la disciplina proactiva puede ser de gran ayuda, no solo la reactiva ante situaciones que se desencadenan. Esto pasaría por atender a cuáles son las pistas que indican o que hacen más probable que los menores se enfaden, se frustren o reaccionen con comportamientos inadecuados (por ejemplo, iniciar una pelea con el hermano, lanzar algo en un sitio público, etc.). Dentro de las pistas que podemos detectar se encuentran: el hambre, el cansancio, el sueño... Hacer este tipo de análisis sobre cómo está el niño o la niña, qué está necesitando y qué puede ocurrir si se demora esta situación, ayuda a prevenir o a adelantarse a situaciones complicadas que de otra forma se avecinan.

Cazurro [2022] señala que somos “una sociedad traumatizada que no sabe que lo está”, en relación a las dificultades que tenemos como sociedad para comprender y acercarnos de forma adecuada a la infancia. Cuando es difícil afrontar las situaciones vividas porque exceden los recursos y eso genera posteriormente dificultades importantes, hablaríamos de trauma. Tenemos que valorar que, en la infancia, dado que los recursos son limitados, es común que muchas situaciones supongan importantes retos.

En la línea con lo comentado previamente, cuando las experiencias adversas en la infancia llegan a convertirse en un trauma para los y las menores, pueden dar lugar a regresiones evolutivas, falta de autonomía y de confianza, emociones y sentimientos como

vergüenza, culpa, indefensión; daño en la competencia individual y también sobre la conexión con la comunidad (Herman, 1992). El trauma no solo afecta intrapsíquicamente. El trauma infantil se ha asociado con la aparición de gran variedad de alteraciones psicopatológicas, como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos, trastornos por abuso de sustancias y psicosis (Janssen et al., 2004; Kendler et al., 2000; Pereda et al., 2011; Read & Bentall, 2012).

Hoy en día se sabe que el apego está estrechamente relacionado con la salud mental. Un gran número de trabajos ha confirmado la relación entre los problemas familiares o el apego inseguro y los problemas psíquicos o trastornos mentales en la edad adulta (Dozier et al., 2008; Ein-Dor & Guy, 2015; Mikulincer & Shaver, 2007; Mikulincer & Shaver, 2008; Soares & Dias, 2007; Weich et al., 2009).

De forma más específica, Mikulincer y Shaver (2007) vinculan las inseguridades en el apego con los pensamientos y conductas suicidas. Ghobari y Akbar (2011) encontraron relación entre los apegos inseguros y la Ideación Paranoide y la Somatización medidas con la escala de síntomas SCL90-R. También utilizando la misma escala, Camps-Pons et al. (2014) encontraron que el apego preocupado correlacionaba significativamente con la Sensitividad Interpersonal, la Ansiedad Fóbica y la Ideación Paranoide; mientras que el apego temeroso correlacionaba significativamente con las escalas de Depresión, Ansiedad e Ideación Paranoide.

Otros trabajos apuntan a que, por un lado, la desorganización del apego en los dos primeros años de vida es un factor de riesgo para el desarrollo de patología relacionada con el trauma y la disociación y que; por otro lado, se observa una relación negativa entre el apego seguro y la depresión (Vecilla, 2022).

Conclusiones

Los mitos sobre la crianza están muy arraigados en la sociedad y transmiten formas de entender y responder a las necesidades de los y las menores que pueden ser contraproducentes a la hora de lograr un desarrollo sano. Al contrario, es fácil que, si nos dejamos llevar por los mismos, no sepamos detectar cuáles son las necesidades de los menores y respondamos con fórmulas descalificadoras, invalidantes y negligentes emocionalmente. Obviamente, las consecuencias no serían importantes si se trata de hechos aislados. Pero en el caso de convertirse en un patrón relacional, la literatura científica nos muestra que las consecuencias son muy importantes, tanto a corto, medio y largo plazo. Tanto como cuidadores en la esfera personal como profesional, tenemos que estar atentos a no perpetuar estos mitos y a transmitir formas de buen trato que faciliten crianzas respetuosas y que conduzcan a la creación de apegos seguros. Cuando trabajamos con personas que han sido expuestas a situaciones como las que se comentan, los componentes relacionales de la terapia se vuelven especialmente significativos.

Referencias:

- Alonso, Y., Ezama, E., & Fontanil, Y. (2021). *No es como te han dicho*. Herder Editorial.
- Bosch, E., & Ferrer, V.A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Editorial Cátedra. Colección Feminismos.

Bowlby, J. [1989]. *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.

Cyrulnik, B. [2012]. *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar*. Gedisa.

Camps-Pons, S., Castillo-Garalloa, J. A., & Cifre, I. [2014]. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1), 67-74. <http://doi.org/10.5093/cl2014a6>

Cazurro, B. [2022]. *Los niños que fuimos, los padres que somos. Cómo acercarnos a nuestra infancia para conectar mejor con nuestros hijos e hijas*. Planeta.

Del Alcor, M., Capitán, B., Isabel, A., Díaz, H., Antonio, J., & Garrote, B. [2019]. Estudio de la relación entre eventos traumáticos precoces, problemas de apego y psicopatología en pacientes en tratamiento en equipo de salud mental. [Trabajo de fin de grado en Internet]. Universidad de Valladolid.

Dío Bleichmar, E. [2005]. *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Paidós.

Dozier, M., Stovall McClough, K. C., & Albus, K. E. [2008]. Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. [pp. 718 744]. Guilford Press.

Ein-Dor, T., & Guy, G. [2015]. Psychopathology and attachment. En J. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: New directions and emerging themes* [pp. 346-373]. Guilford Press.

Felitti, V.J., et al. [1998]. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) Study. *The American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Ferrer, V.A., Bosch, E., & Navarro, C. [2010]. Los mitos románticos en España. *Boletín de psicología*, 99, 7-31. 99.

Ghobari, B., & Akbar, A. [2011]. Relation among quality of attachment, paranoid ideation and somatization in college students. *Social and Behavioural Sciences*, 30, 207 211. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.041>

Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., & van Os, J. [2004]. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38-45. <http://doi.org/10.1046/j.0001-690x.2003.00217.x>

Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A. [2000]. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953- 959. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>

Lecannelier F. [2018] La Teoría del Apego: una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas*. <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/cc2018n058a16.pdf>

Mikulincer, M., & Shaver, P. [2007]. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2008). Adult attachment and affect regulation. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 2ª ed. (pp. 503-531). Guilford Press.

Miller, A. (2005). *El cuerpo nunca miente*. Tusquets.

Milozzi, S., & Marmo, J. (2022). Revisión sistemática sobre la relación entre apego y regulación emocional. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), 70-86. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp70-86p>

Packard, K., Opendak, M., Soper, C.D., Sardar, H., Sullivan, R.M. (2021). Infant Attachment and Social Modification of Stress Neurobiology. *Frontiers in Systems Neuroscience*.

Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.

Read, J., & Bentall, R.P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200, 89-91. <http://bjp.rcpsych.org/content/200/2/89.full.pdf+html>

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. En J. H. Obegi, y E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 17-45). The Guilford Press.

Siegel, D., & Payne, T. (2021). *Disciplina sin lágrimas. Una guía imprescindible para orientar y alimentar el desarrollo mental de tu hijo*. Penguin Random House Grupo Editorial.

Silberg, J. (2019). *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée de Brouwer.

Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770112.pdf>

Vecilla, L. (2022). *Vínculo de apego, beneficios y consecuencias en el infante. El papel de la enfermería*. Universidad de Cantabria.

Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies.

Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89-100.

Diseño de un grupo de apoyo para abordar la culpa en la primera maternidad: una propuesta socio-psicológica

Cristina Quinones¹

¹ Faculty of Business and Law, The Open University, UK (cristina.quinones@open.ac.uk)

Resumen

La primera maternidad es una etapa de profundos cambios y de reconfiguración de la propia identidad. Estos procesos se llevan a cabo en interacción con un contexto cultural donde la ideología dominante de “buena madre” reproduce y refleja la división de género existente en el orden social. La necesidad de información y modelos ante los retos que plantea la primera maternidad, unida a una exposición al mandato cultural de buena madre, generan el caldo de cultivo necesario para la aparición de la culpa.

Se planteó un grupo de apoyo liderado por profesional que además de proporcionar herramientas de regulación emocional individual, generara un espacio para la reflexión sobre el impacto de los discursos dominantes y proporcionara un espacio seguro para el cuestionamiento y generación de alternativas. La intervención tuvo lugar a lo largo de 4 semanas, con 14 mujeres cuyos hijos tenían de 0 a 3 años.

Los aspectos más valorados fueron la validación y pertenencia; el apoyo entre iguales; y el empoderamiento del grupo para cuestionar mandatos culturales y confiar en sus juicios. Se propone la repetición del estudio y se especula sobre el valor del formato dentro del infra-financiado sistema público de salud.

Introducción

La primera maternidad es una etapa de gran incertidumbre y cambios a nivel físico, social y psicológico (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998). El postparto es de manera general un periodo de elevada vulnerabilidad psicológica; alrededor del 80% de mujeres experimentan síntomas ansiógeno-depresivos durante las primeras semanas tras el parto, y al menos 1 de cada 5 mujeres sufre depresión posparto (Infosalus, 2017; Ortigosa et al., 2022). De todos modos se cree que estas cifras no representan la magnitud y la complejidad de la salud mental desde el nacimiento hasta el primer año de vida del bebé, ya que muchas de estas dificultades no se detectan oficialmente (Bauer et al., 2016).

La llegada de la primera hija o hijo supone además una reformulación de la propia identidad (Moffet, 2018), lo que Stern y Bruschweiler-Stern denominan el desarrollo de la “mentalidad de madre” (1998, p.28). El desarrollo de la identidad maternal para Faircloth consiste en “los procesos narrativos en las que se involucra la madre en el proceso de hacerse a sí misma como tal durante la crianza de sus hijas (2009, p.15). Desde el constructivismo social, el posicionamiento epistemológico dominante en el estudio sis-

temático de la maternidad, se entiende que estos procesos identitarios tienen lugar en interacción con un contexto en el que siguen vigentes construcciones problemáticas de género que atribuyen a la mujer la responsabilidad principal de los cuidados [Fox, 1998]. En este sentido, la feminista americana Adrienne Rich [1986] distingue entre maternidad como actividad o experiencia, y maternidad como institución social. La autora destaca cómo esta última promueve maneras de matinar que reproducen y reflejan la división de género existente en el orden social, que afectan negativamente a la salud mental y limitan la participación de las madres en la esfera pública [Green, 2019; Henderson et al., 2016; Rich, 1986].

La culpa “maternal” [mum guilt] es un elemento omnipresente en los estudios sistemáticos del multidisciplinar campo de conocimiento de maternidad, tanto que parece un elemento consustancial a la experiencia de matinar [Shutherland, 2010; Collins, 2019]. A nivel psicológico, la culpa es una emoción que surge de una autovaloración acerca de una acción (u omisión) que transgrede las normas válidas de convivencia que hemos interiorizado [Echeburúa et al., 2001]. Actúa a modo de alarma interna motivando a la toma de responsabilidad y a la acción, evitando situaciones que la generan o motivando reparación para reducir el malestar. En principio su función es adaptativa, el problema se plantea cuando se experimenta con excesiva frecuencia, intensidad o duración. Esta fustigación es más probable cuando los principios éticos mediante los que juzgamos nuestros actos son excesivamente exigentes. Dado que la formación de este compás moral se sitúa dentro de un contexto cultural concreto, es importante analizar lo que dicha cultura entiende y promueve como “buena madre” y así analizar en qué medida estos mandatos contribuyen a la omnipresencia de la culpa en la maternidad [Laney et al., 2015].

Relación entre el discurso dominante de maternidad y la culpa maternal

El legado de Foucault acerca del discurso en el orden social ha servido de base para el análisis crítico y el cuestionamiento de los mandatos culturales en el estudio interdisciplinar de la maternidad. Para Foucault el “discurso” denota un sistema social históricamente contingente que produce significado y que se materializa en determinadas prácticas sociales que a su vez refuerzan dicho discurso [Foucault, 1981]. Es una manera de organizar las relaciones sociales mediante la aceptación colectiva de su lógica, y se manifiesta en la manera en que usamos el lenguaje y símbolos culturales como imágenes, o textos. Los discursos se producen por los efectos de poder dentro del orden social, en este caso, un sistema de poder que legitima unas realidades y unas formas de conocimiento frente a otras, pero estos efectos no son directamente observables, sino que se dan a priori, y por tanto son más difíciles de desmontar. Aplicado a la maternidad, el sistema generador del discurso sería el sistema patriarcal que produce una división por género donde entre otras cosas las mujeres son las responsables principales de los cuidados [Newman & Nelson, 2021].

Hays [1996] caracteriza el discurso dominante como “maternidad intensiva”, una madre que está totalmente centrada en la crianza y es la principal responsable del cuidado infantil, que se encarga de que los niños tengan una dieta equilibrada, tengan actividades educativas estimulantes y sean felices. Este modelo refleja la vigencia de la herencia de maternidad entrelazada con feminidad y como identidad primaria de la mujer. De acuerdo con la autora, existen diferentes maneras de matinar, pero la que se socialmente se identifica con la “buena madre” es la maternidad intensiva.

A pesar de tener más de tres décadas, la ideología de la maternidad intensiva sigue dominando el imaginario colectivo de la buena madre y es apreciable a través de diferentes manifestaciones culturales como anuncios, películas y las redes sociales. Así, en un estudio longitudinal sobre la representación de maternidad en Instagram y Twitter a través de los mensajes del día de la madre se confirma cómo se refuerzan nociones normativas de “buena madre”, priorizando cuidados y sacrificio [Capdevilla et al., 2022]. En otro estudio, los autores se sorprendieron por la aceptación del mandato de buena madre en interacciones de Instagram [Astudillo-Mendoza & Cifuentes-Zunino, 2022]. Incluso espacios online dedicados a criticar la carga doméstica excesiva de las mujeres, parecían reforzar dichos discursos de manera indirecta [Lupton et al., 2016].

Desde la teoría de la auto-discrepancia se entiende que la culpa surge cuando existe una discrepancia entre nuestro *self real* y el que hemos interiorizado como *self ideal* [Higgins, 1987]. La construcción e interiorización de nuestro *self ideal* tiene lugar en intercambio dinámico con nuestro contexto y desde los estudios de maternidad se destaca cómo la presión para cumplir con estos estándares culturales de maternidad es abrumadora, casi inescapable y dirigida por poderosas fuerzas sociales [Liss et al., 2013; Newman & Nelson, 2021; Henderson et al., 2016].

El elevado grado de involucración en el cuidado de los hijos supone en la sociedad actual una incompatibilidad manifiesta con la expectativa de la incorporación de la mujer al mercado laboral. Lejos de adaptarse a la realidad actual del doble mandato “público/privado” de las mujeres, el discurso dominante de la maternidad intensiva sigue vigente y encuentra en la culpa una herramienta necesaria para regular la experiencia de maternar. De esta manera, las madres que trabajan fuera tratan de compensar el “tiempo perdido” con sus hijos para aliviar el sentimiento de culpa; mientras que las que no trabajan fuera sientan culpa precisamente por no cumplir con ese doble mandato [Ennis, 2014; Solé & Parella, 2004]. En un estudio transcultural sobre la experiencia de culpa en la maternidad se constató cómo el no pasar suficiente tiempo con los niños así como las horas que pasaban en el trabajo fuera de casa eran los principales motivos de culpa [Collins, 2021]. La carga mental que suponen los ideales de maternidad intensiva afecta negativamente a la salud mental, incluso cuando las madres se resisten y rechazan esos ideales [Henderson et al., 2016].

Una dimensión fundamental del discurso de buena madre actual tiene que ver con el conocimiento y manejo del riesgo, lo que algunos han llamado “maternidad de control total de riesgo” [Lee et al., 2010]. De acuerdo con Beck (1999) y Giddens (1991) vivimos en una sociedad del riesgo, con ansiedad acerca del futuro y obsesionada con colonizarlo. Para ello la información experta es la clave, las personas a las que confiamos por su formación y experiencia el análisis y cálculo de los riesgos y las fórmulas para mitigarlos. Así, se extiende la ilusión de que todos los riesgos pueden ser perfectamente calculados y prevenidos con las herramientas adecuadas. Por ende, si enfermamos, ya no es exclusivamente mala suerte o genética sino una cuestión de mala gestión del riesgo, algo y por tanto en nuestras manos [Beck, 2000]. En este sentido, la buena madre en esta sociedad de control de riesgo sería la que se encuentra inmersa en una búsqueda y prevención constante de riesgo independientemente de si este es pequeño o probable o el coste para su propia salud en el proceso [Lee et al., 2010; Sjöberg, 2019]. En una sociedad en la que el acceso a la información y expertos vía redes es accesible 24/7, parece inevitable que cuando surjan dificultades en el proceso, se alimente el sentimiento de culpa vía riesgos no calculados o prevenidos. Esto será más saliente en situaciones vitales como la primera maternidad, donde se unen un elevado grado de incertidumbre, desconocimiento y responsabilidad.

Objetivos de la intervención

La fundamentación teórica de este estudio se basa en una conceptualización de la culpa a dos niveles; psicológico (como señal de alarma sobre acciones u omisiones que transgreden normas interiorizadas), y sociológico, como emoción difícil de escapar en un contexto de maternar dominado por el discurso de la maternidad intensiva. El objetivo de esta intervención era el de desarrollar un programa de contenidos que reflejara estos dos niveles en un formato de grupo de apoyo. Los grupos de apoyo a la maternidad dirigidos por profesionales y/ o por pares parece reducir el aislamiento social y son fuentes de validación y empoderamiento para las mujeres, aspectos críticos en el deterioro de la salud mental durante el periodo postnatal (Yamashita et al., 2022).

A nivel individual, la culpa maternal se relaciona con una autocrítica excesiva. El abordaje terapéutico de tercera generación basado en la compasión y mindfulness parece ser un tratamiento efectivo para ello (Gilbert, 2006; Warren et al., 2016). Así, se emplearon herramientas validadas de cuestionamiento de creencias y difusión de pensamiento, así como técnicas de autocompasión basadas en la atención plena.

El objetivo de este nivel fue:

- a. Practicar herramientas de cuestionamiento de creencias irracionales, difusión del pensamiento y de regulación emocional basadas en la práctica del estado calmo y compasivo.

A nivel social, se entiende que el aislamiento y la fuerza de los mandatos culturales imposibles contribuyen a que las madres interioricen como fallos individuales lo que a menudo son respuestas normales. En este nivel, los objetivos fueron:

- a. Reflexionar sobre las condiciones individuales y sociales que explican la vulnerabilidad de madres primerizas ante el reto de la maternidad.
- b. Adquirir una mayor concienciación sobre el impacto de los discursos dominantes de maternidad que interiorizamos como estándares para juzgar nuestros actos.
- c. Analizar las maneras en las que estos mandatos se filtran por diferentes medios y examinar cómo afectan nuestro bienestar y necesidad de consejo experto..
- d. Proveer un espacio seguro para conectar entre iguales, validar nuestra experiencia, y reconocer el valor de estos espacios para la resistencia ante mandatos imposibles y para el desarrollo de maternidad de acuerdo con nuestros valores y posibilidades.

En resumen, se pretendía facilitar un grupo de apoyo a la maternidad que invitara a la reflexión socio-psicológica sobre el origen e impacto de la culpa en su propia maternidad y desde esta concienciación, empoderara a las mujeres hacia una maternidad más adaptada a sus propias circunstancias y valores.

Método

Participantes y procedimiento

El grupo diana se trataba de madres primerizas con hijos de hasta 3 años de vida. La iniciativa se ofreció de manera gratuita como parte del servicio pro bono que realiza el equipo de Psicología Online de una empresa donde colabora la autora. Ella fue la encargada de

proponer la iniciativa, llevar a cabo el diseño, la intervención y la evaluación. El equipo administrativo de la clínica fue el encargado de promocionar la actividad y reunir las participantes así como de recoger todos los aspectos relacionados con la protección de datos y el consentimiento. La participación de la autora consistía en la dinamización del grupo (debates, participación), la introducción y explicación de contenidos, así como la explicación de herramientas y resolución de dudas.

Formato

La duración del grupo de apoyo fue de cuatro semanas consecutivas, con sesiones de entre 90 y 120 minutos vía la plataforma zoom durante el mes de marzo del 2022. Se animaba a las participantes a realizar actividades individuales entre sesiones de aproximadamente diez minutos al día. Dadas las características de las participantes, si así lo necesitaban o deseaban, las mujeres podían estar con sus hijas o hijos, si bien se solicitaba que silenciaran sus micros en los momentos en que no estuvieran participando en el diálogo.

Las sesiones incluían una breve introducción teórica de contenidos para iniciar el diálogo, y un componente experiencial que llevaba a espacios de debate, actividades experienciales grupales y en algunos casos individuales. Cada semana tenía una temática si bien esta se fue adaptando a las necesidades e intereses del grupo:

1. Culpa a nivel psicológico: qué pasa dentro de mí.
2. Culpa a nivel social: qué papel juega la cultura y el contexto.
3. Resistiendo al mandato de la buena madre: estrategias y alternativas.
4. Revisión de la caja de herramientas de autocuidado desarrolladas y plan de acción para el futuro.

Al final de cada sesión se preguntaba a las participantes qué se habían llevado ese día. Esto se realizaba de manera verbal y por escrito en el chat de la plataforma zoom. El último día se pidió a las participantes su colaboración en la cumplimentación de una encuesta de evaluación para la satisfacción con el proyecto y sus diferentes elementos implementada en *via monkey survey*. La encuesta incluía aspectos demográficos como edad, número de hijos y situación laboral. Además, se incluyeron preguntas sobre apoyo social directo e indirecto en la crianza con formato de respuesta *si/no*, ofreciendo la posibilidad para ampliar su respuesta con un espacio adicional. Se incluyeron además ítems tipo Likert para evaluar el grado de utilidad con cada actividad realizada. Finalmente, se utilizó el feedback de cada semana para elaborar un listado de afirmaciones acerca de lo que se llevaban de su participación en las que se pidió a las participantes que señalaran aquellas con las que más identificaban (selección múltiple).

Evaluación y discusión

Un total de 14 mujeres de las 15 que iniciaron el grupo de apoyo lo completaron, si bien 2 de ellas perdieron dos sesiones respectivamente. Un total de 11 mujeres completaron la encuesta de satisfacción. Las mujeres tenían una media de edad de 37 años en un rango de 26 a 42 años. En cuanto a su actividad laboral: 5 mujeres trabajaban, 4 estaban de excedencia o baja por maternidad, 2 mujeres no tenían trabajo. A pesar de que la actividad se planteó inicialmente para madres primerizas, un error en el screening administrativo llevó a que se admitieran a 3 las participantes que no eran primerizas. Dado que la autora no fue consciente de esto hasta bien entrada la primera sesión y las participantes tenían hijos en la franja de edad [0-3 años], se siguió adelante con dichas participantes.

Con relación al apoyo social, más de la mitad de las mujeres (6/11) confesaron carecer del apoyo social que les gustaría de amigas, otras madres o compañeras de trabajo. Dos mujeres matizaron que no tenían ningún tipo de apoyo. Con relación al apoyo familiar, sólo 4 de las 11 mujeres tenían acceso a este apoyo. De las que no tenían, la mayoría era por motivos de distancia geográfica, y en un caso no había relación con la familia.

Con relación a la crianza, 7 de las 11 mujeres comparten los cuidados con su pareja, si bien 5 de ellas matizaron que la mayor parte de la carga recaía también sobre ellas.

En cuanto a la satisfacción con los diferentes elementos del programa, el 100% de las participantes encontraron “muy útil” las diferentes actividades planteadas a nivel individual (ej., desarrollo del estado calmo, cuestionamiento de las creencias “debo ser”, innegociables) y social (e.g. ejercicio de la buena madre de ayer y hoy). Con relación a las afirmaciones sobre lo que se llevaban de su participación, las afirmaciones más frecuentemente elegidas fueron:

- “El ver que otras madres estaban en esa situación”. Este ítem se correspondería con la experiencia de validación y pertenencia al grupo de madres.
- “La importancia del espacio para el apoyo mutuo”. Este ítem reflejaría la necesidad de conexión y apoyo mutuo.
- “Protegernos ante la sobrecarga de información y las contradicciones, clarificar nuestros valores y confiar en nuestra sabiduría”. Este ítem reflejaría la concienciación de protección ante mandatos imposibles, así como empoderamiento y legitimización de otras maneras de maternar.

Discusión

El objetivo de esta intervención piloto era el de proporcionar un espacio de apoyo psico-social para madres primerizas con niños de hasta tres años de edad fundamentado en dos niveles de actuación: individual [psicológico] y colectivo [socio-psicológico]. A nivel individual, la intervención integraba elementos avalados por la evidencia para el abordaje de la autocritica y la culpa. A nivel social, partiendo de una concepción de la maternidad como construcción social y como práctica relacional, se trabajó la identificación del mandato de buena madre en diferentes manifestaciones culturales y el impacto que tiene en nuestro bienestar a través de la culpa. Además, se generó un espacio seguro que utilizando las posibilidades terapéuticas de los grupos de iguales permitió desmontar mitos, compartir experiencias reales y valorar la importancia de la conexión como herramienta fundamental de resistencia y de autocuidado para una maternidad más acorde a nuestros valores y posibilidades.

En la evaluación del piloto las participantes confirman que gran parte de las participantes tienen bajo nivel de apoyo social y familiar, y en su mayoría son las principales responsables de los cuidados. Estas características no parecen exclusivas del grupo, ya que a pesar de una creciente participación de los hombres en los cuidados y educación de os hijos, las mujeres triplican el tiempo invertido (Europa Press, 2019). Estos datos avalan la importancia de un enfoque de género y socio-psicológico que además de ofrecer herramientas individuales, conciente a las mujeres como colectivo para el cuestionamiento de los mandatos culturales que generan sufrimiento y limitan su desarrollo personal y profesional.

Entre las experiencias que resultaron más enriquecedoras las participantes se centraron en todo lo que se refería al grupo de iguales por encima del desarrollo de herramientas individuales. Así, destacaron el valor de sentirse validadas por otras mujeres en su misma posición, la conexión y el apoyo mutuo que surgió de estos encuentros. Estos aspectos son coherentes con los resultados de revisiones sistemáticas sobre la efectividad grupos de apoyo por pares para la maternidad. En estos grupos, se destaca la reducción del aislamiento y el apoyo instrumental y emocional a las mujeres, aspectos fundamentales en la prevención de dificultades de salud mental maternal durante el periodo postnatal [Yamashita et al., 2022]. Algunos estudios destacan cómo los grupos facilitados por pares parecen ser más efectivo que los facilitados por profesionales en lo que se refiere a inspirar esperanza y empoderamiento [Reper & Carper, 2011]. A pesar de que este grupo se concibió y facilitó por la profesional, el error de screening por el participaron tres madres con experiencia, acabó generando una dinámica similar a la de los grupos terapéuticos por pares, donde existe una representación de personas con las mismas vivencias y diferente grado de experiencia.

Se calcula que hasta un 80% de mujeres sufren síntomas ansioso depresivos tras el parto, y hasta 20% puede llegar a desarrollar depresión postparto. Además, se cree que tanto el estigma como la dificultad de acceso a tratamiento resulta en una infravaloración de las dificultades de salud mental y a un mayor uso de fuentes informales [Bauer et al., 2016]. Teniendo en cuenta la limitada oferta de apoyo psicológico en el sistema nacional de salud [Sánchez, 2023; Salvador-Cuilla, 2010], la facilitación profesional de grupos de apoyo podría ser una manera eficiente de llegar a este colectivo. En países como Estados Unidos los grupo de apoyo por pares se utilizan de manera habitual como estrategia de prevención de salud mental y ha jugado un rol fundamental en la transformación hacia un modelo de salud mental comunitaria [Zabaleta Gonzalez et al., 2021].

Otro de los aspectos más celebrados por las participantes fue el de la concienciación acerca de retar mandatos culturales imposibles así como el empoderamiento y legitimización de otras maneras de maternar. En un estudio pionero con madres feministas Green [2019] reveló cómo la concepción de la maternidad como institución era un elemento empoderador para ellas, ya que les permitía reconocer prácticas dañinas para ellas, distanciarse y encontrar maneras de “redefinir la maternidad para ellas y sus familias” (p.89). De manera similar, el intercambio de experiencias en la dinámica horizontal del grupo de iguales permitió que las mujeres reconocieran similitudes o patrones en las situaciones generadoras de culpa, facilitando el distanciamiento y cuestionamiento de las mismas.

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el hecho de que el grupo sólo se llevó a cabo una vez y con 14 personas. Además, cabe destacar que la investigadora no es un sujeto neutral en la investigación, ya que, entre otras cosas, cuando llevó a cabo este proyecto su primera hija tenía 1 año, y participaba por tanto de muchas de las realidades que se compartían en el grupo. De todos modos, la fundamentación de este estudio se realiza desde una posición epistemológica constructivista, que a diferencia del posicionamiento positivista, no exige la neutralidad del investigador para legitimar el desarrollo del conocimiento. Desde este modo de trabajar se adopta la reflexividad de la investigadora en los diferentes estadios del proceso para que el lector pueda reconocer cómo han afectado al proceso investigador [Mays & Poppe, 2000].

Conclusiones

Dado el diseño de investigación de este piloto, su aspiración no era la generalización sino la estimulación de ideas y acción en el espacio de apoyo psicosocial a la maternidad práctica. Por un lado se pretendía ofrecer un espacio de apoyo a las mujeres que participaron, y por otro, el desarrollar una iniciativa que ofreciendo herramientas individuales integrara también un elemento de concienciación social para la acción. Un espacio para pequeñas dosis de “micro resistencia” que parece estar asociada con mayor bienestar emocional, y que es tan necesaria en una sociedad que a pesar de los avances sigue en buena medida limitada por las relaciones patriarcales de poder (Green, 2019; Fox, 1996). Entre los próximos pasos sería interesante repetir el piloto con otros grupos para constatar en qué medida los aspectos destacados por el grupo (validación, apoyo y empoderamiento) siguen siendo los elementos claves de estas iniciativas. Además, sería interesante examinar el impacto de diferentes grados de facilitación del profesional en grupos de apoyo por pares. Por último, dada la necesidad y el potencial coste-eficiencia de estas intervenciones, sería conveniente estudiar colaboraciones con el sistema de salud pública que cubra las necesidades en esta área.

Referencias

- Astudillo-Mendoza, P., & Cifuentes-Zunino, F. [2022]. Mothering on the web: A feminist analysis of posts and interactions on a Chilean Instagram account on motherhood. *Feminism & Psychology*, 09593535221094251.
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. [2014]. The costs of perinatal mental health problems. *London: Centre for Mental Health and London School of Economics*, 44.
- Beck, U. [1999] *World Risk Society*. Cambridge: Polity Press.
- Capdevila, R., Dann, C., Lazard, L., Roper, S., & Locke, A. [2022]. # mothersday: Constructions of motherhood and femininity in social media posts. *Feminism & Psychology*, 32(3), 336-356. <https://doi.org/10.1177/09593535221107832>.
- Collins, C. [2021]. Is maternal guilt a cross-national experience?. *Qualitative Sociology*, 44(1), 1-29.
- Echeburúa Odriozola, E., Corral Gargallo, P. D., & Amor, P. J. [2001]. Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta*, 27 (116), 905-929.
- Ennis, L. R. [2014]. *Intensive mothering: The cultural contradictions of modern motherhood*. Demeter Press.
- Europa Press [2019, Nov 20]. Un estudio reciente demuestra que disminuye la brecha entre hombres y mujeres en la crianza de los hijos. *Europa Press* <https://www.europapress.es/comunicados/sociedad-00909/noticia-comunicado-estudio-reciente-demuestra-disminuye-brecha-hombres-mujeres-crianza-hijos-20191120183020.html>.
- Faircloth, C. [2009]. Mothering as identity-work: long-term breastfeeding and intensive motherhood. *Anthropology News*, 50(2), 15-17.

Foucault, M. [1981]. 1971. The Order of Discourse. *Untying the Text: A Post-structural Reader*, 48-78.

Fox, B. 1998. "Motherhood, changing relationships and the reproduction of gender inequality." In *Redefining Motherhood*. S. Abbey and A. O'Reilly (eds.). Toronto: Second Story Press, pp. 159-74.

Giddens, A. [1991]. *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford university press.

Gilbert, P., & Procter, S. [2006]. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.

Green, F. J. [2019]. Practicing Matricentric Feminist Mothering. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 10(1/2). <https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/40555>.

Hays, S. [1996]. *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press.

Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. [2016]. The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles*, 74, 512-526.

Higgins, E. T. [1987]. Self-Discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>.

Infosalus [2017, April 19]. Depresión postparto, un problema que ha sufrido el 35% de las españolas. *Infosalus*. <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-depresion-postparto-problema-sufrido-35-espanolas-20170419171521.html>.

Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. [2015]. Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126-145.

Lee, E., Macvarish, J., & Bristow, J. [2010]. Risk, health and parenting culture. *Health, risk & society*, 12(4), 293-300.

Liss, M., Schiffrin, H. H., & Rizzo, K. M. [2013]. Maternal guilt and shame: The role of self-discrepancy and fear of negative evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 1112-1119.

Lupton, D. [2016]. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-10.

Mays N., & Pope C. [2000]. Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, Vol.320, pp.50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>.

Moffett, J. [2018]. Adjusting to That New Norm: How and Why Maternity Coaching Can Help with the Transition Back to Work After Maternity Leave'. *International coaching psychology review*, 13(2), 62-76.

Newman, H., & Nelson, K. A. [2021]. Mother needs a bigger "helper": A critique of "wine mom" discourse as conformity to hegemonic intensive motherhood. *Sociology Com-*

pass, 15[4], e12868. Ortigosa, M. A., Narváez, N. M., Floriano, J. C. C., & de la Torre, F. J. M. [2022]. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5[3], 19-29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.

Repper, J., & Carter, T. [2011]. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, 20[4], 392-411.

Rich, A. [1986] [1976]. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. Virago.

Sanchez, A. [2023, Jan 5]. España tiene un 67% menos de psicólogos clínicos que las principales potencias europeas. *El economista*. <https://www.eleconomista.es/salud/noticias/12098939/01/23/Espana-tiene-un-67-menos-en-psicologos-clinicos-que-las-principales-potencias-europeas.html>.

Salvador-Carulla, L., Costa-Font, J., Cabases, J., McDaid, D., & Alonso, J. [2010]. Evaluating mental health care and policy in Spain. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 13[2], 73.

Sjöberg, M. [2019]. *Young mothers' identity work: Life course, risk, and good motherhood* [Doctoral dissertation, Umeå universitet].

Solé, C., & Rubio, S. P. [2004]. Nuevas expresiones de la maternidad: las madres con carreras profesionales ¿exitosas?. *RES. Revista Española de Sociología*, [4], 67-92.

Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P.,... & Tronick, E. Z. [1998]. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19[3], 300-308.

Sutherland, J. A. [2010]. Mothering, guilt and shame. *Sociology Compass*, 4[5], 310-321.

Warren, R., Smeets, E., & Neff, K. [2016]. Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience: Being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry*, 15[12], 18-28.

Yamashita, A., Isumi, A., & Fujiwara, T. [2022]. Online peer support and well-being of mothers and children: Systematic scoping review. *Journal of Epidemiology*, 32[2], 61-68. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200079>.

Saludmentalubrismo. La conciencia de cuerdismo como base para la transformación en salud mental

Tomás Corominas¹

¹ Hierbabuena. Asociación para la salud mental [tolocoro@gmail.com]

Introducción

Saludmentalubrismo, palabra que fusiona los términos salud mental y salubrismo, hace referencia a la necesidad de conocer y promover lo que es saludable para las mentes, lo que es beneficioso para la salud mental de las personas y de las poblaciones. También a la necesidad de ser conscientes de lo que es perjudicial. Al igual que desde la óptica de la salud pública se estudian las desigualdades e inequidades sociales, para proponer nuevas políticas en relación con la salud, en la salud mental es cada día más imprescindible esa misma mirada, que identifique las inequidades correspondientes y estimule el desarrollo de innovaciones políticas y sociales que faciliten la vida en sociedad de quienes padecen sufrimiento psicosocial, en especial la de las personas que enfrentan mayores dificultades relacionadas.

Hablamos de estigma para referirnos al etiquetado y señalamiento de las personas a causa de 'sus' trastornos, el daño a su identidad. El sufrimiento social asociado a los diagnósticos psiquiátricos, con su enorme carga de prejuicios y discriminaciones, multiplica exponencialmente el sufrimiento psíquico y emocional de quienes los padecemos. El estigma, sobre todo cuando la persona estigmatizada lo hace suyo, es una parte fundamental de ese sufrimiento social; pero reducir este a un término tan poco específico como 'estigma', que incluye tantos tipos diferentes, y que se enfoca en la persona y en la 'mancha' que implica una etiqueta diagnóstica, es un obstáculo para poder identificar y tomar conciencia adecuada respecto al sistema completo de sesgos, creencias, ideas, actitudes y costumbres que estereotipan, prejuzgan, discriminan y agreden a las personas que padecen diagnósticos de la psiquiatría o son tachadas de 'locas'. El cuerdismo, a semejanza de machismo o racismo, también implica una posición de superioridad, un supremacismo basado, en este caso, en la presunción de cordura. Sin embargo, sobre el cuerdismo hay una absoluta falta de conciencia, que contribuye a que sin siquiera darnos cuenta sus efectos se produzcan de modo cotidiano, en todos los entornos, a la vulneración de nuestros derechos, amparada por la propia legislación, y a su normalización en la sociedad. Todo ello provoca un impacto decisivo en la salud psicosocial de las personas que padecen el cuerdismo, a la vez que impide que podamos poner medios para evitarlo. De ahí la necesidad de generar una conciencia crítica colectiva, al mismo nivel que la conciencia sobre machismo y racismo, con respecto a la existencia y las consecuencias del cuerdismo.

La salud pública se ocupa de la prevención y promoción de la salud de individuos y poblaciones. Desde este enfoque salubrista, o 'saludmentalubrista', la conciencia de cuerdismo ha de servir como base para promover una transformación profunda en la manera en que se entienden y se abordan los problemas de salud mental. A la vez, comprender y abordar el cuerdismo puede prevenir el sufrimiento psicosocial añadido, al contribuir a que quienes viven estas experiencias sean tratadas con la dignidad y el respeto que merecen, aceptando la diversidad de las personas y de sus experiencias.

Tomar conciencia del cuerdismo implicará una transformación profunda en la sociedad y en su opinión pública, en las instituciones y sus órganos de decisión, en los servicios sociales y de salud, mental y más allá, en las familias de las personas con experiencias de sufrimiento psicosocial y en las propias personas que lo padecen. Una sociedad con conciencia de cuerdismo y que tome medidas para evitar esta forma de discriminación, será también una sociedad más justa, inclusiva y equitativa para todas las personas.

La Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Asturias organizó en Diciembre de 2022 el XVI Simposio de Inclusión Social, que se desarrolló los días 15 y 16 de diciembre en la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. El título de este Simposio de inclusión fue “Salud mental y bienestar emocional. Factores determinantes de inclusión social” y en él se abordaron los diferentes determinantes sociales que dificultan la inclusión social de las personas con sufrimiento psicosocial.

Con motivo de este simposio el 30 de noviembre de 2022 se grabaron una serie de entrevistas a comunicadores clave. Estas entrevistas están disponibles para su visionado en la página web de EAPN-AS.

Este capítulo presenta la transcripción de la entrevista que Bea Oliveros hizo a Tomás Corominas en el marco de estas entrevistas. Esta entrevista transita por las cuestiones que Tomás Corominas había descrito en su comunicación “Saludmentalubrismo. La conciencia de cuerdismo como base para la transformación en salud mental”.

Transcripción de la entrevista

Bea: Tomás, tengo que contarte en primer lugar una anécdota. La semana pasada por otras cuestiones grabé una entrevista y en cuatro minutos de entrevista dije tres veces el término enfermedad mental. Y además cuando acabé la entrevista pensé en ti y dije: “¡Madre! cuando Tomás escuche esto, se va a quedar loco. ¡Fíjate! “Enfermedad mental” y “Tomás se va a quedar loco”. Cómo de presente está el estigma sobre la salud mental en el lenguaje y además en el lenguaje cotidiano que utilizamos a diario. ¿Qué reflexión habéis hecho vosotros sobre términos, conceptos, y el uso del lenguaje?

Tom: Yo tengo 56 años, así que por mi parte la reflexión es muy extensa. He tenido temporadas de cabrearme mucho con el lenguaje, ahora entiendo que son los términos que se utilizan. Enfermedad mental, me refiero, que es el que a mí me parece que no tiene mucho sentido. Sobre locura, bueno, yo me considero un loco. Siempre digo: me volví loco a los 18 años y hasta hoy. Sigo siendo un loco, aunque no esté loco. Está claro que en todo lo relacionado con el sufrimiento extremo... nosotros, yo por lo menos, hablo de experiencias extraordinarias, porque hay una parte que no tiene que ver con el sufrimiento, sino con otro tipo de vivencias. Experiencias extraordinarias y de sufrimiento emocional, intelectual y social extremo. No es un término, tenemos mucho problema también entre nosotros para encontrar un término que compartamos y que consideremos que nos defina, pero lo que está claro es que el lenguaje y los conceptos, la imagen, las ideas que hay alrededor del sufrimiento, vienen siempre desde fuera. Jamás las personas que lo hemos vivido hemos tenido nada que aportar. De hecho, las demandas que la psiquiatría a lo largo de su historia ha ido respondiendo siempre han sido ajenas. Han sido de las familias, del estado, de las empresas, de un montón de agentes, pero no de las propias personas. Quiero decir, la demanda en primera persona está pendiente. La demanda original, que es la que debería ser. Y en gran parte es debido a ese lenguaje, que es ajeno y que evidentemente implica mucho más, porque lo que viene a poner sobre la mesa...[bueno, no lo pone sobre

la mesa, sino que es de modo tácito], es que nosotros no pintamos nada, somos meros objetos de atención, o de asistencia o ese tipo de cosas. Éramos ¿no? Yo creo que eso está cambiando, por eso te digo que lo del lenguaje también va evolucionando.

Sí que es verdad que de un tiempo a esta parte hay un conocimiento colectivo compartido en primera persona del plural, a nivel mundial: del movimiento de escuchadores de voces; la red mundial de escuchadores de voces; la red de usuarios, ex usuarios y supervivientes de la psiquiatría; el movimiento del Orgullo Loco; en España hay asociaciones en todas las comunidades autónomas, en primera persona de verdad, no como las que pretenden suplantarlos y usurpar nuestra representación; hay grupos de apoyo mutuo; hay un montón de colectivos que se están organizando, y eso evidentemente está cambiando. Y el lenguaje también está empezando a transformarse, y si se transforma el lenguaje, que es el que crea la realidad, yo creo que se está transformando también la realidad.

Bea: Claro, porque es sufrimiento psicosocial, es decir, afecta a lo psicológico y afecta a lo social. Ya nos hablaban hace mucho de los determinantes sociales de la salud, y más de la salud mental.

Tom: Claro, de hecho, por ejemplo, el marco de derechos que nos ampara es la Convención internacional de derechos de personas con discapacidad de la ONU, y ahí habla de discapacidad psicosocial. O sea, nuestro colectivo, más allá del modelo biomédico, que evidentemente es muy reduccionista y muy limitado, habla de discapacidad psicosocial, pero tampoco en el sentido de que nosotros, las personas, tengamos esa discapacidad. El marco de la Convención de derechos de personas con discapacidad de lo que está hablando en todo momento es de que la discapacidad se produce fuera, o sea son las barreras, son las actitudes, son los entornos que no están adaptados a las personas. La idea de que la discapacidad sea comprendida y que haya una adaptación, que tiene que ser mutua. Y el hecho de que una persona vaya en silla de ruedas, sus problemas vienen porque no hay rampas, o que no hay... . Quiero decir: lo mismo con nosotros. Yo siempre digo que nuestra rampa sería el respeto, por eso es un poco la cuestión de la conciencia del cuerdismo también.

Bea: Cuánto cambia, ¿no? cuánto cambiaría la realidad de las personas desde ese punto de vista...

Tom: Claro, absolutamente

Bea: ... si planteamos que la discapacidad no está en la persona, sino está en el entorno, que no permite que la persona desarrolle sus capacidades

Tom: Evidentemente, si estamos en esta situación es porque tenemos alguna característica que nos diferencia del resto de la población, pero yo con la perspectiva del tiempo a veces me pregunto, qué habría sido de mi vida si hubiera habido esa conciencia de cuerdismo, si yo hubiera conocido a otras personas que como yo han vivido este tipo de experiencias, y han vivido la experiencia de la recuperación, y han podido reflexionar, tanto sobre el sufrimiento, como sobre esas experiencias extraordinarias, que... yo siempre digo que estoy esperando que se solucionen los problemas, por eso hago activismo, para poder dedicarme a la locura, que es mi pasión. O sea, a lo que descubres con la locura. Yo entiendo que también esa es otra de las dificultades, que las experiencias que vives en esa situación, no voy a llamarla locura, pero esas experiencias extraordinarias a las que yo me refiero, es difícilísimo comunicarlas, o sea puedes comunicarlas de modo superficial, puedes ilustrarlas, pero eso es algo que hay que vivir. Es como ser... mujer, yo no puedo... o sea yo entiendo,

puedo ponerme más o menos en el lugar, pero no sé lo que es ser mujer, lo que es ser madre, todo ese tipo de cuestiones. Para mí hay una relación bastante, no digo próxima, pero hay una analogía posible en ese sentido.

Bea: En vuestra narrativa, en vuestro discurso están muy presentes tres conceptos: estigma, enfermomentalización y cuerdisimo. ¿Cómo se han construido y, sobre todo, cómo se enlazan, como están arraigados en vuestro planteamiento?

Tom: Bueno, estigma... todo el mundo más o menos tiene una idea de lo que es el estigma. Hay el libro canónico de Erving Goffman de los años 60, que es "Estigma, la identidad deteriorada". Y ahí él analiza un montón de estigmas, de diversos tipos, pero sí que encuentra una serie de cuestiones comunes, que son compartidas por todos. El problema es que en salud mental y con respecto a nuestro colectivo [más en enfermedad mental, de ahí viene un poco...], el estigma de la enfermedad mental, se habla del estigma como si fuera todo lo que padecemos, por decirlo de algún modo. Por resumir: Goffman habla también de que todo estigma tiene su teoría, tiene una ideología. Hay una ideología detrás de todo estigma, aunque sea tácito, aunque sea no patente, pero sí que hay algo, y que de hecho él señala, que nos permite situar en una posición de inferioridad a la persona que padece el estigma, y de algún modo considerarla no humana o menos humana, que es uno de los grandes problemas que tenemos. No es ya que se nos considere no humanos, sino que perdemos muchos derechos de ciudadanía. Más que menos humanos, somos menos ciudadanos que los demás, por decirlo de algún modo. Hay una serie de leyes cuerdistas, que a día de hoy siguen discriminando a las personas por el hecho de padecer un diagnóstico o por el hecho de que un psiquiatra pueda determinar que tú tienes un trastorno mental.

Bea: Puede parecer perverso que el estigma tenga incluso su funcionalidad, ¿no?

Tom: Claro, es que de hecho es inevitable que el estigma tenga esa función. Ahí entraríamos en otra serie de cuestiones. Yo siempre digo que de algún modo los enfermos mentales (así llamados) como otros colectivos, cumplimos una función social de chivo expiatorio, se te pueden arrojar... de hecho ves en los medios de comunicación cómo cualquier cosa que suene rara o a maldad, se le atribuye una enfermedad mental de modo preventivo, y además sirve también para anular toda necesidad de información: tú pones un diagnóstico y automáticamente ya está explicado, ya no hace falta, se cancela la información. En los medios de comunicación, también de algún modo necesitamos concluir nuestras informaciones, y darle a la gente algo que le dé un cierto alivio, o paz, o satisfacción. De algún modo tienes que explicar las cosas, y un diagnóstico lo explica en sí mismo, cuando realmente si tú hablas de un diagnóstico, es donde deberías empezar a explicar por qué la persona ha llegado ahí. Porque un diagnóstico no es algo que te venga del cielo, y mucho menos de tu cuerpo, sino que es algo que se construye a lo largo de... el diagnóstico o el sufrimiento se construye a través de las relaciones, a través de la vida de las personas, de la biografía.

El caso es que a la ideología yo la llamé enfermomentalización a raíz de un capítulo para un libro que me solicitaron, reflexionando encuentras eso, y luego el término enfermomentalización viene a ser el hecho de que a las personas que padecemos un diagnóstico psiquiátrico automáticamente se te atribuye, al ponerte ese diagnóstico y considerarte enfermomental. La misma idea de enfermedad mental de algún modo es un crisol que aglutina en sí todo lo que la psiquiatría en algún momento ha tocado, o ha tratado: te entran los psicópatas, incluye también la discapacidad intelectual. Nosotros hablamos de microcuerdismos. Digamos que la enfermomentalización sería esa ideología de la "enfermedad mental", que hace que nosotros nos mentalicemos de que somos enfermos mentales, pero también el

resto de la población, nuestras familias, los propios profesionales de la salud mental. Los ámbitos principales de enfermomentalización son los más cercanos, yo hablo de la “ley de la enfermomentalización universal” como la ley de la gravitación universal. De algún modo cuanto más cerca y cuanto más peso sobre ti tengan las personas, más se incide en la enfermomentalización. Entonces es la familia, es el sistema sanitario, es el sistema judicial donde muchas veces acaban las personas, y sobre todo es la propia persona, y luego la opinión pública, que es donde de algún modo eso se esparce, de modo que es como una atmósfera, lo estamos respirando continuamente. Muchas veces también nos gusta hacer analogías con ese tipo de cuestiones. La salud pública, por ejemplo, estudia la cuestión de la contaminación, cómo afecta a distintas enfermedades. Para mí la enfermomentalización es algo que está flotando en el ambiente y que evidentemente nos afecta a nosotros y perjudica muchísimo más. A la mayoría de las personas que pasamos por la asociación lo que más te daña, el sufrimiento mayor es todo lo relacionado con el estigma, con la enfermomentalización. Y el cuerdisimo viene a ser el conjunto de todo eso, es equivalente a machismo o racismo. Hay violencia cuerdista, hay microcuerdisimos, hay toda esa serie de... Suelo decir que tenemos la gran suerte de que antes que nosotros ha habido feminismo y ha habido movimientos por los derechos civiles y demás, y eso de algún modo ya nos ha hecho mucho trabajo. Ahora estamos traduciendo y, en ese sentido, tanto cuerdisimo como enfermomentalización, nosotros hablamos de perspectiva de mente, a semejanza de la perspectiva de género. Hay un montón de cuestiones, porque al final es una cuestión de opresión, y las opresiones son prácticamente todas, bueno, todas son equivalentes.

Bea: Un efecto colateral de los muchos que ha traído la pandemia de la COVID-19 es que de algún modo ha emergido, ha subido a la superficie, se ha tomado conciencia de la salud mental de la población en general y, sobre todo, de la salud mental de los grupos más vulnerables. Y a este respecto también parece que se ha tomado conciencia política, lo que ha generado las propuestas y los borradores de distintos planes de salud mental a nivel estatal y autonómico. En Asturias concretamente, tenemos a puntito de salir el Plan de Salud Mental de Asturias 2022 - 2030. ¿Qué potencialidades consideras que tiene este plan con respecto al anterior? ¿Qué limitaciones sigue manteniendo? Y, sobre todo, ¿cómo se ha trasladado esta idea del cuerdisimo a este nuevo Plan que vamos a tener en Asturias?

Tom: En los planes anteriores había una línea, la línea estratégica número 1 del Plan anterior 2015-2020 era “promoción de la salud mental, prevención de la ‘enfermedad mental’ (nosotros decimos prevención del sufrimiento psicosocial) y erradicación del estigma”. Nada menos que erradicación del estigma, cuando por desgracia esa Línea 1 era prácticamente decorativa: no había recursos, no había personal, no había ningún tipo de iniciativa, no hubo a lo largo de estos cinco años ninguna iniciativa destinada ni a la promoción, ni a la prevención, ni al estigma. En esta, nosotros hemos insistido desde la primera participación que tuvimos y al final ha entrado, la línea correspondiente se llama “Conciencia del cuerdisimo y prevención del estigma”. Por una parte, quitando ese absurdo de pretender la erradicación de algo sobre lo que ni siquiera actúas, y por otro lado incluyendo ese término de “conciencia del cuerdisimo”, porque no es tanto luchar contra el estigma, no es tanto enfrentarse, sino simplemente lo que nosotros queremos es que se sepa que existe. Que cada uno haga su reflexión, que nos revisemos todos individual y colectivamente y veamos, primero, conocer qué es el cuerdisimo, a qué nos referimos cuando hablamos de cuerdisimo, enfermomentalización, de estigma desde otro punto de vista. Porque ahora la pandemia ha puesto sobre la mesa la salud mental y el estigma, se habla mucho del estigma, pero se habla del estigma de ir al médico. Más de ir al psicólogo que de ir al médico, porque al psicólogo ahora todo el mundo puede hablar abiertamente de ir al psicólogo, pero no se habla tanto del cuerdisimo cuando sales del psiquiatra con un diagnóstico, o varios, psiquiátricos. Quiero decir que está muy bien, está claro que, por desgracia, la pan-

demia ha puesto la salud mental sobre la mesa. Digo por desgracia, porque evidentemente es porque ha aumentado muchísimo el sufrimiento, sufrimientos que se considerarían más de la vida diaria, por decirlo de algún modo, pero sí que a mi modo de ver (de momento, porque estoy seguro de que eso va a evolucionar), como se habla tantísimo de la salud mental, y habla todo el mundo, los influencers, los famosos..., pero hablan de esa otra salud mental, de sus ansiedades, de sus dificultades...; pero claro, las personas que llevamos toda la vida reclamando, tratando de visibilizar y conseguir que esto estuviera en la agenda pública, política, social, etc., es como que estamos más solapados todavía. Ahora sí que es verdad que estamos viendo, como un tsunami (de hecho, se habla de la pandemia como un tsunami), yo creo que está bajando la marea, y a medida que vaya bajando más la marea, lo que era sólido antes aflorará, y yo creo que eso es una gran oportunidad.

En ese sentido el Plan de salud mental 2022-2030, es muy... no digo genérico, pero sí es muy abierto, planteando un montón de posibilidades que luego hay que desarrollar. Ahora la cuestión es que estemos encima, que cada uno, evidentemente, cada colectivo, cada agente implicado defenderá lo suyo. La cuestión es también que nos unamos, porque yo siempre veo que es como si estuviéramos peleándonos unos y otros dentro de la salud mental, cuando realmente lo que hace falta es que las alturas, los gobiernos en general, no desde sanidad, no desde los servicios de salud, sino que los gobiernos, el pueblo soberano, ponga la atención sobre el sufrimiento, y sobre la necesidad de las personas que tienen estas situaciones. Es muy mejorable la salud mental, y de hecho yo creo que al final el objetivo último de crear conciencia del cuerdisimo es ese: ponerlo sobre la mesa, que la gente lo sepa, que la gente entienda que ni somos peligrosos, ni somos vagos, ni somos poco de fiar, ni... toda esa serie de microcuerdisimos. Que nos conozcan de verdad, también y sobre todo por las personas que padecen o van a padecer algún trastorno a lo largo de sus vidas, sobre todo gente joven, y que no se sientan tan solos. Generalmente el problema principal cuando padeces algo así es el aislamiento, automáticamente quedas al margen de la sociedad y de tus iguales. Entonces es también un poco eso: que las personas no se sientan tan apartadas y que a la vez la sociedad acoja a las personas, por decirlo de algún modo. Que no las aparte, que no tenga miedo, porque muchas veces es esa incertidumbre que genera el miedo, que luego genera la presunción de riesgo, que genera la presunción de peligrosidad, que genera la presunción de culpabilidad, en cierto modo. Es casi semejante a la presunción de culpabilidad, que es predemocrática, antidemocrática. Por eso decía lo de las leyes cuerdistas, nosotros de algún modo padecemos esa situación por esas incertidumbres y por esos miedos, que son los que llevan a permitir que se nos pueden vulnerar los derechos.

Bea: Pues mil gracias Tomás: siempre es un gusto compartir espacio y tiempo contigo.

Tom: Para mí también. Ha sido un placer, muchas gracias.

Malestar Psicológico y Conductas de Autolesión en la Adolescencia. Análisis de Motivos, Factores de Riesgo y Protección

María Dolores Méndez Méndez¹, Verónica Concha González¹, Cristina Pedrosa Duque¹, Carlamarina Rodríguez Pereira¹ y Patricia Guerra Mora¹

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es / cristina.pedrosa@sespa.es / carlamarina.rodriguez@sespa.es / veronica.concha@sespa.es / patricia.guerra@sespa.es]

Resumen

Las autolesiones son entendidas como estrategias desadaptativas utilizadas para afrontar situaciones de estrés intenso. Durante los últimos años ha habido un incremento de la prevalencia de estas conductas sobre todo en población infanto-juvenil constituyendo un importante problema de salud pública. El problema relatado con mayor frecuencia por los jóvenes que se autolesionan son las dificultades en las relaciones familiares, seguidas de las del entorno educativo y laboral. Como factores de riesgo destacan la falta de estrategias de regulación emocional, sufrir adversidad, dificultades relacionales con los pares, el uso sin supervisión de redes sociales y la dificultad de acceso a recursos de ayuda. Como factores de protección resalta el papel de rasgos individuales como la orientación social positiva, inteligencia elevada, sentimientos de autoeficacia, y mostrar resiliencia, tener vínculos interpersonales sólidos y crecer en un ambiente estable y seguro. Se concluye que la naturaleza y el significado de las conductas autolesivas son diferentes de una persona a otra y de una ocasión a otra. Los jóvenes que se autolesionan se enfrentan a problemas que les generan sufrimiento destacando el papel de las relaciones cercanas. Para proporcionar una ayuda adecuada es necesaria una evaluación comprehensiva y centrada en la experiencia de la persona.

“La autolesión es el acto intencionado de hacerse daño sin la intención de morir; describe a alguien que sufre, es el “lenguaje del dolor”, el acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. También la intención de luchar y seguir con vida, pues la mayoría de las personas que se autolesionan, quieren vivir, no morir” (Mosquera, 2013, p.8).

Introducción

Las investigaciones sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental han resaltado un incremento del sufrimiento psicológico y un alarmante aumento de los suicidios y los comportamientos autolesivos en población infanto-juvenil.

Las conductas autolesivas, que incluyen comportamientos como cortarse, quemarse, golpearse, arañarse, arrancarse el pelo... se han asociado con la consumación del suicidio. Según el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*, en el grupo de chicos y chicas de entre 15 y 19 años, se producen 2,5 y 1,5 defunciones por 100.000 habitantes respectivamente (Ministerio de Sanidad 2022). Aunque las cifras varían ligeramente según los

estudios, se encuentra que más del 50% de los niños y adolescentes que mueren por suicidio se han autolesionado previamente, siendo uno de los factores de riesgo más fuerte a estas edades. Los comportamientos autolesivos no siempre se acompañan de ideación suicida, sin embargo, si son un factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos y una señal de mal pronóstico y de problemas de transición de la adolescencia a la vida adulta, considerándose en la actualidad un importante problema de salud pública [Cipriano et al., 2017; Keefner & Stenvig, 2020; Olfson et al., 2018; Townsend et al., 2022; Wang et al., 2022].

Las autolesiones no suicidas no son un fenómeno novedoso, sin embargo, aunque parece existir consenso en que la adolescencia temprana suele ser la edad de inicio tanto en muestras clínicas como comunitarias [OPBE, 2022], aún hoy en día existen discrepancias entorno a su conceptualización y falta de conocimiento sobre sus causas y prevalencia. Esto ha favorecido la emergencia de diversas ideas estereotipadas y mitos en torno a las autolesiones, como interpretar estas conductas como llamadas de atención, creer que si el daño no es grave la conducta carece de importancia o que quienes incurren en estos comportamientos están locos o son peligrosos [Smith et al., 2022].

Consideramos que estas creencias socialmente compartidas y expandidas pueden perjudicar su detección y abordaje adecuado, al condicionar la escucha abierta y libre de juicios hacia las experiencias subjetivas de sufrimiento subyacentes a estas conductas de riesgo en los entornos sociales, familiares, escolares y sanitarios [Sarmiento et al., 2019]. Existen además otras barreras que pueden dificultar la revelación de estos comportamientos por parte de los adolescentes y acceder a la ayuda adecuada, entre las que se encuentran: la presencia de emociones como la vergüenza y la culpa tras un comportamiento autolesivo, el miedo a preocupar o decepcionar a los demás o a ser juzgados o estigmatizados, los sentimientos de soledad y la falta de información sobre posibles recursos de ayuda entre otras. Investigaciones recientes han encontrado que la mayoría de los adolescentes que se autolesionan no reciben ayuda profesional, siendo los amigos y familiares las principales fuentes de apoyo a las que recurren tras una conducta autolesiva [Demuthova et al., 2020; Doyle et al., 2015].

Desarrollo y Mantenimiento de las Conductas Autolesivas

A la hora de analizar los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de un comportamiento tan complejo, es importante desarrollar una visión comprehensiva, pero también un enfoque centrado en la persona. Las autolesiones son clásicamente entendidas como estrategias desadaptativas utilizadas para afrontar el estrés y el sufrimiento intensos. Se consideran una expresión de dificultades en la capacidad de mentalizar y en la regulación de las emociones fuertes [Biskin, 2013]. En una meta-síntesis de estudios llevada a cabo por Stänicke et al. [2018] sobre la experiencia subjetiva de autolesión en adolescentes de entre 12 y 18 años encontraron cuatro motivos expresados por los participantes y asociados a dichos comportamientos, éstos fueron: liberarse, controlar sentimientos difíciles, representar sentimientos no aceptados y conectar con los demás. Estos resultados ponen de manifiesto que las conductas autolesivas tienen un importante contenido emocional, pero también interpersonal, que pueden ser un indicador de diversidad de necesidades, sentimientos y experiencias traumáticas subyacentes, y que su naturaleza y significado tienen una amplia variabilidad de una persona a otra, pero también la puede tener de una ocasión a otra.

La adolescencia, es un tiempo esencial de búsqueda de novedades y alternativas, intensidad emocional, implicación social y creatividad, también una etapa sujeta a muchos cambios a nivel físico, emocional y relacional en la que las personas nos enfrentamos a nuevos roles

y tareas evolutivas como la formación de identidad, la modificación de las relaciones con la familia de origen, el desarrollo de pertenencia con el grupo de iguales, la aparición de nuevas emociones e impulsos, la asunción de la madurez reproductiva y las primeras parejas sexuales, la elección de rumbo educativo y profesional, el aumento de las responsabilidades y las oportunidades de probar nuevos estilos de vida, todas ellas, tareas que están muy mediatizadas por los distintos sistemas (familiar, educativo, comunitario...) donde nos desarrollamos e interactuamos [Al-Habali et al., 2021; Alonso et al., 2021; Siegel, 2014]. Partiendo de una perspectiva fenomenológica, entendemos que cuando las personas, para afrontar situaciones de estrés intenso no poseen un repertorio de recursos o estrategias adaptativas o sienten que no pueden o deben recurrir a otras personas en busca de ayuda, lidiar con la consecución de estas metas evolutivas y las intensas emociones que acompañan el proceso de su consecución puede resultar muy complejo. En estas circunstancias los adolescentes desarrollan sus propios mecanismos para manejar, dentro del contexto relacional, sus sentimientos de malestar, recurriendo a conductas que resultando efectivas y muy útiles a corto plazo para regular sus emociones y calmarse, pueden ser muy disfuncionales a largo plazo. En el caso de las autolesiones, muchos jóvenes relatan que, tras sentir un primer alivio, estas conductas pueden evocar sentimientos y reacciones fuertes y difíciles en uno mismo y en los demás, así como sentimientos posteriores de vergüenza, soledad y desesperanza. Por lo tanto, la autolesión no libera al adolescente de sus problemas, sino que le genera más. Sin embargo, ante esta falta de otras estrategias más adaptativas que sean útiles a la hora de lograr el mismo resultado, las personas vuelven a recurrir a las autolesiones para calmar sus emociones intensas y desagradables [Demuthova & Demuth, 2020].

Siguiendo este planteamiento, la tendencia al mantenimiento se puede entender, entre otras posibles explicaciones, desde la *Teoría de los Procesos Oponentes* planteada por Solomon y Corbit [1978], que parte del concepto de homeostasis emocional para situar los cambios que van desde una intensa emoción inicial a su opuesta. Tal y como expone Villar-Cabeza [2022], la reacción emocional primaria que provoca una conducta autolesiva es de miedo y dolor, sin embargo, los procesos oponentes implicados o reacciones secundarias generan sensaciones de analgesia y el alivio. A medida que se repite la conducta se da un proceso de habituación o mayor tolerancia a las sensaciones de miedo y al dolor y las sensaciones secundarias de alivio y analgesia perduran. Al favorecer la autolesión la consecución inmediata de estas dos últimas sensaciones, la conducta se mantiene y se incrementa, pues para lograr la misma sensación se han de llevar a cabo autolesiones de mayor gravedad. En esta misma línea, este autor enfatiza que este efecto tan potente de las autolesiones como regulador emocional dificultaría el aprendizaje y consiguiente empleo de otras estrategias alternativas más adaptativas [Villar-Cabeza, 2022].

En situaciones de estrés intenso, cuando falla la capacidad de regulación emocional intrínseca, las personas necesitamos recurrir a fuentes de regulación extrínseca. Los adolescentes que se sienten apoyados por los demás declaran una menor ansiedad, depresión y malestar psicológico. Contar con una red de apoyo que se muestre accesible y sensible a las señales y necesidades subyacentes de su malestar puede ayudar a recuperar las sensaciones de alivio y calma cuando existen problemas. También proporcionar oportunidades y seguridad para explorar diferentes alternativas de acción voluntaria [Dallos & Vetere, 2014; van Droogenbroeck et al., 2018].

Factores de Riesgo y Protección

A nivel individual como factores de riesgo se encuentran la etapa evolutiva, ser adolescente o pre-adolescente, y el sexo femenino, entre el 60% y el 75 % de las personas que

recurren a los comportamientos autolesivos son chicas, también se ha encontrado que son ellas quienes con mayor frecuencia revelan y buscan ayuda debido a este problema [Stănicke, 2021; Wang et al., 2021]. Otros factores que se han destacado son la implicación en otras conductas de riesgo como el consumo de sustancias, sentimientos de soledad o tener otros problemas de salud mental. Como factores de protección, destacan rasgos individuales como la orientación social positiva, tener una inteligencia elevada, sentimientos de alta autoeficacia y una personalidad resiliente [Demuthova et al., 2020; Denissoff et al., 2021; OPBE, 2022].

El motivo que han señalado con mayor frecuencia los adolescentes para explicar los factores influyentes en estas conductas son las dificultades en las relaciones familiares, seguidos de problemas en el ámbito escolar o laboral. Durante esta etapa el grupo de pares que desempeña un papel crucial, ya que la aparición de relaciones sólidas entre compañeros es uno de los cambios evolutivos clave de la adolescencia temprana. Los compañeros pueden tener, en este sentido, una influencia positiva o negativa en el comportamiento. En relación con estos sistemas señalar también la influencia de las experiencias de adversidad en la infancia como el abuso físico, sexual, emocional, sufrir bullying y discriminación, así como convivir con algún miembro de la familia con problemas de salud mental, intentos o consumación de suicidio, que presente conductas de abuso de sustancias, haya estado encarcelado o la separación o muerte de uno o ambos progenitores. van der Kolk et al. [1991] señalaron que aquellas personas que habían sufrido negligencia y que no sentían haber sido queridos o valorados por alguien en su infancia y/o adolescencia eran menos capaces de controlar su conducta autodestructiva. En la línea de otros estudios más recientes, este grupo de investigación relacionó la vivencia de mayor número de adversidades y que estas experiencias hubieran tenido lugar a más corta edad con una mayor gravedad de las autolesiones [Cleare et al., 2018; Forster et al., 2020]. También se encontró que la disociación y la frecuencia de experiencias disociativas derivadas de experiencias de carácter traumático parecen estar relacionadas en algunos casos con la presencia de actos de autolesión [Bozzi et al., 2021; Silberg, 2013].

En relación con lo expuesto en los párrafos anteriores, existe consenso sobre la importancia de tener buenas relaciones afectivas, sentir apoyo de los padres, de los compañeros y profesores, así como que crecer en un entorno estable y seguro son factores protectores para la salud. Los adolescentes cuyos padres están muy informados sobre sus actividades tienen menos probabilidades de incurrir en conductas problemáticas y de riesgo. En general, percibir el apoyo de otros adultos del entorno familiar o de fuera de éste y una fuerte integración en la comunidad mejora el desarrollo emocional y repercute positivamente en la salud mental previniendo posibles problemas [Forster, 2020; Abou Seif et al., 2022].

En lo que concierne al papel de las redes sociales, actualmente se han convertido en una de las herramientas más importantes, proponiendo nuevas formas de relacionarse. En internet existen muchos espacios en los que se refuerza, promueve y glorifican los comportamientos desadaptativos como la autolesión o la conducta suicida. En una revisión llevada a cabo por Memon et al. [2018], los autores concluyen que en el caso de las conductas autolesivas una mayor exposición y participación en redes sociales se asocia con mayor malestar psicológico, una necesidad insatisfecha de apoyo de salud mental, una mala salud mental autoevaluada y un aumento de la ideación suicida. En consonancia con la argumentación realizada en este trabajo sobre la necesidad humana de recurrir en situaciones de malestar a fuentes de apoyos accesibles y sensibles, estos autores también resaltan entre sus resultados que los jóvenes que se autolesionan utilizan las redes sociales principalmente como medio para comunicarse y buscar el apoyo social y comprensión de otros iguales

en su misma situación. Por otro lado, no podemos olvidar que el uso adecuado y ético las redes sociales puede favorecer estas oportunidades de conexión y comunicación, aumentar la autoestima, promover la salud y acceder a información médica crucial. Las familias y los profesionales de contextos educativos y clínicos tenemos el deber y la responsabilidad de colaborar con los jóvenes para mitigar los riesgos potenciales asociados con el uso de las redes sociales mediante la supervisión y el desarrollo de estrategias abiertas y apropiadas para su desarrollo [Gupta et al., 2022].

Por último, no quisiéramos dejar de lado otros factores que se han señalado como relevantes y que se relacionan con aspectos de carácter comunitario tales como la dificultad de acceso a recursos de apoyo o a la educación, el lugar de vivienda, los bajos conocimientos sanitarios y las pocas medidas de prevención existentes a este nivel. También hay que destacar la influencia de aspectos como la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos y la situación de pandemia de Covid-19, que ha limitado durante un importante periodo de tiempo, particularmente en el caso de la población adolescente, el desarrollo de muchas de las tareas evolutivas propias de la edad.

Conclusiones

Para realizar esta síntesis partimos de un enfoque ecológico, basándonos en la idea de que el desarrollo humano es un proceso de adaptación a los diferentes sistemas ambientales y que todos ellos influyen de forma directa e indirecta en la evolución cognitiva, moral y relacional de la persona que en ellos participa [Bronfenbrenner, 2002]. Nuestros hallazgos apuntan, por un lado, a que las autolesiones en la adolescencia pueden ser el resultado de un conflicto entre la necesidad de expresar experiencias afectivas y las necesidades relacionales, por otro, también resaltan la necesidad de relacionar las autolesiones con las necesidades y retos psicológicos del desarrollo en la adolescencia, como la separación, la autonomía, la pertenencia y la formación de la identidad. Tener en cuenta estos aspectos puede mejorar la comprensión de los profesionales y por tanto el abordaje del sufrimiento psicológico en esta población, ya que si bien la adolescencia es una etapa de cambio en la que se ponen a prueba los límites constantemente, lo cual puede resultar peligroso, la tendencia al desafío, la creatividad y la búsqueda de novedad propias de la edad abren una ventana de posibilidad para la consecución de cambios positivos.

Para finalizar, con base en lo expuesto proponemos que:

- Es imprescindible tener en cuenta que la naturaleza, el significado y las emociones subyacentes a las conductas autolesivas son diferentes de una persona a otra y de una ocasión a otra. Los jóvenes que se autolesionan se enfrentan a problemas en los que destaca el papel de las emociones y de las relaciones cercanas, como factor de riesgo, pero también como factor de protección.
- Es importante incidir en que los adolescentes conozcan y tengan accesibilidad a recursos de apoyo en contextos familiares y extrafamiliares en los que se sientan seguros al revelar sus problemas, donde no se sientan juzgados y perciban una actitud de interés genuino por su situación y por proporcionarles la ayuda que necesitan. Para ello, es preciso el desarrollo de campañas comunitarias de prevención, donde se facilite información fiable sobre el problema que favorezca la deconstrucción de las ideas estereotipadas erróneas imperantes y datos de contacto sobre recursos de ayuda existentes.

- Para mejorar el conocimiento sobre esta problemática y proporcionar una ayuda adecuada desde los ámbitos sociales, educativos y sanitarios se han de realizar evaluaciones comprehensivas, basadas en la fenomenología del problema y centrada en la experiencia de la persona. Para ello es necesario tener en cuenta la mutua influencia de los diferentes sistemas en los que el adolescente se desarrolla. Los profesionales de todos estos contextos han de tener formación en la detección temprana de este tipo de problemáticas y también desde los entornos sanitarios se han de ofrecer intervenciones específicas y adecuadas ellas.
- Los programas y las políticas de salud deberían centrarse no sólo en los factores de riesgo sino también en los de protección para reducir la prevalencia de conductas problemáticas en la adolescencia. De hecho, incidir en las fortalezas y recursos podría desempeñar un papel clave cuando la exposición al riesgo es inevitable y constante, como por ejemplo en los casos donde existe disfunción en el hogar. En esta línea, el National Institute for Health and Care Excellence [NICE], resalta entre sus recomendaciones para el abordaje de los comportamientos de autolesión la identificación de estrategias de afrontamiento individualizadas, incluida la resolución de problemas y cualquier factor que pueda actuar como una barrera, además del papel de los contactos y entornos sociales como un medio de distracción de los pensamientos suicidas y también de familiares o amigos para que brinden apoyo en el momento de crisis [NICE, 2022].
- Finalmente, y en la línea del planteamiento ecosistémico seguido en el desarrollo de este trabajo, proponemos como medida para mejorar la prevención, detección y abordaje que las políticas y estrategias de salud incidan en el incremento de la cantidad y accesibilidad a los recursos de ayuda, así como en la integración y colaboración en las prácticas entre servicios sanitarios de atención primaria y especializada, familia, escuela y comunidad.

Referencias

- Abou Seif, N., John-Baptiste, R., Wang, B., Davies, J., Isaken, M., Ball, E., Pitman, A. y Rowe, S. (2022). Effectiveness, acceptability and potential harms of peer support for self-harm in non-clinical settings: systematic review. *BJPsych Open*, 8(1), e28. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1081>.
- Al-Habalí, S., García-Haro, J.M., & Gutierrez-López, B. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida en niños y adolescentes. En E. Fonseca-Pedrero (Coord.), *Manual de tratamiento psicológicos. Infancia y adolescencia* [1ª ed., pp.177-615]. Pirámide.
- Alonso, Y., Ezama, E., & Fontanil, Y. *No es como te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos*. Herder.
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 22(3), 230–234. <https://europepmc.org/article/MED/23970912#impact>.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Planeta.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A Systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>.

- Cleare, S., Wetherall, K., Clark, A., Ryan, C., Kirtley, O. J., Smith, M., & O'Connor, R. C. [2018]. Adverse childhood experiences and hospital-treated self-harm. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1235. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061235>.
- Dallos, R., & Vetere, A. [2014]. Systemic therapy and attachment narratives: Attachment Narrative Therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1359104514550556>.
- Demuthova, S., & Demuth, A. [2020]. Self-harm in adolescence as maladaptive coping. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2Sup1), 37–47. <https://doi.org/10.18662/brain/11.2Sup1/92>.
- Denisoff, A., Niemelä, S., Scott, J. G., Salom, C. L., Hielscher, E., Miettunen, J., Alakokkare, A., & Mustonen, A. [2022]. Does cannabis use in adolescence predict self-harm or suicide? Results from a Finnish Birth Cohort Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(3), 234–243. <https://doi.org/10.1111/acps.13384>.
- Demuthova, S., Vaclavikova, I., Selecka, L., & Blatny M. [2020]. the problem of self-disclosure of self-harming behaviour in adolescence. *Postmodern Openings*, 11(4), 01–19. <https://doi.org/10.18662/po/11.4/220>.
- Doyle, L., Treacy, M. P., & Sheridan, A. [2015]. Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 485–494. <https://doi.org/10.1111/inm.12144>.
- Keefner, T. P., & Stenvig, T. [2020]. Rethinking suicide risk with a new generation of suicide theories. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(4), 389–408. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-19-00128>.
- Forster, M., Grigsby, T. J., Gower, A. L., Mehus, C. J., & McMorris, B. J. [2020]. The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: findings from a statewide sample of high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(6), 1195–1208. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01235-9>.
- Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc_def_nipo.pdf.
- Gupta, C., Jogdand, Dr. S., & Kumar, M. [2022]. reviewing the impact of social media on the mental health of adolescents and young adults. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30143>.
- Memon, A., Sharma, S., Mohite, S., & Jain, S. [2018]. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: A systematized review of literature. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(4), 384. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry.414.17>.
- Miettinen, T. M., Kaunonen, M., Kylmä, J., Rissanen, M. L., & Aho, A. L. [2021]. Experiences of help from the perspective of Finnish people who self-harmed during adolescence. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(10), 917–928. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1904468>.

Ministerio de Sanidad (2022). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf.

Mosquera, M. (2013). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Pleyades.

National Institute for Health and Care Excellence (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>.

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S.-M., & Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 141(4), e20173517. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3517>.

Sarmiento, M.P., Pérez, C.A., Durán-Cárdenas, Y.C., Upegui-Mojica, D.E., & Rodríguez-Morales, F. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes. *Adolescere*, 3(3), 65.e1-65.e8. https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VII-n3-2019/2019-n3-65e1_Articulo-especial-Conducta-autolesiva-no-suicida-adolescentes.pdf.

Siegel, D. J. (2014). *Tormenta cerebral. El poder y el propósito del cerebro adolescente*. Alba.

Silberg, J. L. (2013). *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée de Brouwer.

Smih, M., Segal, J., Robinson, L., & Shubin, J. (2022). Cutting and self-harm: how to feel better without hurting yourself. <https://www.helpguide.org/articles/anxiety/cutting-and-self-harm.htm>.

Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1978). An opponent-process theory of motivation. *The American Economic Review*, 68 (6), 12-24. <https://www.jstor.org/stable/2951004>.

Stănicke, L. I. (2021). The punished self, the unknown self, and the harmed self – toward a more nuanced understanding of self-harm among adolescent girls. *Frontiers in Psychology*, 12, 543303. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.543303>.

Stănicke, L. I., Haavind, H., & Gullestad, S. E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 3(2), 173–191. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>.

Townsend, E., Ness, J., Waters, K., Rehman, M., Kapur, N., Clements, C., Geulayov, G., Bale, E., Casey, D., & Hawton, K. (2022). Life problems in children and adolescents who self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(4), 352–360. <https://doi.org/10.1111/camh.12544>.

van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665–1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>.

van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>.

Villar-Cabeza, F. [2022]. *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia*. Herder.

Wang, Y.J., Li, X., Ng, C.H., Xu, D.W., Hu, S., & Yuan, T.F. [2022]. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 46, 101350. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Propuesta de intervención grupal en la etapa perinatal: descripción de un programa piloto

Noelia Pablos Ballesteros¹, Miryan Martínez Jiménez² y Margarita Martínez Alonso³

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias (noelia.pablos@sespa.es)

² Servicio de Salud del Principado de Asturias (miryan.martinez@sespa.es)

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias (margarita.martineza@sespa.es)

Resumen

El periodo perinatal supone un momento vital de especial vulnerabilidad psicológica para las mujeres. Los datos disponibles muestran que entre el 10-20% de las mujeres presentan problemas de salud mental durante el embarazo o los primeros años tras el nacimiento. Sin embargo, y a pesar de la creciente demanda, son pocos los dispositivos que cuentan con un programa especializado en Salud Mental Perinatal que ofrezcan una atención a este tipo de problemática.

Así, describiremos una propuesta de programa grupal compuesto por 6 sesiones que contemplan distintos aspectos psicoeducativos sobre el periodo postparto, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres en este importante periodo evolutivo, clave como cambio del ciclo vital. Ante la falta de programas acerca de esta temática, vemos importante la necesidad de elaborar intervenciones grupales que permitan visibilizar este momento de las mujeres, reparar e intervenir en la posible sintomatología reactiva [ansiedad, estado de ánimo bajo], posibilitando que distintas mujeres compartan su experiencia, así como ofrecer un espacio de validación y cohesión grupal.

Introducción

En este capítulo haremos un recorrido por uno de los momentos vitales humanos más importantes: la maternidad...acontecimiento que, si bien es concebido socialmente como un hito evolutivo feliz, símbolo de la adultez, constituye uno de los periodos de mayor vulnerabilidad para las mujeres. Así es, la concepción de un nuevo ser es todo un reto e implica cambios en todas las esferas: más allá de relevantes cambios físicos –hormonales, neuroquímicos–, nos enfrentamos a numerosos cambios psíquicos, que motivan la creación de este trabajo. Debemos tener en cuenta que la maternidad implica una revisión y un cambio del mundo vincular-relacional; de los roles nuevos a los que la mujer se debe ajustar (así como otros que son susceptibles de quedar en segundo lugar o de incluso abandonarse); y, en fin, de su propia identidad personal.

Con todo ello, se inicia un proceso que necesita de un gran reajuste, de un esfuerzo adaptativo. Es un momento, por lo tanto, de inversión de recursos, aprendizaje y, como todo proceso de cambio, de vulnerabilidad y fragilidad para la salud mental de las mujeres. Según la bibliografía sobre el tema, se estima que en torno a un 15-20% de mujeres en proceso perinatal –el cual comprende: embarazo, un año tras el parto y casos de duelo– desarrollará problemas de salud mental. A pesar de este importante dato, no encontramos

mucho peso ni repercusión, ni en la literatura clínica, ni en propuestas de intervención específicas. Estimamos necesario visibilizar y señalar la importancia y la atención que merece la salud mental perinatal.

Así, más allá de considerar central la atención psicológica dedicada a estas mujeres, hemos de considerar que el estado mental de las madres tiene una repercusión generacional, pues influye sobre el vínculo materno-filial (estilos de crianza, capacidad de mentalización, estrategias de enfrentamiento) y, en fin, en la salud mental de un futuro adulto y aquellos que le seguirán. Bien observamos en la clínica los efectos de la transmisión intergeneracional, la reproducción de lo que se ha aprendido, a veces con escasa oportunidad de reflexión, solo cabiendo la posibilidad de la repetición. Por tanto, cuando pensamos en invertir en el cuidado de la psique de las madres, también pensamos en cuidar de futuros seres.

Con todo ello nos queda claro la carencia asistencial –tanto en forma de detección e intervención, como en interés por saber y conocer sobre el tema– en el ámbito de la salud mental especialmente dedicada a lo perinatal. Por ello, nos hemos propuesto elaborar un programa piloto que tenga el foco en lo grupal, ya que este formato tiene ventajas a considerar, frente a uno individual (aunque queremos señalar la importancia de trabajar también con un abordaje individualizado que tenga en cuenta las características únicas de cada caso). Veamos por qué.

Por una parte, un grupo nos proporciona un espacio de encuentro de distintas mujeres que están en una situación similar, por lo que se facilita un ambiente de identificación y comprensión que rompe con la usual soledad con la que se encuentran estas pacientes. Hablamos, pues, de que la dinámica de grupos nos ofrece una potencia terapéutica que debemos interesarnos por conocer y por aprovechar. Por otro lado, es un recurso asistencial valioso, que permite economizar e invertir el tiempo del que los profesionales disponemos (casi siempre, escaso).

Reacciones vitales

Dedicaremos este apartado a hablar sobre lo que típicamente conocemos como diagnóstico, sintomatología, psicopatología...aunque hemos preferido conceptualizarlo como reacción vital, ya que lo que les sucede a estas mujeres es en respuesta al (muchas veces difícil) proceso que atraviesan –es importante tener en mente esta idea de proceso, ya que el ser madre no es un simple cambio cuantitativo que se pueda categorizar en forma de “antes-ahora” –: despatologizar los pensamientos y emociones que surgen en esta etapa es un primer paso para visibilizar lo usual que es la fragilidad durante la maternidad y que estas mujeres puedan hablar y buscar acompañamiento. De otra forma lo que queda es el sentimiento de ser anómala, defectuosa “¿cómo voy a sentirme tan mal cuándo debería sentir una inmensa felicidad?” y una profunda soledad.

La soledad. Es un tema importante. Dado el muy establecido mito de la maternidad como expresión de felicidad y realización máxima femenina, el malestar psíquico perinatal es un gran tabú. Todo asunto tabú, en cuanto a su cualidad de prohibido, secreto, negado... conlleva un grado importante de soledad, porque la expresión del mismo desencadena una reacción de incomodidad, defensa y rechazo “¡pero cómo va a ser eso!”. Por tanto, la pelota se devuelve al tejado de aquel –en nuestro caso, aquellas– que se salió de lo establecido socialmente, de las normas del juego (esto no se toca, de esto no se habla): debe ser algo *tuyo*. Aquí es cuando el sufrimiento para estas madres entra a ser algo exclusivamente

privado, en el sentido de que debe llevarse por dentro, sin exhibirlo, con el consiguiente abandono y vergüenza de no estar experimentando lo socialmente esperado durante la experiencia maternal. Todos estos son aspectos a considerar a la hora de reflexionar sobre el tema y establecer qué asuntos son importantes tratar (y desde dónde lo hacemos) al trabajar con población en etapa perinatal.

Para seguir, hablaremos sobre la tristeza, que podemos encontrarla como reacción momentánea de ajuste a los distintos cambios (lo que llamamos *baby blues*) o en una forma (y usamos forma porque pensamos que es una cuestión cualitativa) más dolorosa, profunda y duradera (depresión). Cuando hablamos de baby blues nos referimos a un corto periodo, de aproximadamente dos semanas, que siguen al parto y en los que hay sentimientos de tristeza, labilidad, llanto y cansancio. Estas manifestaciones –que no incluyen ideas de suicidio, repercusiones vinculares, ni desesperanza– suelen desvanecerse y hay un retorno a la “normalidad”.

Sin embargo, cuando la tristeza va más allá (hablamos, por ejemplo, de la desvitalización, la angustia, dificultades con el trato hacia el bebé, ideas de muerte...) y se prolonga en el tiempo, la mujer se encuentra en un estado depresivo. Se estiman cifras de hasta 15% de prevalencia para la depresión posparto, si bien debemos tener en cuenta la dificultad en la detección de casos (tanto por la ausencia de programas especializados como el estigma del que hemos hablado anteriormente).

Otras reacciones vivenciales merecen especial atención; como la ansiedad (que puede presentarse como aspecto nuclear de la vivencia, en modo de preocupación constante sobre el rendimiento como madre, sobre el bebé, la duda continua que conlleva un profundo sentimiento de inseguridad...); la psicosis (que aunque poco común durante el posparto merece atención, estudio y una cuidadosa atención a los casos larvados que pueden tratarse con anticipación clínica); así como los casos de trastorno obsesivo compulsivo (que suelen incluir delicadas temáticas intrusivas sobre la seguridad y el poder hacer daño al bebé, con el consiguiente remordimiento y vergüenza que ello genera). Debemos estar atentos para detectar estas realidades, y preparados para poder escuchar qué tienen que contar estas mujeres acerca de lo que están experimentando.

Para finalizar con este apartado, creemos importante transmitir que estas reacciones no solo responden al difícil proceso de cambio de lo perinatal per se, sino que debemos concebir, además, la maternidad como una etapa de reactivación y repaso de la historia biográfica (las propias figuras de referencia, los vínculos, la infancia de una misma), por lo que es un momento delicado en el que se remueven y retornan muchas experiencias y emociones pasadas (por ejemplo, conflictos no resueltos, duelos complicados...). Algunos conceptos interesantes que nos aporta la literatura al respecto:

- *Transparencia psíquica*, término acuñado por Monique Bydlowski para aludir al fenómeno perinatal –especialmente intenso en la etapa final del embarazo– en el que la mujer experimenta una gran sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente al recién nacido.
- *Representaciones maternas*, concepto de Daniel Stern, que nos habla sobre la importancia de las representaciones que la mujer tiene sobre la maternidad y el futuro bebé; cómo éstas se construyen durante el embarazo y la particularidad que cobran según la historia de cada mujer. Comprenderán fantasías, esperanzas,

temores, recuerdos... abarcan tanto la propia infancia como el propio modelo parental.

Esto nos debe permitir ver el periodo perinatal no sólo como un momento de crisis, fragilidad y dificultades, sino como una oportunidad de revisar y reflexionar sobre las biografías de las mujeres [y, quizá, poder pensar si pueden hacer algo diferente, distinto a lo que han recibido en su aprendizaje].

Etapla posparto: propuesta de programa grupal

Teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos adentrarnos ahora a describir la intervención grupal que proponemos. Este grupo, que es piloto y está pendiente de ser revisado e implementado con distintas participantes, está pensado para el periodo perinatal del **posparto** —si bien aspiramos a que este texto pueda inspirar nuevas creaciones para intervenciones en los distintos momentos de la maternidad—. Así, se estructura en un formato psicoeducativo, que, aunque más sencillo que otros abordajes, puede constituir un primer paso de enganche para estas mujeres con la salud mental para dar pie a otros formatos más puramente psicoterapéuticos.

Datos importantes acerca del formato del grupo: éste se compone de 6 sesiones de 1 hora y media, pensado para frecuencia quincenal. En nuestra propuesta el grupo es dirigido por un terapeuta principal y un coterapeuta auxiliar. En cuanto a la selección de participantes, al ser un programa de iniciación, que desea transmitir información básica —que no sencilla— y estructurada, está pensado para mujeres que presentan reacciones ansioso-depresivas, sin incluir otros casos que probablemente requieran de otros recursos asistenciales [como aquellos recogidos bajo la etiqueta de trastorno mental grave: consideramos que éstos merecen una atención especializada e individualizada en un primer momento, que excede lo que un programa de corte psicoeducativo puede ofrecer].

Sesión 1. Introducción

Esta primera sesión la dedicamos a la presentación de los terapeutas y a la de las propias participantes. Transmitimos la idea, el propósito básico del grupo, la temática de las sesiones y —probablemente lo más importante en una primera sesión de toma de contacto— el encuadre y las normas grupales. Entre éstas hemos incluido: la necesidad de puntualidad y compromiso de asistencia; la indispensable confidencialidad, y la apertura mental hacia distintas formas de vivenciar la maternidad [evitar dentro de lo posible caer en prejuicios, acusaciones, consejos absolutos...]. En esta sesión también recogimos dudas y preguntamos por las expectativas que tienen las participantes del grupo.

Sesión 2. Construcción de la maternidad

En este segundo encuentro tratamos distintos temas importantes que nos ayudan a comprender cómo se construye la maternidad, tanto desde la perspectiva social [mitos, expectativas, exigencias] como desde la visión de las participantes. Los puntos para tratar en esta sesión son los siguientes:

- Mitos acerca de la maternidad: ser madre como periodo de felicidad y plenitud total; enamoramiento y conexión instantánea con el bebé; lactancia natural como la

única forma válida de alimentación. Éstos son algunos ejemplos de los mitos tratados en sesiones, a fin de abordar creencias que, aunque dañinas y poco ajustadas a la experiencia de la mayoría de mujeres, siguen muy arraigadas y en muchas ocasiones ocasionan la inseguridad y el malestar de las madres. La expectativa de la “buena madre” –una buena madre que siempre entiende lo que necesita su bebé, nunca se cansa, está feliz y siempre está disponible– mantiene unos estándares de perfección imposibles que las llevan a percibirse como “malas madres”. Es importante hablar de ello y poder construir una crítica hacia estas exigencias: intentamos propiciar que las madres aporten también otros mitos e imposiciones que hayan encontrado en su experiencia.

- Ser madre: un nuevo rol. Podemos definir rol como “función que desempeña una persona en un lugar/situación”. Tras el nacimiento del bebé nos encontramos, por tanto, en una nueva situación en la que nace una nueva identidad: ¿qué roles consideran que tienen ahora mismo? ¿cuáles han perdido? ¿Cómo influye el nuevo rol de ser mamá? Por ejemplo, uno de los cambios de rol más relevantes cuando nace un bebé viene tras los meses de baja laboral puesto que para muchas madres puede suponer una parte importante de la propia identidad: el dilema que supone integrar el rol de la maternidad junto con otros aspectos del proyecto vital de la mujer es un tema interesante e importante a tratar.

Sesión 3. El vínculo

Esta tercera sesión es la que, probablemente, mayor peso psicoeducativo tiene [frente a otras que quizá dejan más espacio creativo], pero estimamos necesario que pueda entenderse en qué consiste el apego y su intensa influencia –nada más y nada menos, es la vinculación madre-hijo–: - Transmitimos la idea del apego como vinculación emocional intensa, que se desarrolla a lo largo del tiempo, duradera, dada [primordialmente] entre 2 individuos. A lo largo de la vida desarrollaremos apego por distintas personas, de distintas formas, y con modos de expresión diferentes. Pero sin duda, las primeras figuras de apego se desarrollan en la infancia [de hecho, comienzan a formarse desde el nacimiento, para tomar mayor consolidación alrededor de los 9 meses].

Este apego primario servirá como modelo, calando nuestra persona a muchos niveles: en nuestras expectativas e ideas sobre el mundo, sobre nosotros mismos y el resto de personas, marcando los apegos futuros. Por lo tanto, hacemos hincapié en que aprendemos a relacionarnos, no es algo que nos viene dado, aunque funciona de un modo automático [lo cual hace que sea muy necesario poder pensar y reflexionar conscientemente sobre nuestras formas de vincular].

Seguidamente, discutimos en la sesión sobre los modelos clásicos de apego y, brevemente, qué consecuencias conlleva cada uno. Otro aspecto interesante psicoeducativo a la hora de hablar sobre vinculación es el concepto de temperamento, es decir, el modo de experimentar de cada persona, haciendo alusión al cómo, a qué intensidad. Explicamos como uno no elige/decide su temperamento, y tener uno u otro no nos hace mejores ni peores, si bien es necesario pararse a pensar para conseguir el mejor ajuste posible entre el temperamento propio de la madre [y sus consecuentes necesidades] y aquel del bebé.

Para hacer el cierre, creemos positivo invitar a pensar sobre el apego y el temperamento propio, cómo contrasta con el de mi bebé, si se ajusta, si es muy diferente, etc. Por ejemplo, preguntamos acerca de las rutinas y actividades conjuntas madre-hijo de las participantes, para ayudar a explorar este tema en sus situaciones reales diarias.

Sesión 4. Los pensamientos

Dedicamos la cuarta sesión a la importancia de los pensamientos y las autoverbalizaciones. El lenguaje es una forma de ordenar y explicar lo que nos sucede, pero también de crear parte de la realidad, por lo tanto, es sumamente importante cómo nos hablamos a nosotras mismas, la relevancia que le otorgamos a nuestros pensamientos y cómo estos tienen influencia en nuestra emoción y conducta.

Abordamos aspectos como la crítica excesiva hacia una misma [poder ser conscientes de ello, pensar de dónde nos viene esa crítica...]; el control que se ejerce sobre el propio mundo mental [intentamos transmitir la idea de defusión cognitiva, establecer las diferencias entre pensar-actuar, pensar-predecir...]; a nivel práctico, se propone una actividad para hablar sobre qué pensamientos que generan sufrimiento se han dado últimamente y sus consecuencias, sometiéndolos a análisis grupal.

Sesión 5. Autocuidado

No cabe duda de que está vigente el mito de que si una es “buena madre” no necesita descansar ni apoyos, pudiendo realizar todas las tareas por sí misma [como si la maternidad dotase a la mujer de una suerte de superpoder]. Asimismo, socialmente la necesidad de la mujer y madre de autocuidado y la realización de distintas actividades que impliquen ocio/descanso en la etapa postparto como algo egoísta o como algo que no corresponde a esa etapa, lo que lleva a muchas mujeres a sentirse culpables por ello [y a olvidarse de sí mismas, pasando sus necesidades básicas al último lugar]. En esta sesión buscamos señalar la necesidad de autocuidado: proponemos explorar la culpabilidad, la dificultad de delegar el cuidado del bebé, las actividades a las que han renunciado, así como hablar de posibles manifestaciones de alarmas que puedan indicar que nuestra salud mental se deteriora [falta de sueño, agotamiento físico y emocional por sobrecarga, ausencia de espacios donde transmitir sus necesidades...].

Sesión 6. Apoyo social y cierre

En nuestra última sesión grupal hablamos del apoyo social y de las dificultades para encontrar el mismo, sea por una situación de soledad en la que no hay acompañamiento, o por circunstancias en las que no han podido desplegar habilidades de petición de ayuda [por ejemplo, la dichosa culpabilidad de la que hemos hablado en el apartado anterior muchas veces obstaculiza dejar el bebé a cuidado de otro responsable]. Dedicamos un breve espacio a revisar los estilos de comunicación y explorar qué factores pueden facilitar estas peticiones de ayuda al entorno [si es que hay disponibilidad de la misma].

Otorgamos mucha importancia al repaso y al cierre, por lo que en la sexta sesión se elabora conjuntamente un resumen de los aspectos tratados y se pregunta a las distintas participantes por sus impresiones, preferencias y necesidades, de cara a futuras mejoras en la revisión del programa.

En síntesis

Despedimos este capítulo con una breve reflexión tras haber elaborado un esbozo de propuesta que, confiamos en que inspire o al menos transmita la importancia de pensar en una realidad vigente y trascendental: el dolor psíquico durante el periodo perinatal y la necesidad de abordaje especializado desde los servicios de salud mental del mismo. El

hecho de que las madres sufran no es una novedad, pero por muy antiguo que ello sea, si se perpetúa el tabú y el silencio, este sufrimiento queda en el ámbito del secreto, de la soledad, sin cabida en el discurso –ni personal, ni social–: es el momento de abordar las dificultades y visibilizar aquellos aspectos que no son bonitos, ni agradables, pero que componen igualmente la experiencia de ser madre. Ignorarlos no nos conduce a ningún tipo de solución, reivindicación ni lucha por estas mujeres. Esperamos que el texto haya sido grato para el lector y que le haya sido estimulante para su reflexión: solo con la palabra y la escucha daremos pie a visibilizar un tema tan real y presente.

Referencias:

Barnes, J. L., & Theule, J. [2019]. Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant mental health journal*, 40(6), 817-834.

Bydlowski, M. (2007). *La Deuda De La Vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.

Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6) 1019-1028.

Lorenzo, P. F., Cañabate, S. C., & Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.

Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35.

Meltzer-Brody, S., & Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 49-60.

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and etiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 49(2), 127-136.

Stern, D. N. (1999). *El Nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Paidós.



... las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud."